

Plan de Desarrollo 2020 - 2023

**“PORQUE YÁ,
SOMOS LOS MEJORES”**

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE DE TULUÁ



JUNTA DIRECTIVA

SECTOR POLÍTICO ADMINISTRATIVO

Delegada Gobernadora del Valle del Cauca
Doctora María Cristina Lesmes Duque

Delegada Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca
Doctora Claudia Marcela González H.

SECTOR CIENTIFICO Y ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCIÓN

Representante área Científica de la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá
Doctora Angélica María Aguirre Torres

Representante área Científica de la Región
Doctora Ana María Solano Gallego

SECTOR COMERCIO DEL MUNICIPIO DE TULUÁ

Representante de los comerciantes del Municipio de Tuluá
Fabián Tenorio Lozano

SECTOR DE LOS USUARIOS

Yaneth Vargas Valencia
Representante de la Asociación de usuarios

Felipe José Tinoco Zapata
Gerente
Secretario Junta Directiva

EQUIPO DE TRABAJO
CONSTRUCCIÓN PLAN DE DESARROLLO 2020 – 2023

Felipe José Tinoco Zapata
Gerente

Diego Fernando Caicedo Cano
Subgerente Científico
Coordinador Calidad y Planeación

Alexandra Zúñiga Gil
Coordinadora de Enfermería

Myriam del Carmen Aponte
Coordinadora Talento Humano

Olga Moreno Montaña
Contadora

Gustavo Bergonzoli
Coordinador GECOI

Vivian Bedoya
Coordinadora Cartera

Julián Andrés Velásquez Echeverry
Jefe Jurídico

Jimena Solano
Seguridad del Paciente

Robert Velásquez
Referente Seguridad del Paciente

Gonzalo Espinosa Giraldo
Coordinador Proyectos

Nini Yohana Rentería
Profesional Apoyo Calidad

María Irma Restrepo Moscoso
Profesional Nivel II

Andrés Felipe Zuleta
Coordinador Estadística

Manuel Alejandro Hinestroza Escobar
Profesional Apoyo Control de Informes

Cesar Augusto Marmolejo Montaña
Asistente Subgerencia Científica

José Luis Caicedo Ramírez
Profesional Asesor

Guillermo García Valdez
Coordinador Médico

Cristian Johan Rodríguez
Coordinador Informática

Verónica Cruz
Coordinadora SIAU

Miguel Ángel Restrepo Gómez
Medico Auditor

Jorge Rincón
Asesor Presupuesto

CONTENIDO

1.	PRESENTACIÓN	8
2.	MARCO LEGAL.....	9
3.	REFERENTE HISTÓRICO.....	11
4.	REFERENTE POBLACIONAL	12
4.1.	AREA DE INFLUENCIA DIRECTA E INDIRECTA	12
4.2.	COMPORTAMIENTO DEMOGRÁFICO	16
4.3.	PIRÁMIDE POBLACIONAL.....	19
4.4.	VIVIENDA	20
4.5.	TIPO DE VIVIENDA	22
4.6.	SERVICIOS PÚBLICOS EN EL MUNICIPIO DE TULUA 2018	23
4.7.	ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTO DEMOGRÁFICO	24
4.7.1.	Morbilidad específica en Salud Mental.....	32
4.7.2.	Morbilidad por Subgrupos en Hombres	34
4.7.3.	Morbilidad por subgrupos en Mujeres	36
5.	ESTRUCTURACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2020 - 2023	37
5.1.	FASE 1. ANÁLISIS DEL ENTORNO EXTERNO	38
5.2.	FASE 2. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL	39
5.3.	FASE 3. REALIZACIÓN DE UN MODELO MATRICIAL.....	39
5.4.	FASE 4. FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS	41
5.5.	FASE 5. IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA	41
5.6.	FASE 6. EVALUACIÓN DE RESULTADOS	41
6.	ANÁLISIS DEL ENTORNO EXTERNO.....	42
6.1.	CONTEXTO INTERNACIONAL (OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE).....	42
6.1.1.	Relación con Objetivos de Desarrollo Sostenibles – ODS	43
6.2.	CONTEXTO NACIONAL	44
6.2.1.	MIPG.....	44
6.2.2.	LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO	45
6.2.3.	INCIDENCIA DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL HDTUU.....	47
6.2.4.	LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD ...	48
6.2.5.	PD “PACTO POR COLOMBIA, PACTO POR LA EQUIDAD” 2018 – 2022	49
6.2.6.	PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO “VALLE INVENCIBLE” – 2020 - 2023.....	53
6.2.7.	PLAN MUNICIPAL DE DESARROLLO “TULUÁ DE LA GENTE PARA LA GENTE” 2020 – 2023	58
6.2.8.	POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	60
6.2.9.	POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	61
6.2.10.	PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012 - 2021	63
6.2.11.	ACTORES INCIDEN EN LA FORMULACIÓN DEL PD DE LA ESE HDTUU 2020 - 2023.....	65
7.	DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL.....	66
7.1.	PORTAFOLIO DE SERVICIOS.....	66
7.2.	INDICADORES DE GESTIÓN GERENCIAL	70
7.3.	DIAGNÓSTICO TALENTO HUMANO.....	79

7.3.1.	Personal retirado en la E.S.E. vigencia 2016 a mayo 2020.....	81
7.3.2.	PREPENSIONADOS EN 2020.....	82
7.3.3.	PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS	83
7.3.4.	PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN	83
7.3.5.	PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	84
7.4.	PROCESO DE CALIDAD Y PLANEACIÓN	85
7.4.1.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	85
7.4.2.	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD	86
7.4.3.	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	86
7.4.4.	PROYECTOS A FORMULAR VIGENCIA 2020 - 2023	88
7.4.5.	HUMANIZACIÓN.....	89
7.4.6.	PROGRAMA DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES	89
7.4.7.	PAMEC.....	90
7.4.8.	ACREDITACIÓN	91
7.4.9.	INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO.....	98
7.5.	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	99
7.5.1.	PRODUCTIVIDAD EN UVR EN LOS AÑOS 2014 - 2019.....	99
7.5.2.	MORBILIDAD GENERAL POR CONSULTA EXTERNA EN LA E.S.E. EN 2019.....	100
7.5.3.	MORBILIDAD GENERAL POR HOSPITALIZACIÓN EN LA E.S.E. EN 2019	101
7.5.4.	MORBILIDAD GENERAL POR URGENCIAS EN LA E.S.E. EN 2019	102
7.5.5.	MORTALIDAD GENERAL EN EL AÑO 2019	102
7.5.6.	PANDEMIA POR CORONAVIRUS COVID-19	103
7.6.	DIAGNÓSTICO PROCESOS JUDICIALES.....	104
7.7.	DIAGNÓSTICO FINANCIERO	105
7.7.1.	SUPERÁVIT / DÉFICIT FISCAL POR VENTA DE SERVICIOS- VIGENCIAS 2014 – 2019	105
7.7.2.	SUPERÁVIT / DÉFICIT OPERACIONAL - VIGENCIAS 2014 – 2019.....	106
7.7.3.	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL INGRESOS COMPARATIVA VIGENCIA 2019 - 2018	108
7.7.4.	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL GASTOS COMPARATIVA VIGENCIA 2019 – 2018	109
7.7.5.	GESTIÓN DEL RIESGO FINANCIERO	110
7.7.6.	ESTADO DE RESULTADOS INTEGRAL AÑO 2019	110
7.7.7.	ESTADOS FINANCIEROS 2019 VS 2018.....	111
7.8.	PLATAFORMA ESTRATEGICA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE DE TULUÁ ..	111
7.8.1.	MISIÓN	111
7.8.2.	VISIÓN.....	111
7.8.3.	POLÍTICA DE CALIDAD.....	112
7.8.4.	VALORES INSTITUCIONALES	112
7.8.5.	MAPA DE PROCESO	112
8.	DESARROLLO MODELO MATRICIAL.....	113
8.1.	MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES EXTERNOS (MEFE)	113
8.2.	MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS (MEFI)	115
8.3.	ETAPA DE CONTRASTACIÓN	117

8.4.	ETAPA DE TOMA DE DECISIONES	117
8.4.1.	DOFA	117
8.4.2.	MATRIZ CONJUNTA DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA (MCPE)	121
9.	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	123
9.1.	LINEAS ESTRATEGICAS	125
9.2.	METAS E INDICADORES DEL PLAN DE DESARROLLO	126
9.2.1.	EJE 1: UNIDOS HACIA LA EXCELENCIA	126
9.2.2.	EJE 2: HOSPITAL LIDER Y COMPETITIVO	133
9.2.3.	EJE 3: EQUIPO HUMANO RUMBO AL ÉXITO	139
9.2.4.	EJE 4: AiHOSPITAL CONTIGO, SOSTENIBLE Y CON RESPONSABILIDAD SOCIAL	143
9.2.5.	EJE 5: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN.....	148
10.	IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS.....	152
	Características de un plan de acción	152
11.	EVALUACIÓN DE RESULTADOS.....	153

TABLA DE CONTENIDO GRAFICOS

Grafico 1. Distribución de la Población por Municipio del área de influencia Directa – año 2020.....	13
Grafico 2. Mapa del Valle del Cauca y la Red influencia Directa de la ESE HDTUU.....	14
Grafico 3. Mapa del Valle del Cauca y la Red influencia Indirecta de la ESE HDTUU.....	16
Grafico 4. Comportamiento de la Poblacional de Tuluá vs Otros municipios área de influencia al 2023.....	17
Grafico 5. Distribución Población Urbana y Rural de los municipios del área influencia 2018	18
Grafico 6. Pirámide poblacional de los municipios área de influencia	20
Grafico 7. Distribución viviendas Municipio de Tuluá en 2018.....	21
Grafico 8. Distribución viviendas de los otros municipios área de influencia en 2018.....	21
Grafico 9. Distribución tipo de vivienda en el Municipio de Tuluá en 2018.....	22
Grafico 10. Distribución Servicios públicos en el Municipio de Tuluá en 2018	23
Grafico 11. Porcentaje niños nacidos vivos con bajo peso en el Valle del Cauca	25
Grafico 12. Porcentaje de nacidos con control prenatal en el Valle del Cauca.....	26
Grafico 13. Porcentaje Población asegurada en Salud en el Valle del Cauca al 2019	28
Grafico 14. IPS habilitadas en Salud en el Valle del Cauca en 2019	29
Grafico 15. Principales causas de muerte en el Valle del Cauca al 2018.....	30
Grafico 16. Tasa de fecundidad mujeres de 15 – 19 años en el Valle del Cauca.....	31
Grafico 17. Proporción consulta por morbilidad salud mental para hombres. Valle del cauca 2019 – 2018...33	33
Grafico 18. Proporción consulta por morbilidad salud mental para Mujeres. Valle del cauca 2019 – 201834	34
Grafico 19. Morbilidad por subgrupos Hombres. Valle del cauca 2019 – 2018	35
Grafico 20. Morbilidad por subgrupos Mujeres. Valle del cauca 2019 – 2018.....	36
Grafico 21. Pasos para la construcción del Plan de Desarrollo 2020 – 2023	38
Grafico 22. Grafico Matriz Objetivos-Estrategias.....	40
Grafico 23. Grafico formulación de estrategias para el Plan de Desarrollo	41
Grafico 24. Objetivos de desarrollo Sostenibles – ONU	43
Grafico 25. Evaluación de MIPG en el tiempo.....	45
Grafico 26. Objetivos de Desarrollo Sostenibles – ONU.....	51
Grafico 27. Gestión Integral del Riesgo en Salud.....	63
Grafico 28. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021	64
Grafico 29. Actores que indican en la Formulación del Plan de Desarrollo	65
Grafico 30. Comportamiento indicador Mejoramiento continuo de Calidad	70
Grafico 31. Comportamiento indicador Efectividad auditoria	71
Grafico 32. Comportamiento indicador ejecución Plan de Desarrollo 2016-2019	71
Grafico 33. Comportamiento de indicadores de Gestión	72
Grafico 34. Comportamiento indicador Evolución del Gasto	73
Grafico 35. Comportamiento indicador Proporción de medicamentos y MMQ por compras	73
Grafico 36. Comportamiento indicador Utilización de información de los RIPS	74

Grafico 37. Comportamiento indicador Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	74
Grafico 38. Comport. indicador Evaluación guía hemorragias o trastornos hipertensivos en gestantes.....	76
Grafico 39. Comportamiento indicador Oportunidad realización de Apendicetomía	76
Grafico 40. Comportamiento indicador Oportunidad atención Infarto agudo de Miocardio	77
Grafico 41. Comportamiento indicador Análisis de mortalidad intrahospitalaria	77
Grafico 42. Comportamiento indicador Tiempo de espera asignación citas pediatría	78
Grafico 43. Comportamiento indicador Tiempo de espera asignación citas obstetricia	78
Grafico 44. Comportamiento indicador Tiempo de espera asignación citas medicina interna	79
Grafico 45. Análisis Planta de Cargos	80
Grafico 46. Análisis Personal retirado de la E.S.E.	81
Grafico 47. Personal prepensionado en 2020	82
Grafico 48. Resultado Implementación de Acciones de Mejora Priorizados PAMEC	91
Grafico 49. Indicador Proporción reingreso a urgencias en menos de 72 horas	95
Grafico 50. Indicador Tiempo promedio asignación cita Ginecología	95
Grafico 51. Indicador Tiempo promedio asignación cita Medicina General	96
Grafico 52. Indicador Tiempo promedio asignación cita Medicina Interna	96
Grafico 53. Indicador Tiempo promedio asignación cita de Pediatría	97
Grafico 54. Indicador Satisfacción global de los usuarios en la IPS	97
Grafico 55. Productividad en UVR años 2014 – 2019	99
Grafico 56. Distribución de Servicios Prestados en 2019	100
Grafico 57. Distribución de Servicios Prestados Hospitalización en 2019	101
Grafico 58. Morbilidad General por servicio de urgencias en el 2019	102
Grafico 59. Superávit/Déficit Fiscal por venta de servicios 2014 – 2019	105
Grafico 60. Superávit/Déficit Fiscal operacional 2014 – 2019	107
Grafico 61. Estado de resultados Integral – 2019	110
Grafico 62. Estados Financieros 2019 vs 2018	111
Grafico 63. Mapa de Procesos	112
Grafico 64. Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE)	114
Grafico 65. Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI)	116
Grafico 66. Estratégicos Plan de Desarrollo 2020 – 2023	123
Grafico 67. Objetivos Estratégicos Plan de Desarrollo 2020 – 2023	124
Grafico 68. Objetivos Estratégicos Plan de Desarrollo 2020 – 2023	125

1. PRESENTACIÓN

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.

La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá, 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 institución 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.

Los ejercicios de planeación pueden atender a diversos estilos o técnicas; una de las más utilizadas en el medio, es la Planeación Estratégica. Esta técnica se vale de herramientas que permiten identificar una serie de factores clave, tanto del entorno como del ambiente interno de la organización, para luego cotejarlas entre sí, de manera que emergen una serie de estrategias para alcanzar un futuro posible – factible, mediante la implementación de acciones concretas en el mercado de su objeto social para el periodo 2020 – 2023.

La ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe seleccionó la Planeación Estratégica como modelo; toda vez, que maneja un enfoque sistemático, objetivo y participativo, para tomar decisiones importantes en la organización.

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.

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 2020 – 2023 de la ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá, 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 del orden Municipal, Departamental y Nacional.

2. MARCO LEGAL

Constitución Política de Colombia.

Ley 10 de 1990, Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 100 de 1993, Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

Ley 152 de 1994, Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.

Decreto 1876 de 1994, En su artículo 24 establece que las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo, de conformidad con la Ley y los reglamentos.

Decreto 2145 de 1999, Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial y se dictan otras disposiciones.

En su artículo 12 concibe la planeación como herramienta gerencial que articula y orienta las acciones de la entidad, para el logro de los objetivos institucionales en cumplimiento de su misión particular y los fines del Estado en general, es el principal referente de la gestión y marco de las actividades del control interno puesto que a través de ella se definen y articulan las estrategias, objetivos y metas.

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.

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 872 de 2003, Por el cual se crea el Sistema de Gestión de Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.

Decreto 4110 de 2004, Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de la Gestión Pública.

Decreto 1011 de abril 03 de 2006, Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Social.

Ley 1122 de 2007, Por el cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dicta otras disposiciones.

Resolución 425 de 2008, Define la metodología para la elaboración, ejecución seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial.

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 1454 de 2011, Por la cual se dictan normas orgánicas sobre: ordenamiento territorial y se modifican otras disposiciones.

Resolución 710 de 2012, Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.

Resolución 743 de 2013, Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012.

Resolución 1841 de 2013, Plan decenal de Salud Pública.

Ley 1616 de 2013, Ley de Salud Mental.

Decreto 943 de 2014. Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno.

Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud.

Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

Política de atención integral en salud.

Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”.

Plan Departamental de Desarrollo 2020 – 2023 “Valle Invencible”

Plan Municipal de Desarrollo 2020 – 2023 “Tuluá de la Gente para la Gente”

Plan Decenal de Salud pública 2012 – 2021

Plan Territorial del Salud 2020 – 2023

Plan de Intervenciones Colectivas 2020 – 2023

Plan de Gestión Gerencial 2020 – 2023

3. 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 Tuluëña. 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 2012, se transforma en Empresa Social del Estado, que le confiere autonomía administrativa y patrimonio propio.

4. 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 400.000 habitantes según el DANE censo 2018, (proyección al 2020).

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.

4.1. AREA DE INFLUENCIA DIRECTA E INDIRECTA

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

Tabla 1. Población área de influencia por municipio 2020

MUNICIPIO	POBLACIÓN	%
Andalucía	22.594	5,04
Bolívar	15.714	3,51
Bugalagrande	24.465	5,46
Caicedonia	28.521	6,36
El Dovio	8.616	1,92
Riofrío	15.463	3,45
Roldanillo	36.786	8,21
San Pedro	17.201	3,84
Sevilla	41.153	9,18
Trujillo	18.982	4,23
Tuluá	218.812	48,81

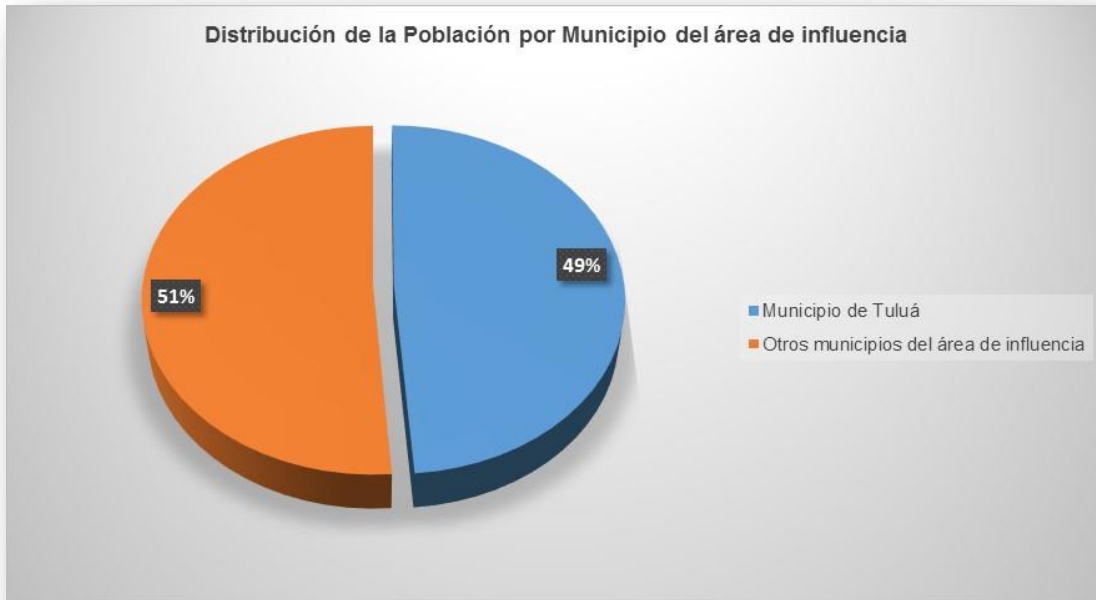
Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Tabla 2. Población Tuluá vs Otros municipios del área de influencia Directa año 2020

MUNICIPIOS	POBLACIÓN 2020
Municipio de Tuluá	218.812
Otros municipios del área de influencia	229.495
TOTAL	448.307

Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

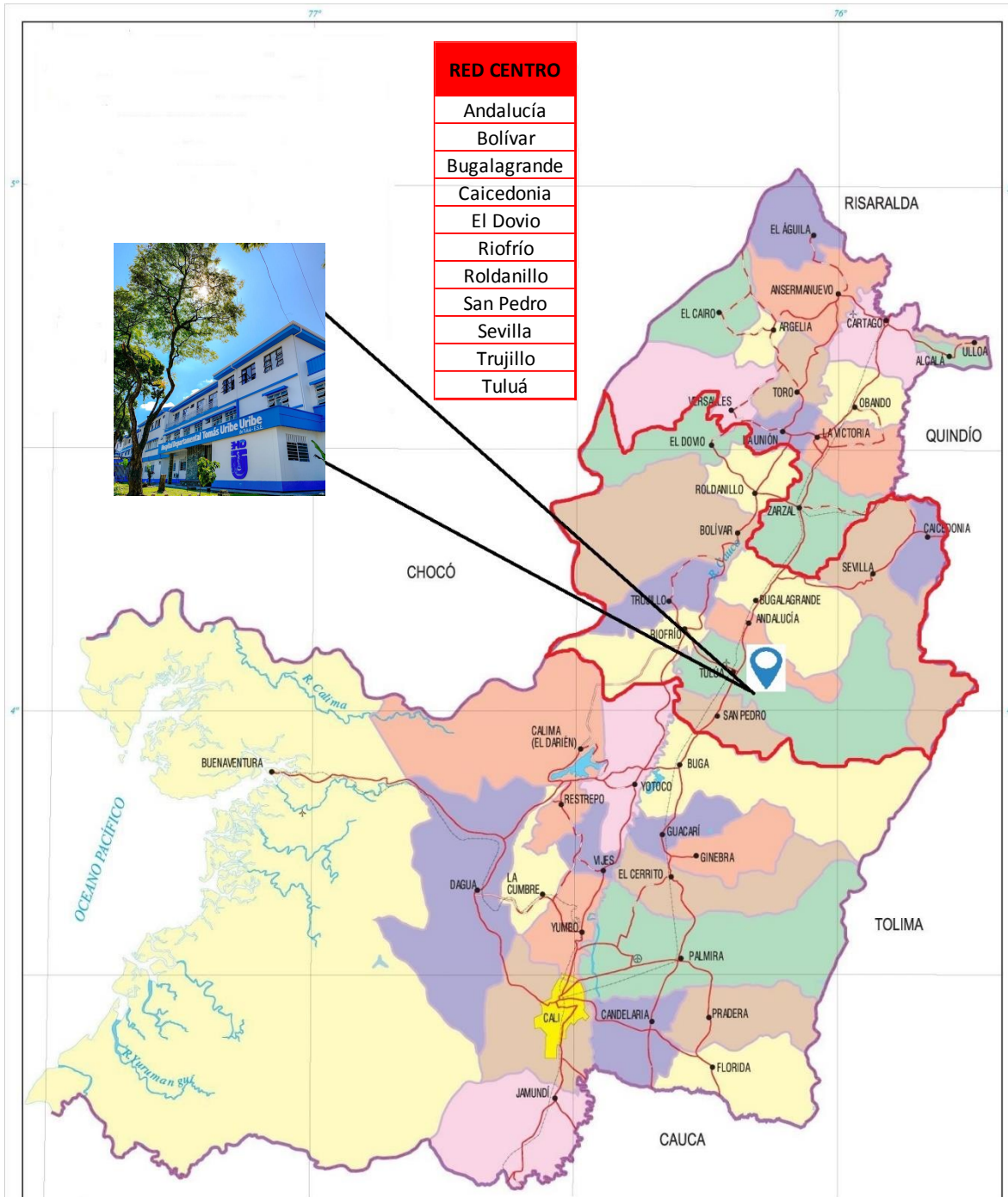
Grafico 1. Distribución de la Población por Municipio del área de influencia Directa – año 2020



Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

El área de influencia de la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe cuenta con 448.307 habitantes, según proyección DANE con base en el censo realizado en el 2018, de los cuales el 48,81% corresponden al Municipio de Tuluá y el 51,19% restante corresponde a los Municipios de Andalucía, Bugalagrande, Riofrío, Trujillo, San Pedro, Bolívar, Roldanillo, El Dovio, Sevilla, Caicedonia.

Grafico 2. Mapa del Valle del Cauca y la Red influencia Directa de la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá



Elaboración propia – ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

La E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, es una institución prestadora de servicios de salud referente para los Municipios del Norte y oriente del Departamento del Valle del Cauca, debido al nivel de complejidad con el que cuenta la institución, de esta manera, la ESE asume un grado de responsabilidad en relación al radio influencia indirecto, cuando brinda a este número importante de municipios.

Cabe anotar, que desde el occidente del departamento, donde se ubica buenaventura, también se recepcionan usuarios en búsqueda de atención en salud. En la siguiente tabla y grafico se ilustra la población del radio de influencia indirecto de la ESE:

Tabla 3. Red de influencia indirecta de la E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Municipios que Encuentra como Referencia de Usuarios del Sistema de Salud a la ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá, en Búsqueda de una Atención de Mediana y la Alta Complejidad							
Municipios del Centro del Valle del Cauca		Municipios del Norte del Valle del Cauca		Municipios del Oriente del Valle del Cauca		Municipios del Occidente del Valle del Cauca	
Municipio	Población	Municipio	Población	Municipio	Población	Municipio	Población
Andalucía	22.594	Alcalá	12.186	Caicedonia	28.521	Buenaventura	423.927
Bugalagrande	24.465	Ansermanuevo	15.668	Sevilla	41.153		
Riofrío	15.463	Argelia	5.008				
San Pedro	17.201	Bolívar	15.714				
Trujillo	18.982	Cartago	118.803				
Tuluá	218.812	El Águila	7.393				
		El Cairo	6.179				
		El Dovio	8.616				
		La Unión	29.388				
		La Victoria	11.058				
		Obando	10.970				
		Roldanillo	36.786				
		Zarzal	39.343				
		Toro	12.091				
		Ulloa	4.844				
Total Población	317.517	Total Población	334.047	Total Población	69.674	Total Población	423.927
Total Población de Municipios del Valle del Cauca que encuentran la ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá, una Alternativa de Referencia de Pacientes:				1.145.165			

Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 3. Mapa del Valle del Cauca y la Red influencia Indirecta de la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá



Elaboración propia, basa en un Grafico publicado por la Gobernación del Valle del Cauca – ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

4.2. COMPORTAMIENTO DEMOGRÁFICO

El municipio de Tuluá, ha tenido un comportamiento de crecimiento demográfico constante con proyección según DANE del 2018 al 2023, dentro del cual no se ha presentado una gran variación

sustancial en el comportamiento, básicamente muestra un incremento poblacional del 3,5% anualmente.

Tabla 4. Comportamiento de la Proyección Poblacional de Tuluá vs Otros municipios del área de influencia al año 2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Otros municipios del área de influencia	231.138	229.971	229.495	230.732	232.379	234.045
Municipio de Tuluá	212.685	215.978	218.812	220.032	221.604	223.191

Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 4. Comportamiento de la Proyección Poblacional de Tuluá vs Otros municipios del área de influencia al 2023



Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

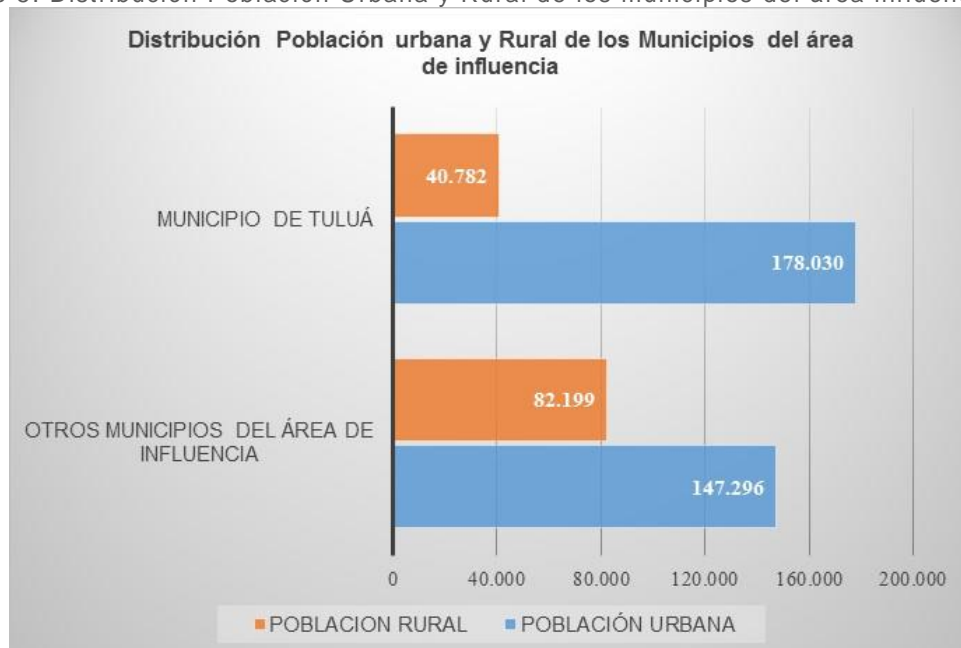
De igual manera, se destaca que el Municipio de Tuluá es ampliamente urbano, concentrándose la mayor cantidad de la población en la cabecera urbana del municipio, a diferencia de Municipios como Bolívar, Riofrío, San Pedro y Trujillo donde su población se concentra más en el Zona rural.

Tabla 5. Distribución Población urbana y rural municipios del área de influencia en 2020

MUNICIPIOS	POBLACIÓN URBANA 2020	POBLACIÓN RURAL 2020
Andalucía	17.679	4.915
Bolívar	4.452	11.262
Bugalagrande	12.647	11.818
Caicedonia	23.608	4.913
El Dovío	5.413	3.203
Riofrío	7.348	8.115
Roldanillo	28.050	8.736
San Pedro	7.776	9.425
Sevilla	31.331	9.822
Trujillo	8.992	9.990
Tuluá	178.030	40.782

Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 5. Distribución Población Urbana y Rural de los municipios del área influencia 2018



Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

4.3. PIRÁMIDE POBLACIONAL

Es fundamental anotar la presencia mayoritaria de mujeres y una población menor de 15 años que representa el 23%, 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. Se debe contemplar que las personas mayores de 60 años responden a un 17%, donde, se deben plantear estrategias de Salud Pública a este segmento de la población.

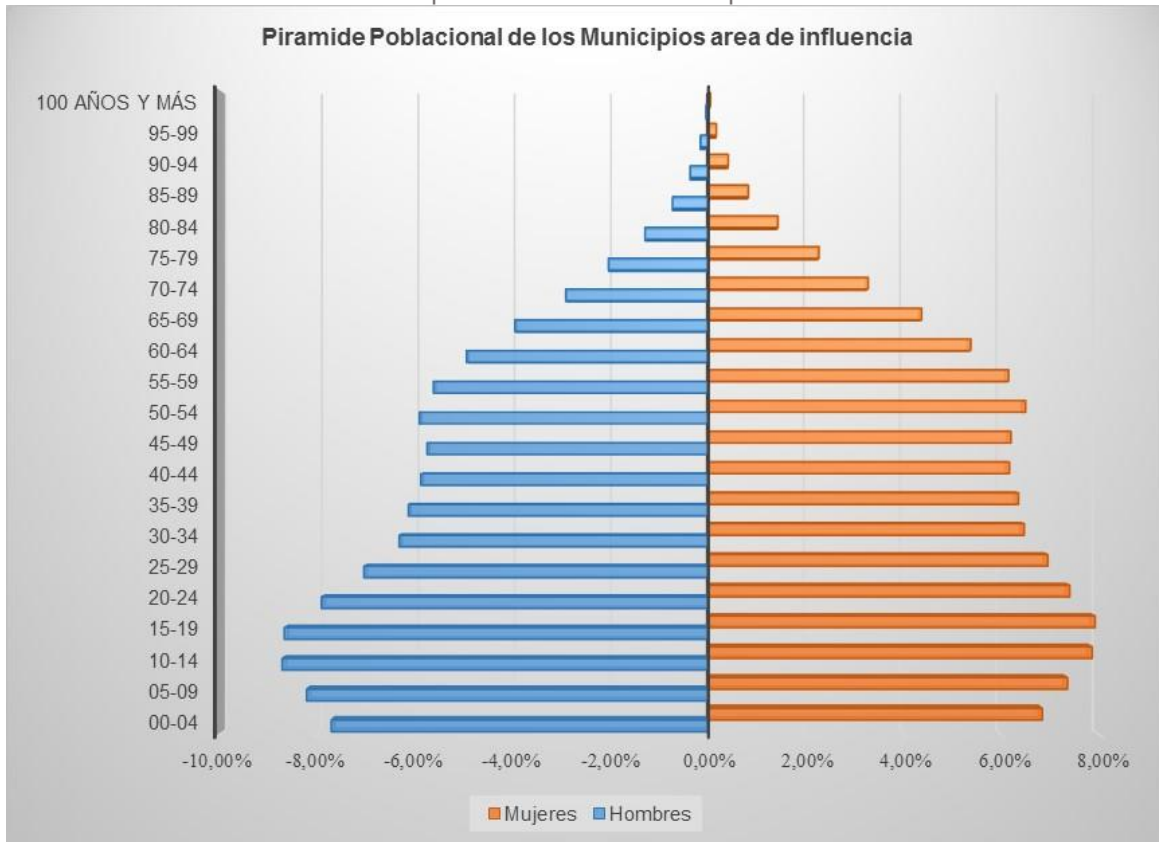
Tabla 6. Pirámide poblacional de los municipios área de influencia en el 2020

RANGO DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
00-04	16.633	15.809	32.442
05-09	17.727	16.998	34.725
10-14	18.810	18.167	36.977
15-19	18.713	18.304	37.017
20-24	17.068	17.101	34.169
25-29	15.197	16.068	31.265
30-34	13.638	14.950	28.588
35-39	13.233	14.679	27.912
40-44	12.683	14.251	26.934
45-49	12.407	14.323	26.730
50-54	12.752	15.017	27.769
55-59	12.127	14.213	26.340
60-64	10.666	12.424	23.090
65-69	8.530	10.098	18.628
70-74	6.287	7.571	13.858
75-79	4.399	5.247	9.646
80-84	2.784	3.304	6.088
85-89	1.569	1.904	3.473
90-94	787	955	1.742
95-99	327	393	720
100 AÑOS Y MÁS	82	112	194
TOTAL	216.419	231.888	448.307

Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

La pirámide poblacional de los municipios área de influencia, es una pirámide que 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.

Grafico 6. Pirámide poblacional de los municipios área de influencia



Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

4.4. VIVIENDA

Para el año 2018 el territorio del Municipio de Tuluá, según información DANE, cuenta con 57.879 viviendas ocupadas en la cabecera municipal y 12.524 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.

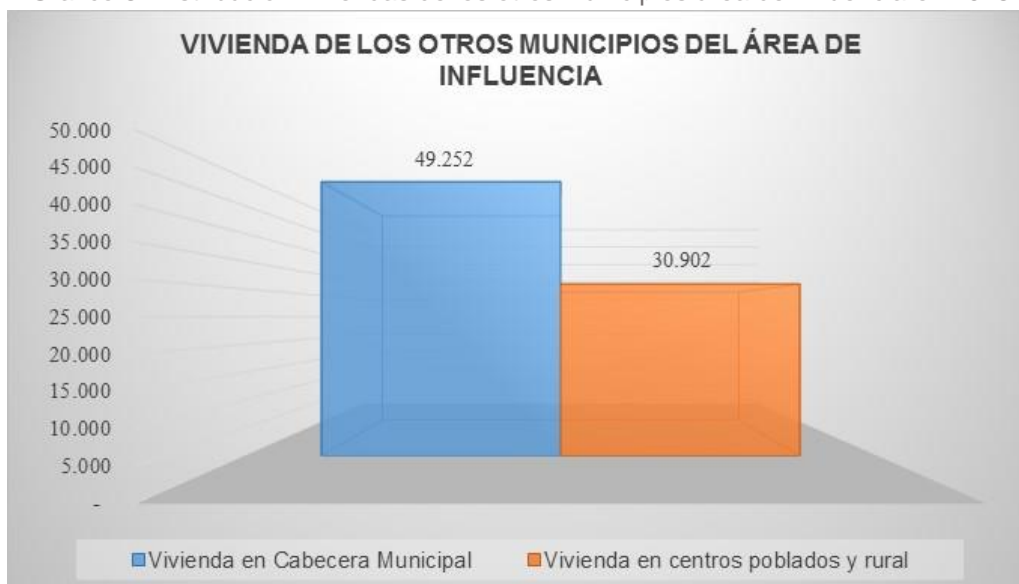
Grafico 7. Distribución viviendas Municipio de Tuluá en 2018



Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Para el año 2018 el territorio de los otros municipios del área de influencia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, según información DANE, cuenta con 49.252 viviendas ocupadas en la cabecera municipal y 30.902 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 de los municipios.

Grafico 8. Distribución viviendas de los otros municipios área de influencia en 2018



Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

4.5. TIPO DE VIVIENDA

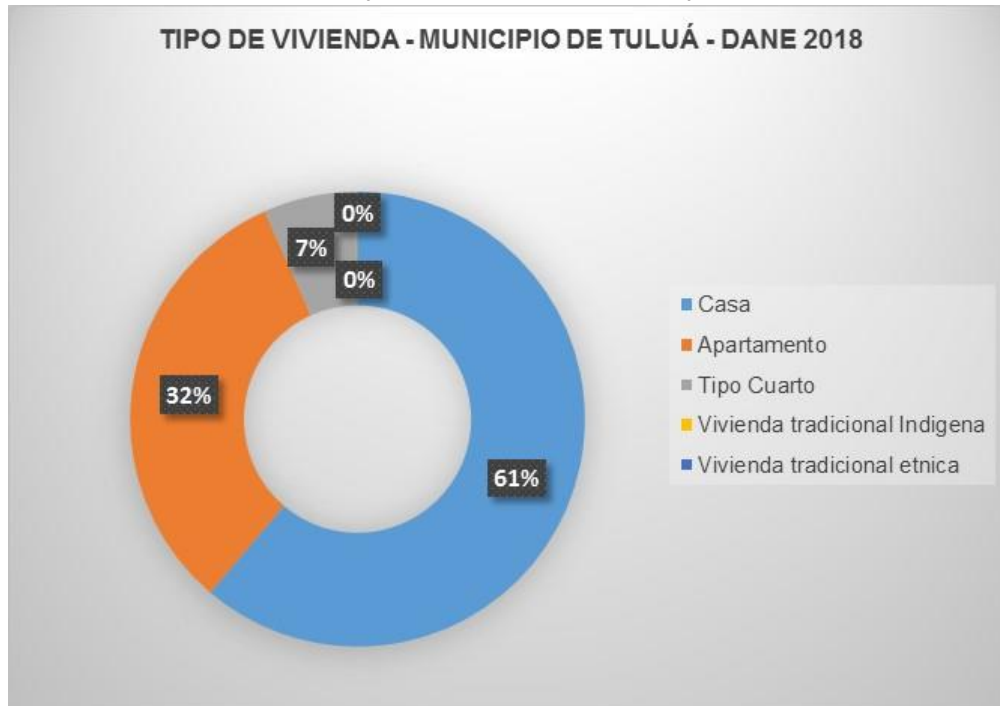
Para el censo de 2018 en el Municipio de Tuluá se encontró que el 61,20% eran viviendas tipo casa, considerándose estas las que tienen acceso directo desde el exterior; con servicio de cocina y sanitario dentro de ésta, incluyendo las viviendas tipo apartamento que equivalen al 32,10%, solo se encontró que el 6,60% de la población vive en viviendas tipo cuarto y en un porcentaje muy bajo se encuentran familias en vivienda tradicional indígena y étnica en el municipio de Tuluá.

Tabla 7. Tipo de vivienda en el Municipio de Tuluá en 2018

TIPO DE VIVIENDA - MUNICIPIO DE TULUÁ - DANE 2018	
Casa	61,20%
Apartamento	32,10%
Tipo Cuarto	6,60%
Vivienda tradicional Indigena	0,06%
Vivienda tradicional etnica	0,04%

Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 9. Distribución tipo de vivienda en el Municipio de Tuluá en 2018



Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

4.6. SERVICIOS PÚBLICOS EN EL MUNICIPIO DE TULUA 2018

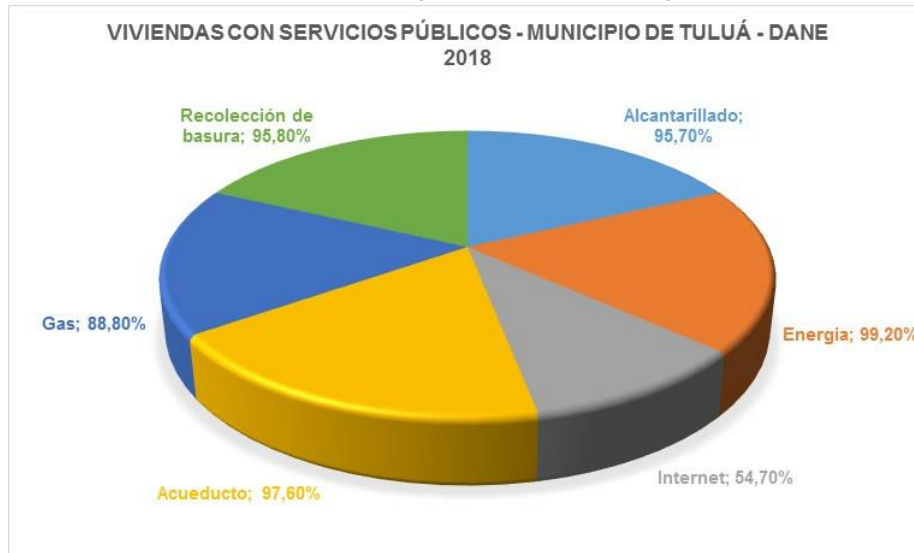
Se evidencia que el 99,2% de los hogares en el Municipio de Tuluá están conectados al Servicio de Energía, logrando una buena cobertura; también se muestra que las instalaciones domiciliarias de Gas natural domiciliario están en un 88,8% de hogares que reciben efectivamente el servicio; que el 95,7% de hogares con conexión domiciliaria de alcantarillado en el municipio; que la cobertura del servicio de recolección de basura está en el 95,8% en el municipio.

Tabla 8. Servicios públicos en el Municipio de Tuluá en 2018

VIVIENDAS CON SERVICIOS PUBLICOS - MUNICIPIO DE TULUÁ - DANE 2018	
Alcantarillado	95,70%
Energia	99,20%
Internet	54,70%
Acueducto	97,60%
Gas	88,80%
Recolección de basura	95,80%

Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 10. Distribución Servicios públicos en el Municipio de Tuluá en 2018



Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

4.7. ANALISIS DE COMPORTAMIENTO DEMOGRAFICO

La garantía efectiva del derecho a la salud se mide por las siguientes variables:

En primer lugar, la esperanza de vida al nacer. El análisis de la esperanza de vida al nacer, se expresa en las principales causas de la mortalidad de niñas, niños y adolescentes. Para iniciar, la esperanza de vida, que en número de años que en promedio esperaría vivir una persona si durante toda su vida estuviera sujeta a las condiciones de mortalidad por edad observadas en el momento de su nacimiento.

El Valle del Cauca, tiene para los hombres una expectativa de vida para el quinquenio del 2015 al 2020 de 72,44 años (73,08 en Colombia) y en las mujeres de 81,13 (79,39 en Colombia), lo que nos permite establecer que, tanto en el Valle del Cauca, como en la nación, las mujeres presentan una mayor expectativa de vida que los hombres y también que los hombres del Departamento presentan menor expectativa de vida que en el total de la nación. Según la Secretaría de Salud Departamental, lo anterior se podría explicar posiblemente por las altas tasas de homicidio en hombres del Departamento.

En segundo lugar, la tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año fue de 10.05% por cada 1.000 niños nacidos vivos, alrededor de 10 niños menores de 1 año fallecieron.

En tercer lugar, la tasa de fecundidad en el Valle del Cauca fue de 40.45% en el año 2016, indicando que, por cada 1.000 mujeres en edad fértil, aproximadamente 40 mujeres quedaron en embarazo.

En cuarto lugar, de acuerdo con la Secretaría de Salud Departamental, la razón de mortalidad materna a 42 días fue de 21.2% para el año 2018; a saber, por cada 1.000 niños nacidos vivos, fallecieron 21 madres en un lapso de 42 días, después del parto. Más aún, según cifras oficiales de la Secretaría, hubo 36.586 nacidos vivos y fallecieron 12 madres en un periodo posterior de 42 días al parto.

De acuerdo con datos del Ministerio de Salud, el porcentaje de niños nacidos vivos con bajo peso al nacer, ha venido incrementando entre los años 2005 y 2017. Donde se inicia con una tasa 8.34% alcanzando una tasa del 8.62% para el año 2017. El mayor porcentaje para este indicador se obtuvo en el año 2010, donde la tasa fue del 9.13%; mientras que la tasa más baja se dio en el año 2015, donde fue del 8.22%. Pese a ello, la tasa se ha mantenido estable en un rango de 8% a 9%, frente a un 15% de niños nacidos con bajo peso a nivel mundial, según datos del Fondo de las Naciones Unidas

Grafico 11. Porcentaje niños nacidos vivos con bajo peso en el Valle del Cauca



Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

La causa de mortalidad en menores a los 42 días para el 2018 fue de 20,7 casos en 100 mil nacidos vivos en el Departamento, según el SIVIGILA, a su vez, los casos de embarazos en adolescente el Valle del Cauca tuvo para el 2018 419 casos en las edades de 10 a 14 años de edad y 9.091 en menores de 15 a 19 años. Finalmente, la Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad estuvo en 48,6 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad.

Respecto al porcentaje de nacidos vivos en el Valle del Cauca con 4 o más consultas de control prenatal ha crecido significativamente entre los años 2005 y 2017. En detalle, se pasó de una tasa del 85.85% en el año 2005 a una tasa del 91.09% en el año 2018, lo cual indica que existe mayor consciencia de la importancia de hacerse los controles prenatales.

Es importante destacar que este indicador tuvo su mayor pico en el año 2014, donde la tasa fue del 91.53%. En general, se puede observar que el Departamento se va acercando gradualmente al 100% de mujeres embarazadas que asisten al número indicado de controles prenatales.

Grafico 12. Porcentaje de nacidos con control prenatal en el Valle del Cauca



Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

La prevalencia de desnutrición en menores de 5 años fue de 183 casos en menores de 5 años en 2018 frente a 4.193 casos en Colombia, según el boletín de Epidemiológico, Instituto Nacional de Salud 2018. Por su parte, la Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años a 2018 fue de dos casos por cada 100 mil menores de 5 años.

Salud en la primera infancia, niñez, adolescencia y juventud. Desde un enfoque diferencial centrado en primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, se tienen los siguientes indicadores en salud. Primeramente, en el año 2018, conforme a cifras de la Secretaría de Salud Departamental, se reportaron 33.330 nacidos vivos, los cuales en su mayoría se concentran en los municipios de Cali (51.6%), Buenaventura (8.7%), Palmira (7.2%) y Tuluá (4.6%). En cuanto a defunciones en menores de 1 año, según cifras del Registro Único de Afiliados (RUAF), en el año 2018 fallecieron 357 niños menores de 1 año y la tasa de mortalidad en esta población fue del 9.76; siendo inferior en comparación a años como el 2015, donde la tasa era del 10.24%. Resulta importante resaltar que los municipios con mayores tasas son El Dovio (42.11%), Argelia (29.41%) y Obando (23.53%).

Referente a la mortalidad en menores de 5 años, conforme a cifras de la RUAF, en el Valle del Cauca se presentaron 417 casos durante el año 2018 y la tasa departamental fue del 11.40%, es decir, que por cada 1.000 nacidos vivos menores de 5 años se estima que fallecieron 11 niños con ese rango de edad. Los municipios con mayores tasas de defunciones en niños menores de 5 años son El Dovio (42.11%), Trujillo (24.24%), Obando (23.53%), Andalucía (22.56%) y Buenaventura (22.39%).

Las causas de la muerte de los niños menores de 5 años, en el año 2018 se reportaron 29 casos por Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) que equivale a una tasa de 7.90%. Bajo este contexto, los municipios que reportaron mayores tasas de mortalidad por ERA, en niños menores de 5 años, fueron Bolívar (81.30%), Obando (66.93%) y Toro (66.53%). Otra causa de mortalidad en esta población fue la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), donde el Valle del Cauca presentó 5 casos durante el año 2018 y por consiguiente una tasa del 1.36%. Los municipios donde fallecieron niños menores de 5 años por EDA fueron Ansermanuevo, Buenaventura, Cartago, El Cerrito y Palmira; cada uno con 1 caso reportado.

En materia de vacunación, la vacunación en menores de 1 año fue del 99,26% porcentaje de menores con tercera dosis de pentavalente al 2018, a partir de cifras oficiales del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la Secretaría de Salud Departamental, se tiene que de los niños recién nacidos (de 0 a 29 días) y los niños menores de 1 año (1 mes a 11 meses), fueron vacunados 46.624 niños contra la tuberculosis con la dosis única de Bacilo Calmette-Guérin (BCG), equivalente al 90.7% de la población programada.

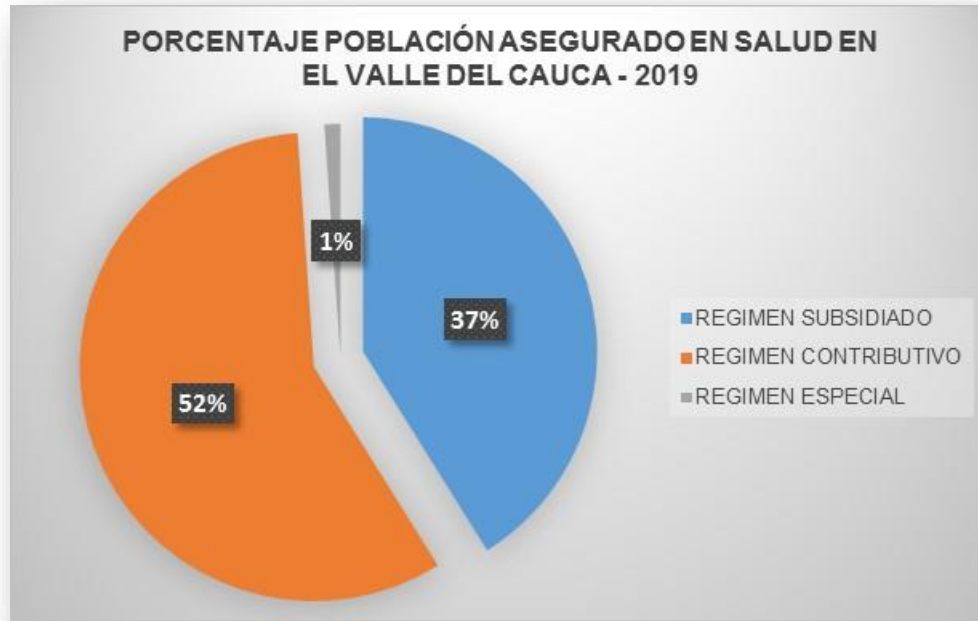
En particular, en el año 2018, los municipios donde se tuvo mayor proporción de niños vacunados con BCG del total programado, fueron Tuluá (175,2%), Roldanillo (172.6%), y Guadalajara de Buga (150.3%), superando incluso el 100% de la meta programática.

Por otro lado, en relación con la vacuna pentavalente celular que brinda inmunización activa específica contra las infecciones causadas por *Corynebacterium diphtheriae*, *Clostridium tetani*, *Bordetella pertussis*, *Haemophilus influenzae* tipo b y el virus de la Hepatitis B (VHB), en niños a partir de las 6 semanas de edad, en el PAI de la Secretaría de Salud Departamental se reporta que en el Valle del Cauca se vacunaron a 51.379 que equivale al 100% de población infantil programada para ser inmunizada con esta vacuna. Cabe destacar que los municipios donde se vacunó a mayor proporción de población objetivo fueron Obando (121.2%), Guacarí (119.9%), La Unión (117.9%) y Trujillo (116.6%).

En cuanto a la transmisión vertical de VIH, Sífilis y Hepatitis B, la Secretaría de Salud Departamental resalta que está en proceso de eliminación en Colombia, y el Departamento del Valle del Cauca aporta una importante proporción de casos al país. Dada la necesidad de seguimiento para establecer el cierre definitivo de los casos, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y sus respectivos Prestadores de Servicios de Salud (PSS) deben remitir al Departamento la información y soportes de los casos y actualizarla a medida que estos evolucionan. A pesar de los múltiples requerimientos, en el año 2018, la Secretaría de Salud Departamental advirtió que las EAPB y PSS no habían enviado oportunamente los respectivos soportes para el cierre 144 casos de VIH materno infantil, 97 de sífilis congénita y 6 de HB del 20.

Salud y bienestar. Para evaluar este objetivo se debe comenzar primero que todo por el porcentaje de población asegurada en salud en el Departamento al corte 2019, donde la cobertura fue del 90%, considerado con una cobertura casi universal en acceso a salud, el 37% de la población del Valle del Cauca está en régimen subsidiado, mientras que el 52% está en régimen contributivo y un 1% en régimen especial, información tomada del Sistema Integrado de Información de Seguridad Social, datos 2019.

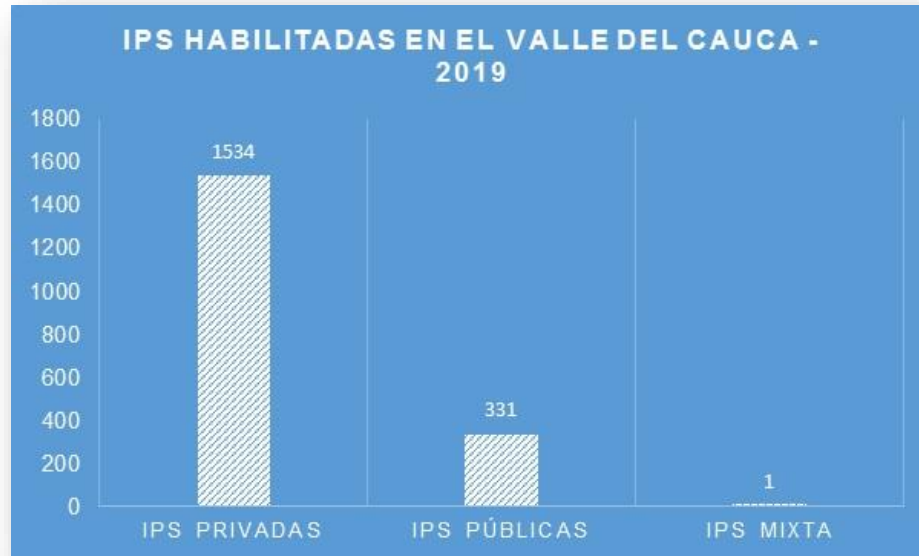
Grafico 13. Porcentaje Población asegurada en Salud en el Valle del Cauca al 2019



Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulua

En relación a la infraestructura hospitalaria, la nación cuenta con 10.385 IPS, de ellas las IPS habilitadas para el Valle del Cauca son 1.866, que en comparación al 17,96% del total de la nación. En el detalle se encuentra que el Departamento cuenta con 1.534 IPS privadas, 331 IPS pública y 1 mixta, según el Sistema Integrado de Información de Seguridad Social, con datos al 2019.

Grafico 14. IPS habilitadas en Salud en el Valle del Cauca en 2019

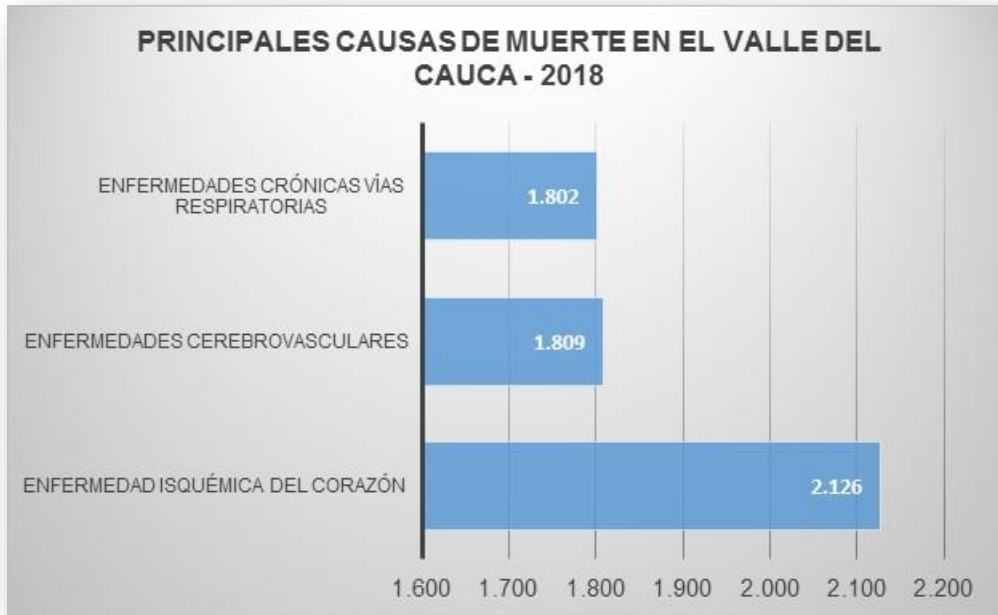


Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

En relación a la vida, el Valle del Cauca contó con indicadores no tan preocupantes, ejemplo de ello, la mortalidad materna a los 42 días, la cual fue de 20,7 casos en 100.000 nacidos vivos para el año 2018, indicador inferior a la meta nacional con el CONPES 2030 que tiene como objetivo estar en 32 por cada 100.000 habitantes. En relación a la vacunación, los menores de 1 año de edad vacunados fueron del 99,26% con tercera dosis de pentavalente en 2019, el porcentaje de menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente (%) 93,6 y el porcentaje niños y niñas de 1 año con vacunación de triple viral (%) 95,1.

Las principales causas de muerte en el Valle del Cauca para el año 2018, los tres casos con mayor relevancia fueron por enfermedad isquémica del corazón, con 2.126 casos que se presentaron en todo el Departamento, los casos por enfermedades cerebrovasculares fueron de 569 mujeres y 818 hombres con un total de 1.809 casos, y los casos por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores presentaron 991 mujeres y 513 hombres, con un total de 1.802 casos, según DANE en 2018.

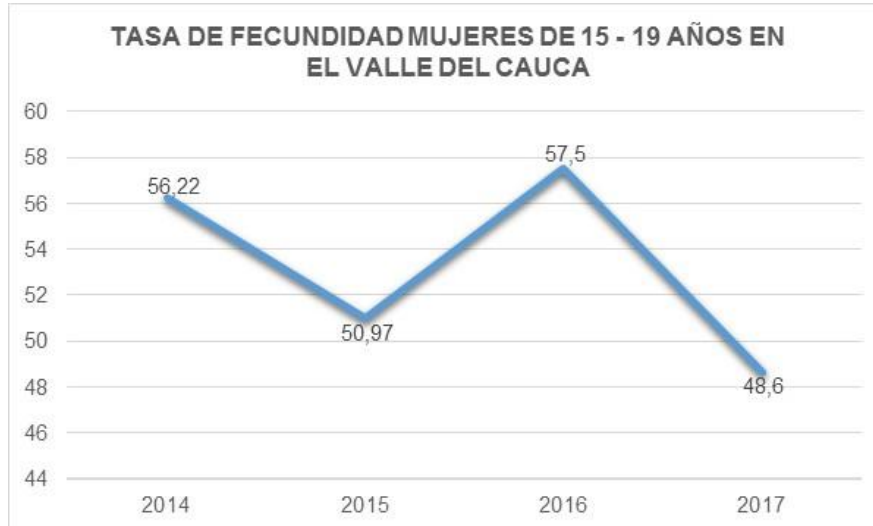
Grafico 15. Principales causas de muerte en el Valle del Cauca al 2018



Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Es importante contemplar los casos de embarazo adolescente, en el Valle del Cauca según datos del DANE, en estadísticas vitales (EEVV) 2018, las menores de 10-14 años de edad fue de 419 casos y en la edad de 15-19 años fue de 9.091 casos, con un total de 9.610 casos de embarazos en menores. Por su parte, la Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años fue para el año 2014 de 56,22 y en el año 2015 de 50,97, en 2016 con 57,50 y para el 2017 de 48,6 disminución significativa en los cuatro años.

Grafico 16. Tasa de fecundidad mujeres de 15 – 19 años en el Valle del Cauca



Fuente DANE – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

En relación al Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, el Valle del Cauca tuvo un porcentaje de 91,1%, porcentaje considerado como bueno, ya que la máxima corresponde a un 95,0%. Por otro lado, la Tasa de mortalidad en menores de 5 años (ajustada) correspondió a un 20,7. La Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año (ajustada) por 1.000 nacidos vivos para el año 2016 fue de 11,5. Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 año) fue de 48,6.

El porcentaje de personas con abuso o dependencia de cualquier sustancia ilícita que para el Valle del Cauca fue de un 2,0%, así como la incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas por 100.000 habitantes que corresponde a un 37,6%, el porcentaje de personas con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol 10,9%; en relación al VIH/SIDA por 100.000 habitantes correspondió a un 8,0%, la Incidencia de tuberculosis (por 100.000 habitantes) por su parte fue de 40,7% y la Incidencia de malaria (por 1.000 habitantes) fue de 27,0%.

Con lo dicho el Departamento muestra en estos indicadores un escenario positivo en materia de salud, que son mucho mejores que los indicadores trazados para la nación, es importante considerar apostarle en llegar a la cobertura universal en salud, ya que está por debajo de la media nacional de 95% en el 2018.

En relación a la red de primer nivel, se requiere el fortalecimiento en el acceso efectivo y la armonización con los demás actores del sistema de salud, especialmente para la reducción de brechas poblacionales, de ingreso y etnoculturales que afecta el acceso a la salud de calidad, en las lógicas nacionales de que “nadie se quede atrás”, el reto está entonces en lograr acceso y cobertura universales en particular, en niños, niñas y adolescentes, dado que tienen dificultades de acceso en aquello que habitan áreas dispersas y la población que pertenece a grupos étnicos, ya que el modelo de salud no los incluye de forma suficiente y no comprende sus reales necesidades.

Se requiere garantizar por parte del Departamento del Valle del Cauca acceso a insumos y servicios, así como medicina especializada y la oportuna atención en todos los niveles de complejidad, tanto en urgencias como en servicios ambulatorios en los territorios rurales. Además, es importante fortalecer el sistema en aras de un manejo transparente y eficiente de los recursos, para impulsar un modelo que priorice la prevención de la enfermedad y promueva la salud a través de la acción multisectorial, garantizando el derecho de individuos y comunidades en las zonas rurales y urbanas.

4.7.1. Morbilidad específica en Salud Mental

El análisis de la morbilidad específica en salud mental para los hombres permite observar que desde la primera infancia hacia la adolescencia se presentaron aumentos para el año 2018 en los trastornos mentales y del comportamiento, siendo la más notable la diferencia observada para el grupo de adolescencia, en la cual el incremento alcanza los 2,22 puntos porcentuales. En los grupos de juventud en adelante se observan disminuciones, la reducción más importante es para los grupos de juventud y adultez (-1,65%).

Gráfico 17. Proporción de consulta por morbilidad en salud mental para hombres. Valle del cauca 2019 - 2018

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	81,94	78,83	84,54	90,09	82,84	86,35	90,66	89,53	87,58	88,96	1,38
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,57	0,22	0,19	0,19	0,23	0,29	0,08	0,16	0,32	0,17	-0,15
	Epilepsia	17,49	20,94	15,26	9,72	16,93	13,35	9,26	10,31	12,11	10,87	-1,24
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	83,80	86,40	93,02	95,16	92,43	94,14	94,18	89,61	90,61	92,36	1,75
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,02	0,35	0,23	0,09	0,15	0,31	0,26	0,06	0,08	0,11	0,03
	Epilepsia	16,18	13,24	6,75	4,75	7,42	5,55	5,56	10,33	9,31	7,53	-1,78
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	71,64	74,19	77,37	82,53	76,14	80,57	85,85	80,31	80,57	82,79	2,22
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,22	3,93	4,41	7,96	6,59	7,39	6,08	8,68	7,45	6,89	-1,56
	Epilepsia	23,14	21,88	18,22	9,51	17,27	12,04	8,07	11,02	11,98	10,32	-1,66
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	69,04	66,87	69,77	74,67	73,96	75,40	77,89	78,23	76,89	75,24	-1,65
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,25	4,65	9,02	13,21	11,17	12,28	10,29	11,01	11,15	11,89	0,73
	Epilepsia	25,71	28,48	21,21	12,12	14,87	12,33	11,82	10,75	11,96	12,87	0,91
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	73,58	73,61	72,84	78,80	78,20	78,91	79,65	77,29	77,83	76,18	-1,65
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,97	2,15	2,51	4,04	4,34	4,93	4,78	5,53	4,19	5,04	0,85
	Epilepsia	23,45	24,24	24,65	17,15	17,46	16,16	15,57	17,18	17,98	18,78	0,81
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	86,30	87,44	86,52	89,46	89,59	90,09	90,72	88,36	88,47	88,01	-0,46
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,08	0,93	1,04	1,45	1,16	0,70	0,63	0,76	0,84	0,98	0,14
	Epilepsia	12,62	11,63	12,44	9,08	9,25	9,21	8,66	10,88	10,69	11,01	0,32

Fuente: Sispro – Ministerio de Salud y Protección Social

El análisis de la morbilidad específica en salud mental para las mujeres permite observar que hay un incremento de 7,5 puntos porcentuales en el año 2018 para la epilepsia en la infancia. Se incrementó el porcentaje de consultas por consumo de sustancias psicoactivas en infancia, adolescencia, adultez y vejez, observándose que es la adolescencia en la que se presenta el mayor incremento.

Gráfico 18. Proporción de consulta por morbilidad en salud mental para Mujeres. Valle del Cauca 2019 - 2018

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - 5años)	Tresbros mentales y del comportamiento	78,49	76,60	79,54	80,60	79,89	77,38	77,96	86,47	86,57	83,78	-2,79
	Tresbros mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,49	0,25	0,74	0,35	0,66	0,25	0,20	0,13	0,31	0,16	-0,14
	Epilepsia	21,02	23,15	19,72	19,06	19,45	22,37	21,84	13,40	13,12	16,06	2,94
Infancia (6 - 11 años)	Tresbros mentales y del comportamiento	82,28	81,90	88,84	92,12	86,84	89,70	87,15	90,86	91,66	84,06	-7,60
	Tresbros mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,66	0,65	0,19	0,15	0,26	0,09	0,08	0,08	0,02	0,11	0,09
	Epilepsia	17,06	17,45	10,96	7,73	12,89	10,21	12,77	9,06	8,32	15,83	7,51
Adolescencia (12 - 17 años)	Tresbros mentales y del comportamiento	76,09	79,64	79,45	88,97	84,38	88,00	89,50	87,51	84,80	84,26	-0,53
	Tresbros mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,58	2,97	2,95	1,97	2,45	3,80	4,05	4,05	3,39	4,31	0,92
	Epilepsia	21,33	17,40	17,60	9,06	13,17	8,20	6,45	8,44	11,82	11,43	-0,39
Juventud (18 - 28 años)	Tresbros mentales y del comportamiento	77,02	76,96	79,75	86,30	83,08	84,78	84,00	81,31	80,34	80,55	0,21
	Tresbros mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,41	2,55	2,34	2,58	3,14	3,07	4,20	4,37	4,23	4,18	-0,04
	Epilepsia	20,57	20,49	17,91	11,12	13,78	12,15	11,80	14,32	15,44	15,27	-0,17
Adultez (29 - 59 años)	Tresbros mentales y del comportamiento	84,64	84,18	83,46	87,94	84,78	85,34	86,26	85,26	84,35	83,38	-0,97
	Tresbros mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,88	0,86	0,71	0,71	0,63	0,89	1,00	1,09	0,98	1,21	0,23
	Epilepsia	14,48	14,95	15,82	11,36	14,59	13,78	12,74	13,65	14,67	15,41	0,74
Vejez (60 años y más)	Tresbros mentales y del comportamiento	91,15	92,07	92,44	88,85	93,16	92,55	94,53	94,13	93,59	93,48	-0,11
	Tresbros mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,46	0,40	0,42	0,35	0,26	0,17	0,22	0,22	0,21	0,27	0,06
	Epilepsia	8,39	7,53	7,14	10,80	6,58	7,27	5,26	5,65	6,20	6,24	0,05

Fuente: Sispro – Ministerio de Salud y Protección Social

4.7.2. Morbilidad por Subgrupos en Hombres

En el Departamento del Valle del Cauca durante el periodo 2009 a 2018, la primera causa de morbilidad por enfermedades transmisibles en los hombres son las enfermedades infecciosas y parasitarias, alcanzando 55,10 % de las consultas en este grupo poblacional, con un aumento de 1,11 puntos en 2018 con relación a 2017 y en general, se observa un comportamiento fluctuante en todo el periodo de estudio. Le siguen las infecciones respiratorias, que alcanzan 42,12 % de las

consultas en 2018 y disminuyendo 1,05 puntos en 2018 con relación a 2017; en general el comportamiento es fluctuante.

Con relación a las enfermedades no transmisibles, son las enfermedades cardiovasculares las de mayor proporción de consultas en todo el periodo de estudio (20,05 % en 2018), presentando una disminución de 0,54 puntos porcentuales para 2018 en relación con 2017. Este subgrupo de enfermedades presenta un comportamiento estable en el periodo de estudio.

En el grupo de las lesiones, son los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas las que representan el mayor porcentaje de consultas en los hombres, alcanzando el 94,22% en el año % en el año 2018, con disminución de 0,04 puntos porcentuales con relación a 2017.

Grafico 19. Morbilidad por subgrupos Hombres. Valle del cauca 2019 - 2018

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D60-D63, D64.9, E51-E54)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	52,83	55,29	50,68	52,87	53,57	53,49	62,58	61,83	53,99	55,10	1,11
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	45,61	42,27	47,40	44,73	43,76	43,70	35,42	35,87	43,18	42,12	-1,06
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D60-D63, D64.9, E51-E54)	1,55	2,43	1,92	2,40	2,67	2,81	2,00	2,30	2,83	2,78	-0,05
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	30,98	35,39	10,27	10,76	2,96	3,24	3,65	2,08	2,96	3,80	0,84
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	69,02	64,61	89,73	89,24	97,04	96,76	96,35	97,92	97,04	96,20	-0,84
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D65-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K32, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,49	1,63	2,35	2,58	2,93	2,32	2,58	2,27	3,19	2,78	-0,41
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,70	0,88	0,81	0,92	0,90	1,01	0,84	0,82	0,97	1,03	0,06
	Diabetes mellitus (E10-E14)	4,26	4,05	4,09	3,68	3,89	3,77	3,63	4,22	4,56	4,39	-0,17
	Desordenes endocrinos (D65-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,74	4,39	4,25	4,33	4,24	3,98	3,89	4,13	4,17	4,35	0,18
	Condiciones neuropsiquiaticas (F01-F99, G06-G98)	5,42	6,73	6,41	7,86	9,41	11,21	10,82	9,68	10,54	10,45	-0,09
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	9,17	8,84	7,42	8,03	8,48	7,53	6,85	6,82	7,78	8,26	0,48
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	20,24	20,57	21,61	18,22	18,69	19,35	18,51	20,14	20,59	20,05	-0,54
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	6,39	6,30	5,73	5,82	5,59	5,90	5,19	4,99	5,14	4,98	-0,17
	Enfermedades digestivas (K00-K32)	7,31	6,65	6,00	6,69	6,13	5,82	6,08	5,95	5,84	6,05	0,21
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	7,33	7,29	7,16	8,67	8,35	8,15	8,26	8,73	9,65	9,61	-0,03
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7,16	7,00	5,78	5,73	5,30	5,23	5,47	5,37	4,88	4,86	-0,02
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	13,40	11,91	10,92	10,97	10,31	10,38	11,15	11,44	11,54	12,52	0,98
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,81	0,84	0,77	0,96	1,46	1,52	1,37	1,32	1,25	1,07	-0,19
	Condiciones orales (K00-K14)	11,58	12,92	16,71	15,54	14,32	13,81	15,36	14,11	9,89	9,61	-0,28

Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (M01-X59, Y40-Y66, Y88, Y89)	3,52	3,47	3,80	4,62	8,23	7,93	5,46	7,73	4,87	4,80	-0,07
Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y670, Y671)		0,29	0,31	0,40	0,54	0,56	0,55	0,80	0,80	0,80	0,89	0,09
Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)		0,04	0,03	0,05	0,12	0,16	0,07	0,09	0,09	0,06	0,09	0,03
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)		96,15	96,18	95,76	94,72	91,05	91,45	93,65	91,39	94,26	94,22	-0,04
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

Fuente: Sispro- Ministerio de Salud y Protección Social.

4.7.3. Morbilidad por subgrupos en Mujeres

Al igual que en los hombres, en las mujeres son también las enfermedades infecciosas y parasitarias las que tienen un mayor peso porcentual en las consultas relacionadas con las condiciones transmisibles y nutricionales, alcanzando 52,83 % de las consultas en 2018, con un aumento de 3,18 puntos respecto a 2017, mientras las infecciones respiratorias disminuyeron 3,0 puntos porcentuales.

En el subgrupo de condiciones maternas y perinatales son las condiciones maternas las que tienen la mayor proporción en 2018 (94,19 %), con una disminución de 2,28 puntos.

En las condiciones no transmisibles, al igual que en los hombres, son las enfermedades cardiovasculares las de mayor porcentaje en todo el periodo de estudio, alcanzando un 20,09 % en el año 2018 y con una disminución de 0,86 puntos para 2018 con relación a 2017.

Por último, las lesiones presentan un comportamiento similar al de los hombres, con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa en el primer lugar para el año 2018 (90,47%).

Gráfico 20. Morbilidad por subgrupos Mujeres. Valle del Cauca 2019 – 2018

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	52,30	53,97	49,42	49,80	50,76	50,06	61,19	59,98	49,65	52,83	3,18
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	44,61	42,16	47,18	46,15	45,28	45,16	35,37	36,57	46,30	43,30	-3,00
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,10	3,87	3,40	4,05	3,96	4,77	3,44	3,45	4,04	3,87	-0,17
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	95,28	93,81	94,91	94,89	92,76	91,56	94,34	96,41	96,47	94,19	-2,28
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	4,72	6,19	5,09	5,11	7,24	8,44	5,66	3,59	3,53	5,81	2,28

PLAN DE DESARROLLO 2020 – 2023

“PORQUE YA! SOMOS LOS MEJORES”

Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97) Otras neoplasias (D00-D48) Diabetes mellitus (E10-E14) Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88) Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98) Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93) Enfermedades cardiovasculares (I00-I99) Enfermedades respiratorias (J30-J98) Enfermedades digestivas (K20-K92) Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98) Enfermedades de la piel (L00-L98) Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99) Anomalías congénitas (Q00-Q99) Condiciones orales (K00-K14)	1,37 1,45 3,48 6,32 5,97 7,30 20,54 3,88 7,49 14,57 5,09 13,10 0,55 8,89	1,34 1,40 3,55 5,99 6,70 7,57 20,38 4,06 6,82 12,86 5,17 13,06 0,61 10,49	1,79 1,42 3,65 6,14 6,08 6,33 21,65 3,69 6,14 11,97 4,41 12,40 0,51 13,81	1,84 1,85 3,32 6,58 7,19 7,13 18,27 3,54 6,85 12,82 4,42 12,66 0,65 12,88	2,20 1,80 3,56 6,43 8,11 7,83 19,25 3,88 6,14 12,04 4,17 11,73 0,78 12,09	1,92 1,82 3,54 6,37 9,26 7,10 20,12 4,24 5,65 11,47 4,18 11,66 0,89 11,77	2,06 1,66 3,38 6,13 8,18 6,28 19,88 3,38 5,93 12,22 4,25 4,15 12,09 0,75 13,33	1,92 1,51 4,01 6,37 7,67 6,24 21,43 3,32 5,85 12,71 4,15 12,09 0,64 12,09	2,64 1,73 4,15 6,54 8,77 7,23 20,95 3,64 5,59 13,46 3,92 11,98 0,79 8,62	2,02 1,69 3,67 6,40 8,01 7,09 20,09 3,70 6,09 12,52 4,27 12,37 0,72 11,35	-0,61 -0,04 -0,48 -0,14 -0,76 -0,14 -0,86 0,06 0,51 -0,94 0,35 0,39 -0,07 2,74
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871) Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872) Traumatismos, envenenamientos u otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	4,84 0,54 0,05 94,57	5,03 0,42 0,06 94,49	5,04 0,62 0,07 94,26	6,62 0,84 0,07 92,47	13,31 1,29 0,06 85,34	12,16 1,02 0,11 86,72	7,72 1,38 0,07 90,83	11,85 1,26 0,07 86,83	5,83 1,44 0,05 92,68	8,35 1,11 0,08 90,47	2,52 -0,33 0,02 -2,22
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

Fuente: Sispro- Ministerio de Salud y Protección Social.

5. ESTRUCTURACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2020 - 2023

El presente Plan de Desarrollo Institucional 2020 – 2023 **“PORQUE YA! SOMOS 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.

La formulación del Plan de desarrollo se centró en alinear la operación de la ESE hacia unos criterios estratégicos, definidos a partir de los antecedentes del Hospital y del análisis de factores externos e internos identificados, integrando elementos resultantes de diferentes ejercicios con los actores de interés y priorizando las acciones resultantes, de manera que se tengan propósitos claros y se puedan alcanzar los objetivos definidos para este plan.

El análisis estratégico a partir del cual se definen las estrategias, parte de la aplicación de las siguientes fases:

Grafico 21. Pasos para la construcción del Plan de Desarrollo 2020 – 2023



Fuente: Planeación – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

5.1. FASE 1. ANALISIS DEL ENTORNO EXTERNO

En esta fase se busca la identificación de las fuerzas impulsoras y restrictivas que influyen en la capacidad de respuesta de la dependencia, a partir de las percepciones actuales.

El papel que juegan las variables del entorno son vitales en la planeación y en la definición de la estrategia de la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá. Los elementos del entorno definen las opciones disponibles para la administración de la organización. Una compañía exitosa es aquella que posea una estrategia que le permita un ajuste rápido y oportuno a los cambios del ambiente.

Un análisis ambiental le permite a la alta gerencia definir oportunidades y las amenazas y, por otro parte, precisar las fortalezas y las debilidades de la ESE. Respecto del comportamiento de las variables del entorno (política, sociedad, economía, legislación, tecnología, cultura, competidores, mercado, etc.) es necesario conocer las tendencias y las megatendencias que tarde o temprano pueden influir.

En esta etapa se hizo revisión del contexto estratégico vigente para actualizar aquellos aspectos que han variado en la ESE y en el entorno a través del tiempo, teniendo en cuenta la normatividad vigente y las políticas a nivel Nacional, Departamental y Municipal, procurando la articulación entre las estrategias institucionales y las de los Gobiernos actuales.

5.2. FASE 2. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

Un análisis al exterior supone al mismo tiempo un análisis al interior de la ESE, pues las fortalezas y las debilidades, lo mismo que las oportunidades y las amenazas, pueden ser tanto externas como internas. Entendiendo por recursos todos los potenciales que la ESE posee, y éstos se refieren tanto a los materiales (económicos, financieros y tecnológicos) como a los humanos (habilidades, destrezas, motivación, liderazgo, capacitación y cultura, entre otros). En este sentido, habrá que ver si el Hospital cuenta con los recursos necesarios para enfrentar las oportunidades y amenazas, y en todo caso aprovecharlas o, en su caso, evitarlas y/o superarlas.

En este paso se realizó una recolección de información para ser analizada y de ayuda para la formulación de las diversas estrategias a plantear.

5.3. FASE 3. REALIZACIÓN DE UN MODELO MATRICIAL

Este modelo, contiene diversas matrices, que conllevan al planteamiento de estrategias, definidas como el conjunto de actividades que permiten el cumplimiento de los objetivos trazados.

Este modelo matricial se desarrolla en varias etapas.

La primera etapa, se denomina Etapa de investigación, y consiste en el estudio de las características de la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá y su entorno; en otras palabras, se entiende como el análisis de la situación presente, donde se deben identificar las fortalezas y debilidades de la ESE, y las amenazas y oportunidades del ambiente que la rodea. Para esta etapa, se realizan matrices que constituyen una plataforma para la posterior toma de decisiones, éstas son: Matriz de Evaluación de Factor Interno (MEFI), Matriz de Evaluación de Factor Externo (MEFE), MIME y MPCE. Las matrices soportaran su información en el análisis realizado de los diferentes contextos del sector salud y los datos recolectados de los funcionarios y Junta Directiva de la ESE.

Los factores internos son aquellos que, en determinadas situaciones generan o destruyen valor dentro del Hospital, características propias del mismo, incluyendo recursos, habilidades y costumbres. Adicionalmente a esto, los factores externos son, aquellos que se encuentran en el entorno y que están fuera del control de la Alta Gerencia, es decir, la competencia, proyectos externos, factores sociales y demográficos.

El segundo y tercer módulo del modelo matricial, se denominan Etapa de Contrastación y consiste, en el contraste de diferentes puntos de vista, con el fin de consolidar, una única posición acerca de la situación actual de la ESE en su entorno. Estas etapas, constan de la aplicación de la Matriz Interna – Matriz Externa (MIME), donde se traspone la información de la MEFI y la MEFE, con el fin de identificar una posición estratégica, que, tras una correcta interpretación, marcará la pauta del tipo de estrategias que deben ser implementadas en el **Plan de Desarrollo 2020 – 2023**.

La evaluación para la matriz de factores externos (MEFE) se realiza basada en la detección de las amenazas y oportunidades del medio, teniendo en cuenta el análisis del entorno. De igual forma se

efectúa el análisis de las fortalezas y debilidades, según el estudio realizado de la información del Hospital y los puntos de vista de funcionarios, colaboradores, usuarios y junta directiva, para el diligenciamiento de la matriz de evaluación de factores internos (MEFI).

Cada una de las matrices son calificadas y ponderadas en cada uno de sus factores claves tanto internos como externos acordes a la tabla que se presenta a continuación:

Tabla 9. Calificaciones matrices MEFE y MEFI

MEFE	MEFI	CALIFICACIÓN
Oportunidad mayor	Fortaleza mayor	4
Oportunidad menor	Fortaleza menor	3
Amenaza menor	Debilidad menor	2
Amenaza mayor	Debilidad mayor	1

Fuente: Planeación – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

La etapa siguiente, recibe el nombre de Toma de decisiones y consta de:

El análisis DOFA, es la segunda parte de esta etapa. Éste análisis permitirá identificar estrategias que estén acordes con los objetivos planteados y además identificar las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas. Consta de matrices que trabajan simultáneamente. La primera de ellas recibe el nombre de Matriz DOFA y da lugar al planteamiento de estrategias que propongan, por ejemplo, soluciones a los problemas identificados, a partir del fortalecimiento de las condiciones actuales. La segunda matriz, denominada Objetivos – estrategias (O/E), permite identificar la pertinencia entre las estrategias a plantear y los objetivos señalados.

Grafico 22. Grafico Matriz Objetivos-Estrategias

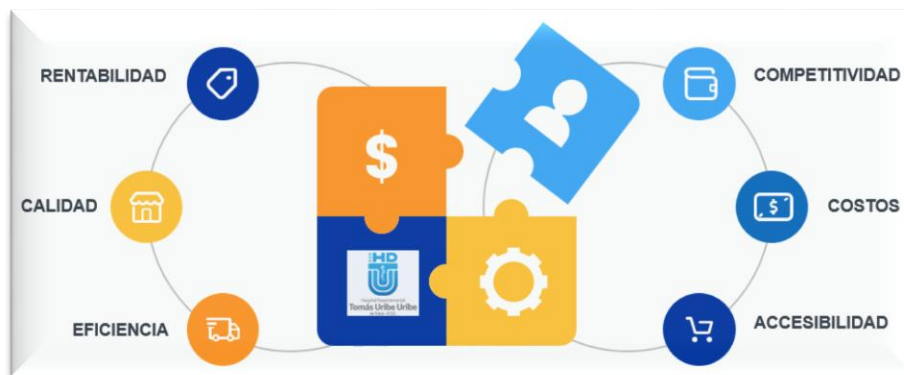
	Debilidades	Fortalezas
Oportunidades	Posición estratégica DO (Mejorar debilidades internas, valiéndose de oportunidades externas)	Posición estratégica FO (Se basan en el uso de las fortalezas internas con el objeto de aprovechar las oportunidades)
Amenazas	Posición estratégica DA (Derrotar debilidades internas para eludir o reducir impacto de amenazas externas)	Posición estratégica FA (Utilizar fortalezas de un municipio para evitar amenazas externas)

Fuente (Legendary, 2018)

5.4. FASE 4. FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS

Entre las variadas opciones estratégicas que la ESE puede tener, seguramente algunas serán más pertinentes que otras; la pertinencia puede venir por el lado de los costos, de la rentabilidad, de la eficiencia o de la competitividad. Las opciones deberán ser compatibles con la misión de la ESE. En todo caso, lo esencial es que el Hospital pueda capitalizar sus fortalezas y sus oportunidades de una mejor manera logrando una ventaja competitiva en el mercado del centro y norte del Departamento del Valle del Cauca.

Grafico 23. Grafico formulación de estrategias para el Plan de Desarrollo



Fuente: Planeación – Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

5.5. FASE 5. IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Implica convertir la propuesta estratégica en planes de acción, ejecutar lo planeado es el paso determinante de la labor ejecutiva, pues una estrategia es tan buena como su puesta en marcha. Por mucho que la estrategia haya sido bien pensada, si la ejecución no se encuentra acompañada de talento directivo y de liderazgo, la estrategia no funcionará.

5.6. FASE 6. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Todo proceso de planeación es incompleto si carece de elementos de evaluación. El control nace con la planeación, hasta el logro de los resultados. Medir, comparar y evaluar los resultados obtenidos implica necesariamente la existencia de herramientas, información y parámetros de referencia. Aquí la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá podrá saber que tan efectivas fueron las estrategias planteadas en el Plan de Desarrollo 2020 – 2023.

Los pasos descritos hasta aquí expresa el momento decisivo que la Alta Gerencia de la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, debe tener en cuenta para la formulación del Plan de Desarrollo 2020 - 2023.

Fases para la construcción del Plan de Desarrollo 2020 – 2023 de la E.S.E.

6. ANALISIS DEL ENTORNO EXTERNO

6.1. CONTEXTO INTERNACIONAL (OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE)

Se ha avanzado enormemente hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo (ODS): 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 ODS están realmente cambiando la vida de las personas y, con un fuerte liderazgo y rendición de cuentas, estos avances se extendieron a todos los países del mundo antes del 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 ODS 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:

Gráfico 24. Objetivos de desarrollo Sostenibles - ONU



Fuente: (ONU, 2015)

6.1.1. Relación con Objetivos de Desarrollo Sostenibles – ODS

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



Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.



Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación.



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 2020-2023, 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.

6.2. CONTEXTO NACIONAL

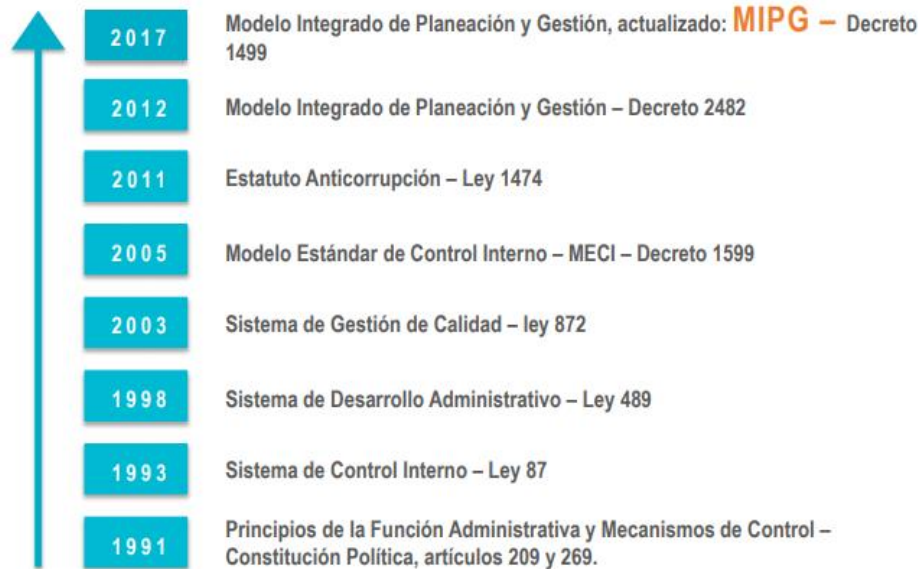
6.2.1. MIPG

El objetivo fundamental de todas las entidades de carácter público debe ser el de proporcionar beneficios visibles y medibles a los ciudadanos. Es por este motivo, que la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá debe procurar por la ejecución y seguimiento a su gestión con el fin de generar valor, satisfacción y confianza.

Por lo anterior, la institución adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG el cual busca fortalecer la medición del desempeño de la Administración Pública.

Comportamiento histórico del control público en el país:

Grafico 25. Evaluación de MIPG en el tiempo



Fuente: (Pública, 2019)

6.2.2. 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 años, 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, la 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 tulueño 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.

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

Es importante resaltar que, en el Plan Nacional de Desarrollo, 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.

6.2.4. 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.

6.2.4.1. 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.

6.2.4.2. 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 imagenología.
- 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

6.2.4.3. 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.

6.2.4.4. 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

6.2.5. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO “PACTO POR COLOMBIA, PACTO POR LA EQUIDAD” 2018 – 2022

*“Pacto por Colombia, con Legalidad,
Emprendimiento y Equidad para Todos”*

Hace doscientos años nuestra nación, aun luchando por su independencia, enfrentó los más grandes retos para constituirse como un Estado fundado en el orden y las libertades. Hoy, como entonces, Colombia intenta superar dificultades enormes, algunas derivadas de nuestra historia reciente y otras son el resultado de un contexto de cambios disruptivos de escala global, para garantizar que ese Estado de Derecho, por el que tantos sacrificios hemos realizado, tenga un futuro con equidad para todos. Afortunadamente, contamos con la fórmula para salir adelante:

Legalidad + Emprendimiento = Equidad

Primero, nuestro Estado de Derecho surge de esa semilla fundacional de la libertad y el orden consagrados en nuestro escudo. Ese perfecto equilibrio entre nuestros derechos y deberes es el

fundamento de la **legalidad** como principio ético y moral para derrotar los retos que enfrentamos hoy en materia de corrupción, inseguridad en nuestras ciudades, inestabilidad por parte de grupos ilegales que asolan nuestros campos y la amenaza externa de la tiranía antidemocrática que se pasea, una vez más, por nuestra hermosa Latinoamérica.

Segundo, en nuestro ADN como colombianos existe una resiliencia que asombra a propios y extraños. Esa vocación de **emprendimiento** se manifiesta todos los días en nuestros campos y ciudades, donde millones de personas se levantan temprano a trabajar, estudiar y construir su futuro y el de sus familias, superando con entereza las más duras pruebas. Todos ellos merecen la oportunidad de crecer y crear sus sueños, en un entorno amigable para la iniciativa individual y colectiva que representan las empresas, con o sin ánimo de lucro, con las que estamos construyendo país.

Y tercero, las brechas económicas y sociales que nos han caracterizado tienen sus días contados. Durante décadas, la intervención del Estado para cerrar las distancias entre las oportunidades de los más favorecidos con quienes son menos afortunados se ha fundamentado en un asistencialismo que, si bien cumple con valiosas funciones paliativas, no soluciona de manera integral las causas estructurales de la pobreza. Es por esto por lo que, para construir verdadera **equidad**, presentamos una Política Social Moderna dirigida a cerrar las brechas de manera transversal, empezando por lo más valioso que tenemos: nuestros niños, niñas y adolescentes.

Ahora, para que esta ecuación por la equidad nos permita despejar de nuestro futuro los grandes y difíciles obstáculos que debemos superar como país, no basta con el compromiso de nuestro gobierno. Necesitamos del compromiso de todos. Este Plan Nacional de Desarrollo comprende la apuesta más ambiciosa de inversiones de nuestra historia por mil cien billones de pesos, con el único propósito de construir equidad verdadera y sostenible, y para eso necesita de su compromiso. Los invito a suscribir con nosotros este Pacto por Colombia, pacto por la equidad y ser parte de la construcción de un nuevo país. Hoy, como hace doscientos años, Colombia necesita un pacto entre todos sus ciudadanos para que el futuro sea de todos.

6.2.5.1. Metas Del Plan Nacional De Desarrollo Que Transformarán A Colombia

1. Llegar a 2 millones de niños con educación inicial: aumento del 67%.
2. Duplicar los estudiantes en jornada única en colegios oficiales: de 900 mil a 1,8 millones.
3. Fortalecimiento a las 61 IES públicas. Avance gradual en gratuidad para 320.000 jóvenes, reconocimiento a la excelencia. Aumento de cobertura del 53% al 60%.
4. Multiplicar más de cuatro veces Jóvenes en Acción, para llegar a 500 mil cupos.
5. Beneficiar a 600 mil hogares con mejoramiento de vivienda y 520 mil VIS iniciadas.
6. Sanear la deuda por recobros del régimen contributivo de salud a 31 de diciembre de 2019. Elevar el índice de desempeño de los 922 hospitales públicos para ofrecer servicios de mejor calidad.
7. Apoyar 550 mil productores con asistencia técnica agro y 300 mil con agricultura por contrato.
8. Lograr el 60% de actualización catastral, frente al 5,6% de hoy. Casi duplicar la velocidad de titulación.

9. Apoyar a 4.000 empresas con fábricas de productividad, frente a 200 actuales.
10. Crear 1,6 millones de empleos y reducir el desempleo de 9,4% a 7,9%, el más bajo desde los noventa.
11. Erradicar 280 mil hectáreas de cultivos ilícitos.
12. Reducir la deforestación en un 30% con respecto al escenario actual. Se evitará la deforestación de un área equivalente al municipio de Yopal.
13. Llevar la tasa de homicidios a su menor nivel en 27 años: 23,2 por cada 100 mil habitantes.
14. Lograr que 11,8 millones de hogares (70%) estén conectados a internet: hoy lo están 7,4 millones (50%). 34 trámites de alto impacto ciudadano, transformados digitalmente.
15. Mayor dinámica de los sectores de economía naranja: crecimiento real de 2,9% al 5,1% en cuatro años
16. Duplicar la inversión pública y privada en ciencia y tecnología al 1,5% del PIB.
17. Aumentar en más del doble la red férrea en operación comercial: llegar a 1.077 km.
18. Aumentar capacidad de generación con energías limpias en 1.500 MW, frente a 22,4 MW actuales.
19. Sacar a 1,5 millones de personas de la pobreza extrema monetaria.
20. Sacar a 2,9 millones de personas de la pobreza monetaria.

6.2.5.2. Pacto: Salud Para Todos

Grafico 26. Objetivos de Desarrollo Sostenibles - ONU



Fuente (Nacional, 2018)

6.2.5.2.1. Objetivos

- Lograr la satisfacción del usuario brindándole mayor calidad y oportunidad en la atención.
- Dotar con talento humano e infraestructura en salud a las regiones del país de acuerdo a sus necesidades.
- Controlar la hipertensión y así reducir el riesgo de enfermedades cerebrovasculares y del corazón (infartos).
- Aclarar y sanear las deudas del sistema y lograr su sostenibilidad financiera

6.2.5.2.2. Retos

- Hacer un mejor seguimiento a la calidad de la atención de IPS y EPS, y a los resultados en salud de la población.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud con mayores recursos humanos y de infraestructura, en particular en zonas apartadas.
- Reducir la vulnerabilidad de los colombianos frente a la corrupción en el sector de la salud.
- Acabar con el círculo vicioso de las deudas entre los actores del sistema de salud.
- Reducir los hábitos de vida poco saludables como el sedentarismo y las prácticas alimentarias inadecuadas.

6.2.5.2.3. Estrategias

- Con la participación ciudadana definiremos un marco de calidad que tenga en cuenta el punto de vista de los usuarios para así valorar el funcionamiento de IPS y EPS.
- Implementaremos modelos de atención que traten al paciente integralmente, articulando las distintas fases del proceso, desde las citas y las pruebas diagnósticas, hasta la entrega de medicamentos.
- Reforzaremos el programa de créditos beca, promoviendo las especialidades en medicina para las zonas alejadas del país.
- Continuaremos con la implementación de proyectos de telemedicina dirigida a poblaciones apartadas.
- Fortaleceremos los sistemas de información para la transparencia, con mecanismos accesibles para los ciudadanos, las veedurías y los organismos de control.
- Llegaremos a un acuerdo para saldar las deudas entre EPS, hospitales y otros actores, de manera que la salud en Colombia sea sostenible.
- Haremos énfasis en la promoción de hábitos saludables, como la alimentación, la actividad física, los derechos sexuales y reproductivos y la salud mental.
- Priorizaremos la prevención de enfermedades cardiovasculares (infartos), tumores y cáncer, consumo de tabaco y sustancias psicoactivas, malaria, tuberculosis y VIH.

6.2.6. PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO “VALLE INVENCIBLE” – 2020 - 2023

El Valle del Cauca se ubica en la Región Pacífica de Colombia que está conformada por los departamentos de Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño. Limita por el norte con Panamá y el Mar Caribe; al sur con Ecuador; al oriente con los departamentos de Antioquia, Risaralda, Quindío, Tolima, Huila, Caquetá y Putumayo; y al occidente con el océano Pacífico.

El Valle del Cauca tiene una superficie de 22.140 Km², que equivalen a 2.214.000 Ha, con 42 municipios que se dividen en cuatro Subregiones Norte, Centro, Sur y Pacífico, y a su vez en ocho Microrregiones. El Departamento acoge esta agrupación territorial funcional por medio de la Ordenanza departamental N° 513 de 2019, que adopta el Plan de Ordenamiento Territorial Departamental - POTD.

6.2.6.1. Demografía

En nuestro territorio viven 4.475.886 habitantes, el 9% de la población total del país, según estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, con fundamento en el censo poblacional del año 2018. La densidad poblacional del Departamento es de 2.021,63 Hab / Km², de los cuales 1.989.260 son mujeres (52,5%) y 1.800.614 son hombres (47,5%). Una mirada territorial de la población, refleja que en lo rural este indicador corresponde a un 14,45%, que equivale a 547.687 personas, mientras que lo urbano acoge la mayoría de habitantes con el 85,55% que son 3.242.187 personas.

A nivel subregional, se evidencia que la Subregión Norte tiene una población total de 377.803 habitantes en el año 2020 según proyecciones poblacionales del DANE a partir de Censo 2018. El municipio con más habitantes en esta Subregión es Cartago, con 137.302 habitantes. Los municipios de Zarzal, Roldanillo y La Unión presentan una población media, desde 33.953 a 42.133 habitantes, y los municipios con menos habitantes son Ulloa con 5.381, Argelia con 5.381 y El Cairo con 6.506.

La Subregión Centro cuenta con una población total de 599.481 habitantes. Los municipios de la subregión con más población son: Tuluá con 218.812 habitantes y Guadalajara de Buga con 128.945 habitantes. Los municipios restantes presentan una cifra poblacional baja, inferior a los 100.000 habitantes. Adicionalmente, cabe mencionar que el municipio con menos habitantes en esta subregión es Restrepo que concentra 15.304 habitantes.

La Subregión Sur concentra 3.245.061 habitantes, considerada la subregión con más población del Departamento, sobrepasando por millones de habitantes a las demás subregiones, ya que Santiago de Cali como capital y ciudad principal del Departamento concentra la mayor población con 2.252.616 habitantes, según el DANE. Por otra parte, las ciudades como Palmira, Jamundí y Yumbo concentran otro número significativo de habitantes con 354.285, 167.147 y 110.069 habitantes respectivamente, haciendo más robusta la población en esta Subregión.

6.2.6.2. Brechas Sociales

Al considerar la calidad de vida y el cierre de brechas sociales de los vallecaucanos, según datos oficiales del DANE por medio del Índice de Pobreza Multidimensional - IPM, para el Valle del Cauca en el año 2018 el IPM fue del 13.6%, donde la población presenta privaciones en por lo menos 2 de las 5 dimensiones que mide el índice. Desagregando la información del IPM para el año 2018, por área geográfica, este índice fue del 12.3% para la cabecera y del 22.3% para los centros poblados y la zona rural. Al considerar el enfoque diferencial según el sexo del jefe de hogar, el DANE reporta que el IPM fue del 10.6% para los hombres y del 18.4% para las mujeres.

Educación y Salud. El Departamento según el Ministerio de Educación Nacional para el año 2018 en la desagregación de coberturas neta en educación para el Valle del Cauca fue de 79,07 % y para Colombia 84,88%, mientras que la cobertura bruta en transición fue de 75.36%, la cobertura neta fue de 51.7%, la cobertura bruta en primaria de un 90.75 % y para la neta con 74.41 %, la cobertura bruta secundaria de 100.62 % y 71.07 % para la neta. Finalmente, la cobertura en educación Total fue de 76.77% bruta y la neta de 39.92%, mientras que los años de educación (para personas de 15 y más años) fue de 9,3, y la Tasa de analfabetismo (para personas de 15 y más años) de 3,51%.

En Salud el Departamento tuvo un comportamiento significativo en lo correspondiente al aseguramiento, ya que los afiliados al régimen contributivo corresponden a 2.487.820 personas, mientras que los afiliados al régimen subsidiado fueron tan solo de 57.228 personas y aquellos que se encontraron en regímenes especiales fue de 1.737.897 personas, según el Ministerio de Salud y Protección Social para el año 2018. En relación a la cobertura del régimen subsidiado en el Departamento corresponde a un 98,3%.

Además, según el Ministerio de Salud y Protección Social para el año 2017 la Tasa de Mortalidad en el Valle del Cauca fue de 5,47 personas por cada 1.000 habitantes, mientras que la Razón de Mortalidad Materna a 42 días es de 27,11 y la Tasa de fecundidad fue de 40,45 por cada 1.000 mujeres en edad fértil.

6.2.6.3. Contexto Pandemia por Coronavirus Covid-19

En Colombia, tras la declaración de la emergencia sanitaria por parte del Ministerio de Salud generada por la llegada de la pandemia Covid -19 al territorio nacional el día 28 de febrero de 2020, el país y todos los municipios, distritos y departamentos activaron los Planes de Acción Específicos que recogen la planeación, organización y gestión para enfrentar este reto mundial en salud haciendo lo propio la entidad departamental.

Bajo el liderazgo de la gobernadora Clara Luz Roldán, mediante su equipo de gobierno y los comités de emergencia se abordaron los procesos de evaluación y análisis de necesidades generales y por sector que han permitido al departamento la intervención para asegurar los derechos de los ciudadanos a la salud, la alimentación, los servicios básicos en lo territorial articulados con la garantía del cumplimiento de las Estrategias de Respuesta dictada por el gobierno nacional, el Aislamiento

Preventivo Obligatorio en todo el territorio, hasta las cero horas del lunes 11 de mayo, dentro de la Emergencia Sanitaria decretada en principio hasta el próximo 30 de mayo para enfrentar la pandemia del covid-19.

Considerando lo anterior, las medidas implementadas por el departamento están dirigidas a la preservación de la vida de los Vallecaucanos, enfocando los recursos y los esfuerzos a los sectores prioritarios para la mitigación del COVID-19, como el fortalecimiento de la capacidad del sector de la salud, la seguridad alimentaria, seguridad ciudadana, la protección social para reducir el impacto social en los más pobres y la protección de la fuerza laboral y de los ingresos.

Esto hizo repensar todo el enfoque de gestión del departamento que se despliega en el Plan de Desarrollo, por el cambio en las prioridades de gobierno, que eran el deporte, el turismo, la cultura y la participación de los ciudadanos con los diálogos vallecaucanos, priorizados en su plan de gobierno, para orientar el primer año 2020 y el primer trimestre a la salud, la seguridad alimentaria y la reactivación económica. Más aún cuando se calculó para el Valle del Cauca la necesidad de disponer de 1.500 unidades de cuidados intensivos (UCI), importar tapabocas, respiradores, ventiladores y pruebas anti fluidos.

El sector salud, el más importante de esta coyuntura, requiere mayor inversión del Estado en infraestructura física (por ejemplo, el comodato de la antigua clínica Saludcoop Norte, la cual será administrada por el HUV, pero que necesita ser dotada de equipos hospitalarios, camas para pacientes que requieran hospitalización y personal médicos, enfermeras, bacteriólogos, epidemiólogos, etc., los cuales se deben garantizar para prevenir, mitigar y atender la emergencia sanitaria causada por la pandemia del COVID-19.

El abastecimiento de elementos de bioseguridad para todos los profesionales de la salud, los inventarios de los fármacos, químicos, manufacturas (que se dediquen a suministros hospitalarios), laboratorios diagnósticos, telemedicina, E.P.S, I.P.S y demás empresas que integran el clúster de la salud, los cuales también necesitan de inversión.

Así como también, se deberá garantizar, coordinar y organizar sectorial e intersectorialmente la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y respuesta frente al ingreso y propagación de SARS-Cov-2 y la ocurrencia de casos de COVID-19 en el Valle del Cauca.

Por su parte, la población vallecaucana no es ajena a la aumento diario de casos de contagio que incrementan la probabilidad y el riesgo de contraer el coronavirus COVID-19 que, en casos más extremos, puede incluso terminar con la vida de las personas; lo cual a gran escala puede traducirse en una crisis sanitaria y un crecimiento en las tasas de mortalidad de la población, donde los más afectados son los personas más vulnerables del departamento, pues es evidente que situación económica y social que está viviendo el país no es la mejor, debido a su real desigualdad económica y el impacto para la economía informal³ que depende de la movilización y trabajo indirecto.

Es necesario garantizar la sostenibilidad continua de la cadena logística para el abastecimiento de productos para toda la población y mantener las campañas de entrega de mercados y subsidios a la población más vulnerable, en el marco de promover y garantizar el derecho a no tener hambre.

Así como en el sector salud, mantener e incrementar la inversión en infraestructura física hospitalaria, equipos hospitalarios y personal necesario para atender la emergencia sanitaria causada por el COVID-19.

Finalmente, para preservar la vida de la población, se acatará y adoptaran todas y cada de las normativas sectoriales emitidas por el gobierno nacional y cada uno de los lineamientos y las recomendaciones preventivas y de autocuidado, emitidas por la OMS, el Ministerio de Salud de Colombia, la Secretaría de Salud del Valle del Cauca y las Secretaría de Salud Municipales.

6.2.6.4. Programa: Autoridad Sanitaria Para La Gestión De La Salud

Conjunto de acciones sectoriales y comunitarias encaminadas a recuperar las capacidades básicas de la autoridad sanitaria a nivel territorial para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud dentro y fuera del sector salud, y de la respuesta propia del sector, a través de estrategias de regulación, conducción, gestión financiera, fiscalización del sistema general de seguridad social en salud, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas y garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud.

6.2.6.5. Programa: Convivencia Social Y Salud Mental

Espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria para la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuyendo al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del curso de vida, con equidad y enfoque diferencial, en el territorio.

6.2.6.6. Programa: Gestión Diferencial De Poblaciones Vulnerables

Acciones que orientan políticas y estrategias sectoriales e intersectoriales para afectar positivamente las desigualdades de las poblaciones con mayor vulnerabilidad: niños, niñas, adolescentes, víctimas del conflicto armado, grupos étnicos, personas en situación de discapacidad y personas mayores), que acceden a la oferta sanitaria del sistema de salud.

6.2.6.7. Programa: Salud Y Ámbito Laboral

Implementación de estrategias sectoriales y transectoriales para la intervención de los riesgos derivados del trabajo, con especial énfasis en el sector de la economía informal, para el bienestar y protección de la salud integral de los trabajadores en cada uno de los entornos laborales en los que se desarrolla el individuo y la comunidad.

6.2.6.8. Programa: Sexualidad Y Derechos Sexuales Y Reproductivos

Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades.

6.2.6.9. Programa: Vida Saludable Y Condiciones No Trasmisibles

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial.

6.2.6.10. Programa: Vida Saludable Y Enfermedades Trasmisibles

"Espacio de acción sectorial, transectorial y comunitario que busca garantizar el disfrute de una vida sana, en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible. La dimensión propone como estructura de trabajo un modelo de intervención transitoria denominado Estrategia de Gestión Integral EGI. Este modelo pretende reconocer, estudiar, contextualizar e intervenir las causas intermedias y profundas de los impactos y desenlaces negativos relacionados con las enfermedades transmisibles prevalentes, emergentes y desatendidas; la Estrategia de Gestión Social Integral EGI concibe el rol activo del sector en la reducción de inequidades en salud por dos grandes vías: directamente, asegurando el acceso equitativo a servicios de salud de calidad y a programas de salud pública comprensivos y efectivos. Transitoriamente, involucrando otros agentes del gobierno y de la sociedad civil en la intervención de las causas estructurales de situación y exposición que generan las enfermedades transmisibles."

6.2.6.11. Programa: Salud Ambiental

Es la rectoría y gobernanza sanitaria fortalecida para ejercer la gestión integral territorial de salud ambiental, con abordaje del riesgo desde el modelo operativo de Inspección, Vigilancia y Control sanitario y la acción intersectorial.

6.2.6.12. Programa: Salud Pública en Emergencias y Desastres

Acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que propenden por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias o desastres que tengan impacto en salud pública, procurando reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso social que orienta la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas, proyectos y acciones permanentes para el conocimiento,

la reducción del riesgo y el manejo de emergencias y desastres, contribuyendo en la seguridad sanitaria, el bienestar, la calidad de vida de las personas.

Es la rectoría y gobernanza sanitaria fortalecida para ejercer la gestión integral territorial de salud ambiental, con abordaje del riesgo desde el modelo operativo de Inspección, Vigilancia y Control sanitario y la acción intersectorial

6.2.7. PLAN MUNICIPAL DE DESARROLLO “TULUÁ DE LA GENTE PARA LA GENTE” 2020 – 2023

El Plan de Desarrollo Municipal 2020-2023, es el fruto de la construcción colectiva que se ha llevado a cabo entre la administración y la ciudadanía, permitiéndole a todos los tuluenses tanto del casco urbano como de la zona rural, vincularse de manera directa y contribuir con sus propuestas, problemáticas y necesidades a elaborar la hoja de ruta para nuestro municipio en los próximos 4 años, labor que fue realizada a través de las mesas de trabajo de participación ciudadana que fueron convocadas durante los dos (2) primeros meses de gobierno en cada una de las 10 comunas de la zona urbana del municipio, con la zona rural plana, media y alta, con los diferentes ejes poblacionales y población vulnerable, con la población víctima del conflicto armado, con representantes de la comunidad religiosa, culto y conciencia, con los gestores culturales, con el sector educativo público y privado y con la comunidad general del municipio, los cuales participaron de manera activa en el proceso de estructuración del plan, ratificando así también, la participación de los gremios, asociaciones, juntas y sectores representativos en la formulación de la Tuluá que deseamos “Tuluá de la gente para la gente”.

Sobre este documento se ha plasmado de manera detallada las acciones que tenemos para nuestra ciudad dentro del periodo 2020-2023; nos proponemos servir, construir y avanzar posicionando al municipio como núcleo y eje del desarrollo regional del Centro del Valle del Cauca, priorizando el progreso y bienestar de los ciudadanos con principio de inclusión, de forma que se permita gozar a todos de una amplia oferta de participación en el ámbito social; estableciendo a su vez estrategias de crecimiento competitivo que le otorguen a los tuluenses mayores oportunidades laborales y de generación de ingresos a través del incentivo para la llegada de nuevas empresas y sobre todo fortaleciendo el emprendimiento, aprovechando fondos de recursos para emprender, garantizando la inclusión de todos ejes poblacionales y/o sectores de nuestra población, pero ajustándonos al desarrollo sostenible, siendo un compromiso con el medio ambiente y la humanidad, destacando la necesidad mundial de trabajar por el clima, por el agua limpia y el saneamiento, por energías asequibles y no contaminantes, es decir, con medidas de acción por lo verde, que sin lugar a duda resulta urgente para lograr contrarrestar el calentamiento global; este desarrollo multidimensional propuesto se hace con la gran convicción de poner en marcha iniciativas para ofrecer a la población las condiciones para el progreso con la Tuluá segura que tanto anhelamos.

La formulación del plan de desarrollo, ha sido realizado bajo el liderazgo del Departamento Administrativo de Planeación Municipal, teniendo como insumo principal el programa de gobierno “Tuluá territorio próspero y de oportunidades en el gobierno de la gente para la gente” del Alcalde John Jairo Gómez Aguirre, inscrito como candidato ante la registraduría Nacional del Estado Civil; así mismo los conceptos y fundamentos que guiaron la formulación fueron, la agenda global de

desarrollo al 2030 acordada por la ONU en el año 2015 a través de los objetivos de desarrollo sostenible ODS, el Plan Nacional de Desarrollo, “Pacto por Colombia pacto por la equidad”, Plan de Desarrollo Departamental, POTD del departamento, POT municipal, planes decenales de salud, educación, población raizal, palenquera y negritudes, estudio de perspectiva “Tuluá como vamos” circulares y normatividad emitida por el gobierno central y fundamentalmente la participación ciudadana.

Este plan de desarrollo fue presentado por el Alcalde municipal al Consejo Territorial de Planeación y a la autoridad ambiental competente, Corporación Autónoma Regional del Valle del Cauca - CVC, como lo establece la ley 152 de 1994, con el propósito de ser sometido a su revisión y análisis para obtener sus observaciones y recomendaciones que lo hicieran más integral, pertinente y efectivo en el marco de normatividad vigente.

La estructura del plan de desarrollo quedó definida en 4 niveles, sobre los cuales reposa la intencionalidad de progreso para el municipio; así entonces, el primer nivel corresponde a las líneas estratégicas que se han definido como los 5 grandes ejes o áreas de intervención y de alto impacto; el segundo nivel corresponde a los retos trazados en cada uno de las 5 líneas estratégicas; el tercer nivel corresponde al conjunto de programas que se han establecido para atender a la población y finalmente, los proyectos, corresponden a las acciones concretas de la gestión pública para abordar y satisfacer de manera específica las necesidades, problemáticas y oportunidades encontradas y definidas de manera participativa.

6.2.7.1. Pilares De Gobierno

1. Autoridad con humildad: Determinación en la toma de decisiones y fijación de lineamientos y hoja de ruta clara, que lleve al progreso de Tuluá y sus habitantes, con el carácter del líder para hacer progresar su gente, pero con toda la humanidad y humildad natural del verdadero líder.

2. Cero tolerancias a la corrupción: Sin pausa y sin duda, lucha permanente contra todas las formas y prácticas corruptas que desdican de un buen y verdadero gobierno de la gente, con la gente y para la gente; sin tolerancia contra cualquier conducta, comportamiento o acción que deteriore lo público, empobrezca al municipio e irrespete a sus habitantes. Esta propuesta la define entonces el respeto, el cuidado, el aprovechamiento y la optimización de los recursos públicos.

3. Respeto por todos y por todo: El gobierno del respeto y el servicio, de la gente para la gente, estará enfocada en el servicio al ciudadano, con cultura de servir y brindar soluciones a las necesidades de los tulueños, basados en el respeto, tolerancia, pertinencia, oportunidad, economía, eficiencia, eficacia y prontitud.

4. La familia eje central de la sociedad: Familia eje y pilar de toda sociedad, el gobierno de la gente para la gente centrará su interés en el fortalecimiento de la familia tulueña, como núcleo que coadyuve y recupere la vecindad, la colaboración y la cooperación entre habitantes y familiares y se fortalezca el progreso a través del trabajo y la acción comunitaria.

6.2.7.2. Reto De Gobierno – Tuluëños con Salud y Bienestar

ARTÍCULO 7°. PROGRAMA 6. Acceso para nuestra gente a los servicios de salud de calidad.

Objetivo: Generar una capacidad de gestión efectiva en la prestación de los servicios de salud en el territorio y garantice un aseguramiento y provisión adecuada de los servicios en especial a la población de mayor vulnerabilidad en el marco de los derechos de sujetos y colectivos.

Subprograma 6.1. Aseguramiento en salud para nuestra gente.

ARTÍCULO 8°. PROGRAMA 7. Estrategias para una salud de calidad para nuestra gente.

Objetivo: Desarrollar estrategias de coordinación de agentes, usuarios y los diferentes actores en salud, a través de unas líneas de acción, con enfoque de salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial; alcanzando la cobertura y acceso para nuestra gente permitiendo mejorar sus condiciones de salud.

Subprograma 7.1. Estrategia Atención Integrado Territorial MAITE.

ARTÍCULO 9°. PROGRAMA 8. Vigilancia integral en salud.

Objetivo: Articular acciones de recolección de datos, análisis, interpretación y divulgación de información, de acuerdo con las características propias de los eventos a vigilar, las condiciones epidemiológicas, las posibilidades reales del desarrollo de intervenciones de control, prevención y atención de cada dimensión.

Subprograma 8.1. Salud Ambiental.

Subprograma 8.2. Control sanitario y fitosanitario para nuestra gente.

Subprograma 8.3. Convivencia social y salud mental.

Subprograma 8.4. Atención diferencial en salud a poblaciones vulnerables.

Subprograma 8.5. Fortalecimiento a la Autoridad Sanitaria para la gestión de salud.

Subprograma 8.6. Salud Pública en emergencias y desastres.

Subprograma 8.7. Seguridad alimentaria y nutricional.

Subprograma 8.8. Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos.

Subprograma 8.9. Vida saludable y condiciones no transmisibles.

Subprograma 8.10. Vida saludable y enfermedades transmisibles.

6.2.8. POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El Ministerio de la Protección Social, conforme a la responsabilidad asignada en la normatividad vigente, a la problemática detectada y a las recomendaciones de los actores del SGSS, consideró de vital importancia formular la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, que determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia. (Social, 2005)

6.2.8.1. Propósito

El propósito de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población.

6.2.8.2. Objetivos

- Mejorar el acceso a los servicios de salud
- Mejorar la calidad de la atención en salud
- Generar eficiencia en la prestación de servicios de salud y lograr la sostenibilidad financiera de las IPS públicas.

6.2.8.3. Ejes de la Política, Estrategias y Líneas de Acción

- Accesibilidad
- Calidad
- Eficiencia

6.2.9. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

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).

Esta política también se inscribe en el numeral b del artículo 5 de la Ley Estatutaria de Salud, que dice que el Estado se obliga a “formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho (...), asegurando la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema” lo cual expande el ámbito regulatorio del Estado de la mera regulación de las relaciones entre los agentes y la sitúa en el ciudadano, su derecho expresado en el acceso integral como justificación sustancial para la implantación de un Modelo Integral de Atención regulado. Esto implica, en la formulación de la Ley, subordinación de los agentes del Sistema de Seguridad Social a ese modelo regulado y la implantación del Sistema de Salud como mecanismo central del Estado para operar la garantía del Derecho.

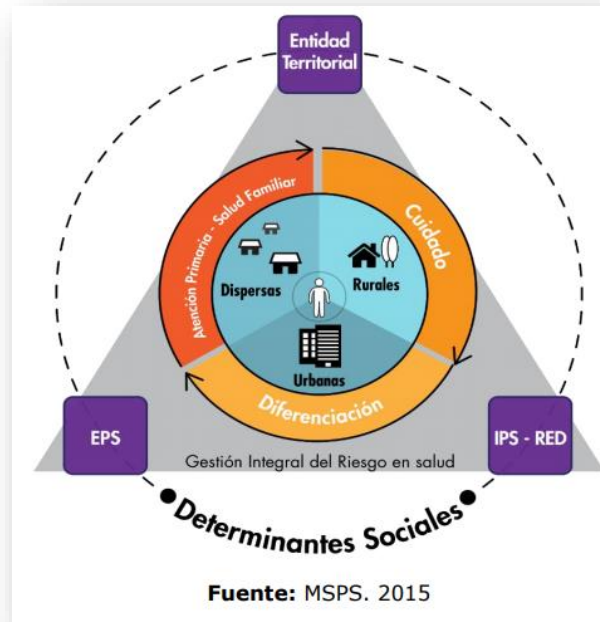
El marco de referencia expuesto, plantea la preeminencia del Sistema de Salud sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en la formulación y aplicación de las políticas de salud. En un Sistema de Salud, la articulación y armonización de principios, normas, políticas, procedimientos, financiamiento, controles y demás acciones del Estado para garantizar el acceso integral, conforma el núcleo de su intervención. En el Sistema de Seguridad Social ese núcleo es definido desde la garantía de las prestaciones para las contingencias financieras que puedan tener las familias frente al gasto en salud. En el desarrollo del SGSSS planteado por la Ley 100, la regulación se dirigió hacia asegurar la sostenibilidad del sistema, en un ámbito de Ley Estatutaria el acceso y equidad pasan a adquirir un estatus preponderante.

En la Ley Estatutaria esa acción regulatoria se dirige hacia garantizar un acceso integral y equitativo, mediante la conjunción de los objetivos, procesos de atención y mecanismos financieros en el bienestar del individuo y la preservación de su mejor estado de salud. La estructura institucional derivada de la Ley 100 de 1993 debe adaptarse a los objetivos planteados por la Ley Estatutaria. En el ciudadano esa acción regulatoria debe tener resultados concretos: acciones de salud pública integradas con prestaciones integrales que intervengan desde los riesgos colectivos.

Lo anterior no supone desaparecer una seguridad social cuyos efectos en protección financiera son evidentes, pero sí implica necesariamente el cambio en las prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los agentes a los objetivos de una regulación que centra el sistema en el ciudadano, su familia y su entorno. Sí requiere la transición en el concepto de competencia regulada como único arreglo institucional en el aseguramiento y la prestación hacia el fortalecimiento de la rectoría pública. La aplicación de los pilares de la Política de Atención Integral en Salud (Ley 1753 de 2015), requiere el desarrollo de nuevos sistemas de incentivos, de ajustes progresivos para apoyar el desarrollo de capacidades institucionales, de desarrollar nuevas competencias en el talento humano responsable del cuidado de la salud y de transformar los procesos de gestión territorial, coordinación y gerencia de las instituciones.

La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud, los planes de desarrollo territoriales acorde con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. (Salud, 2016)

Grafico 27. Gestión Integral del Riesgo en Salud



6.2.10. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012 - 2021

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, y busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

El Plan Decenal de Salud Pública se desarrolla a través de 8 dimensiones prioritarias y 2 transversales, cada dimensión a su vez desarrolla un componente transectorial y sectoriales que incorpora un conjunto de acciones (estrategias comunes y específicas).

Como la salud pública es un compromiso de la sociedad con su ideal de salud, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del

Milenio (ONU, 2000); así mismo, plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud. (Salud, Plan Decenal de Salud Pública, 2018).

Grafico 28. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

6.2.11. ACTORES QUE INCIDEN EN LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA VIGENCIA 2020 - 2023

Grafico 29. Actores que inciden en la Formulación del Plan de Desarrollo



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

7. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

El análisis técnico de los resultados obtenidos por la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, constituyen una herramienta para establecer estrategias y los objetivos del Hospital. Este permite hacer una lectura del entorno institucional, contextualización global de las condiciones de la operación misional y de las condiciones administrativas y financieras basados en los diferentes indicadores a diciembre de 2019 descritos.

Además, se logra identificar las circunstancias presentadas en las vigencias pasadas, que están afectando o han afectado la situación propia del Hospital, se dio una mirada a las tendencias y se visualizó las condiciones que pueden afectar la operación en el futuro; todo esto, con un propósito en particular, que consiste en realizar una lectura homogénea de las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades que pueden afectar los factores críticos de éxito organizacionales, de tipo político, legal, económico, social, ambiental, humano, tecnológico, financiero, entre otros.

7.1. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

Tabla 10. Portafolio de Servicios

NOMBRE DEL GRUPO	NOMBRE DEL SERVICIO
Internación	General Adultos
	General Pediatría
	Cuidado intermedio adultos
	Cuidado intensivo adultos
	Obstetricia
	Cuidado básico neonatal

NOMBRE DEL GRUPO	NOMBRE DEL SERVICIO
Quirúrgicos	Cirugía general
	Cirugía ginecológica
	Cirugía maxilofacial
	Cirugía ortopédica
	Cirugía oftalmológica
	Otorrinolaringología
	Cirugía pediátrica
	Cirugía plástica y estética
	Cirugía urológica
	Anestesia
Consulta Externa	Cardiología
	Cirugía general
	Cirugía pediátrica
	Dermatología
	Enfermería
	Gastroenterología
	Ginecobstetricia
	Hematología
	Medicina física y rehabilitación
	Medicina general
	Medicina interna
	Neumología
	Nutrición y dietética
	Oftalmología
	Optometría
	Ortopedia y/o traumatología
	Otorrinolaringología
	Patología
	Pediatría
	Psicología
	Psiquiatría
	Urología
	Cirugía plástica y estética

NOMBRE DEL GRUPO	NOMBRE DEL SERVICIO
Urgencias	Servicio de urgencias
Traslado de pacientes	Transporte asistencial básico
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Diagnostico cardiovascular
	Endoscopia digestiva
	Laboratorio clínico
	Radiología e imágenes
	Transfusión sanguínea
	Servicio farmacéutico
	Citologías Cérvico - uterinas
	Laboratorio de patología
	Ultrasonido
	Terapia respiratoria
	Fisioterapia
Otros servicios	Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje
	Atención domiciliaria del paciente crónico con ventilador
Protección específica y detección temprana	Atención domiciliaria del paciente crónico sin ventilador
	Protección específica – Vacunación
Proceso	Proceso de esterilización

SERVICIOS ESPECIALIZADOS	
Urología	Consulta especializada externa – urgencias
	Cirugía inguino escrotal varicocelectomía, hidrocelectomía, orquiectomía
	Planificación familiar masculina_ Vasectomía
	Manejo de hiperplasia prostática: Prostatectomía abierta y trasuretral
	Manejo médico quirúrgico de la incontinencia urinaria
	Manejo integral de Litiasis Urinaria: Ureterolitotomía rígida y flexible
	Procedimientos diagnósticos: Uretrocistoscopia, Ureteroscopia
	Urología pediátrica

SERVICIOS ESPECIALIZADOS	
Neumología	Consultas e interconsultas especializadas
	Junta médica neumología intervencionista
	Laboratorio pulmonar
	Espirometría o curva de flujo volumen pre y post
	Test de Broncomotricidad o test de banda
	Laboratorio de rehabilitación cardiopulmonar
	Terapia de rehabilitación pulmonar y cardiaca

SERVICIOS ESPECIALIZADOS	
Cardiología	Consultas e interconsultas especializadas
	Ecocardiograma transtorácico mono M, bidimensional Doppler y color adultos
	Ecocardiograma transtorácico mono M, bidimensional Doppler y color pediátrico
	Ecocardiograma transesofágico
	Ecocardiograma stress con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica
	Prueba de esfuerzo convencional
	Electrocardiografía dinámica Holter
	Monitoreo ambulatorio presión arterial sistémica MAPA
Electrocardiograma	

SERVICIOS ESPECIALIZADOS	
Traumatología	Consulta especializada externa – urgencias
	Extracción quirúrgica – No quirúrgica material osteosíntesis
	Reducciones abierta – cerrada de fracturas
	Correcciones quirúrgicas
	Osteosíntesis

SERVICIOS ESPECIALIZADOS	
Interrupción voluntaria del embarazo	
Paquetes	
Catarata, apendicetomía, colecistectomía por laparoscopia, colecistectomía abierta, hemiorrafia (Inguinal con malla – femoral o crucial con malla, umbilical), pomey, histerectomía abdominal, parto normal, cesárea, cesárea mas pomey, legrado.	
Ayudas diagnósticas	
Laboratorio clínico automatizado, radiología y ecografías, tomografías	

7.2. INDICADORES DE GESTIÓN GERENCIAL

La E.S.E. Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá, mide mensualmente los indicadores de Gestión gerencial establecidos bajo la Resolución 408 de 2018.

Estos indicadores del Hospital, han tenido el siguiente comportamiento en los años 2018 y 2019, los cuales son analizados para la formulación del Plan de Desarrollo 2020 – 2023.

Tabla 11. Comportamientos indicadores de Gestión 2018 - 2019

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA - VIGENCIA 2018 - 2019					
ÁREA	No.	INDICADOR	ESTANDAR POR AÑO	RESULTADO 2018	RESULTADO 2019
Direccionamiento y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	$\geq 1,2$	1,19	1,90
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.	$\geq 0,90$	0,55	0,90
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	$\geq 0,90$	0,9	0,93

Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 30. Comportamiento indicador Mejoramiento continuo de Calidad



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 31. Comportamiento indicador Efectividad auditoria



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Grafico 32. Comportamiento indicador ejecución Plan de Desarrollo 2016-2019



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Grafico 33. Comportamiento de indicadores de Gestión

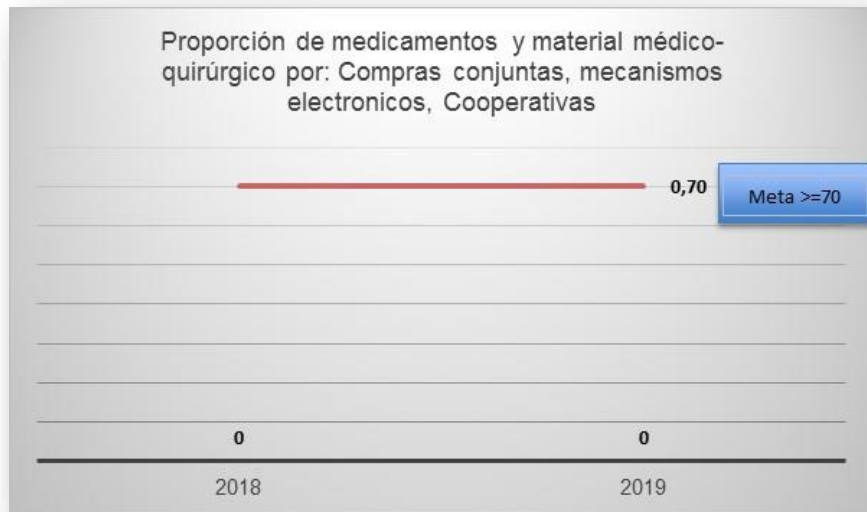
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA - VIGENCIA 2018 - 2019					
ÁREA	No.	INDICADOR	ESTANDAR POR AÑO	RESULTADO 2018	RESULTADO 2019
Financiera y Administrativa 40%	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	<0,90	0,76	0,98
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas. b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	≥0,70	0	0
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Cero (0) o variación negativa	0	0
	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	4	4	5
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥1,00	0,77	0,69
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumple	Cumple
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Oportuna	No fue oportuno

Gráfico 34. Comportamiento indicador Evolución del Gasto



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Gráfico 35. Comportamiento indicador Proporción de medicamentos y MMQ por compras on line



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Grafico 36. Comportamiento indicador Utilización de información de los RIPS



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 37. Comportamiento indicador Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTIÓN					
HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE DE TULUA - VIGENCIA 2018 - 2019					
ÁREA	No.	INDICADOR	ESTANDAR POR AÑO	RESULTADO 2018	RESULTADO 2019
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	≥0,80	0,8	1
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥0,80	0,8	0,83
	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	≥0,90	0,9	0,91
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Cero (0) o variación negativa	0	0
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	≥0,90	1	1
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	≥0,90	1	0,91
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	≤5	10,7	15,81
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	≤8	9,24	14,056
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤15	11,5	13

Grafico 38. Comportamiento indicador Evaluación de aplicación de guía para hemorragias o trastornos hipertensivos en gestantes



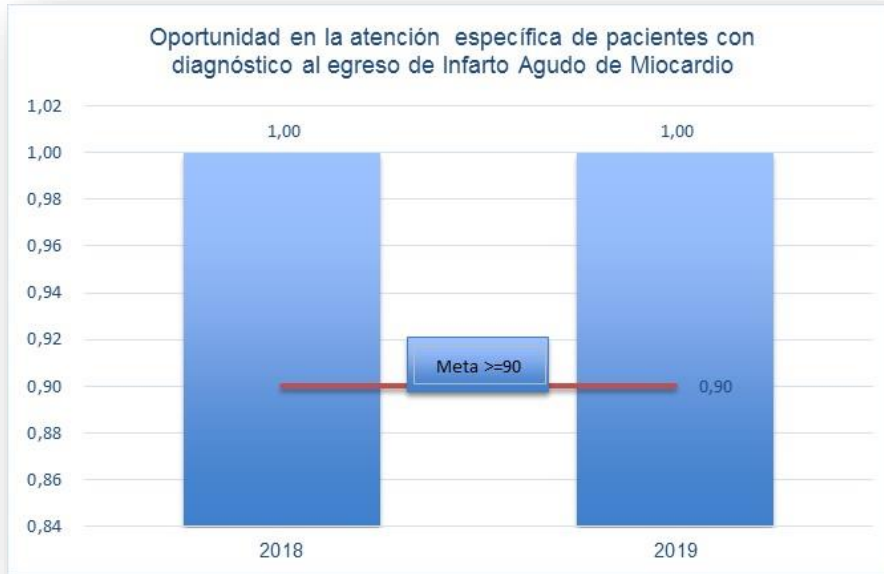
Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Grafico 39. Comportamiento indicador Oportunidad realización de Apendicetomía



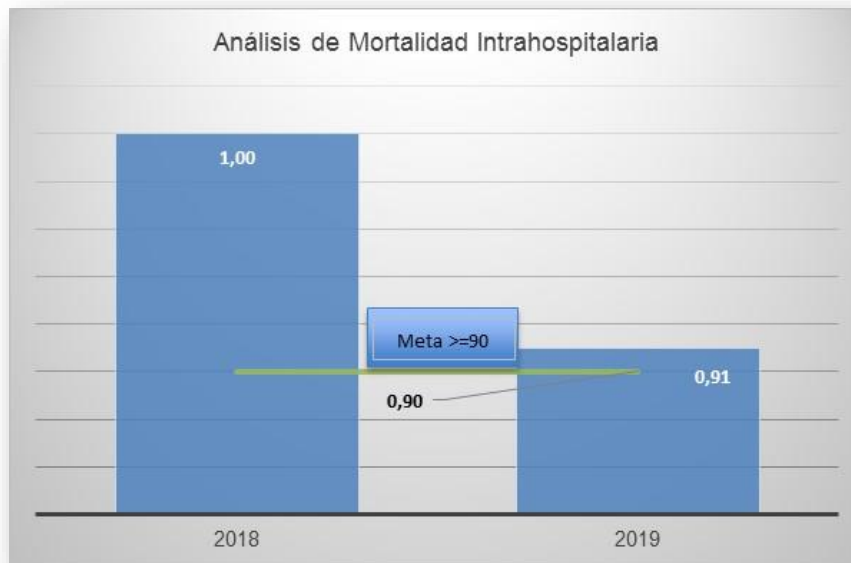
Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Grafico 40. Comportamiento indicador Oportunidad atención Infarto agudo de Miocardio



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 41. Comportamiento indicador Análisis de mortalidad intrahospitalaria



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 42. Comportamiento indicador Tiempo de espera asignación citas pediatría



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Grafico 43. Comportamiento indicador Tiempo de espera asignación citas obstetricia



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Grafico 44. Comportamiento indicador Tiempo de espera asignación citas medicina interna



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

7.3. DIAGNÓSTICO 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.

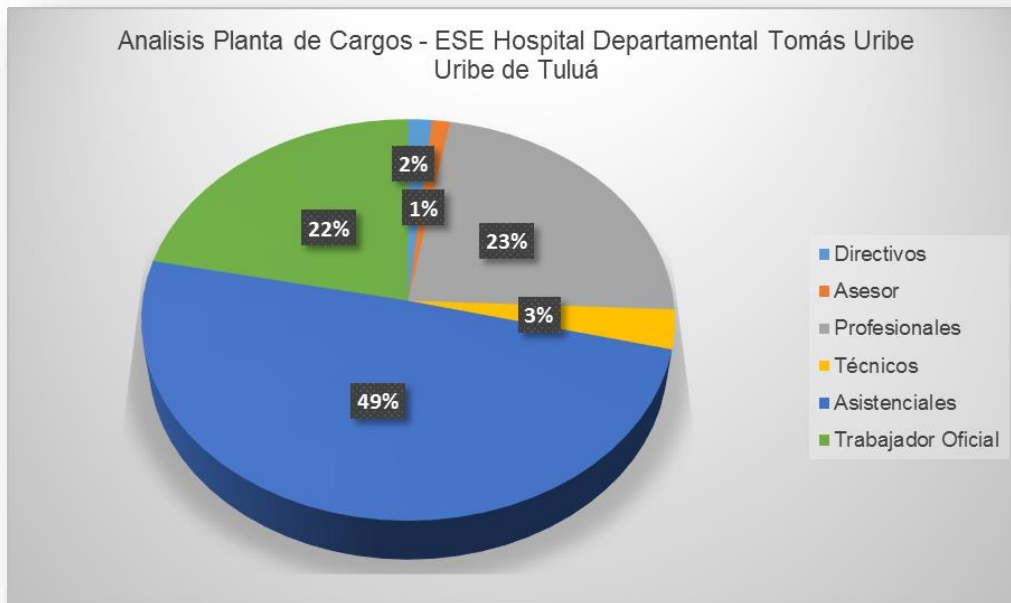
Para diciembre del año 2019, se hizo una revisión y depuración del plan de cargos institucional, presentándose la nueva situación de la siguiente manera:

Tabla 12. Análisis planta de cargos

ANALISIS PLANTA DE CARGOS			
NIVEL	CARGOS APROBADOS	CARGOS PROVISTOS	CARGOS VACANTES
Directivos	4	4	0
Asesor	3	2	1
Profesionales	58	44	14
Técnicos	8	6	2
Asistenciales	125	86	39
Trabajador Oficial	55	42	13
TOTAL	253	184	69

Fuente: Talento Humano - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 45. Análisis Planta de Cargos



Fuente: Talento Humano - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

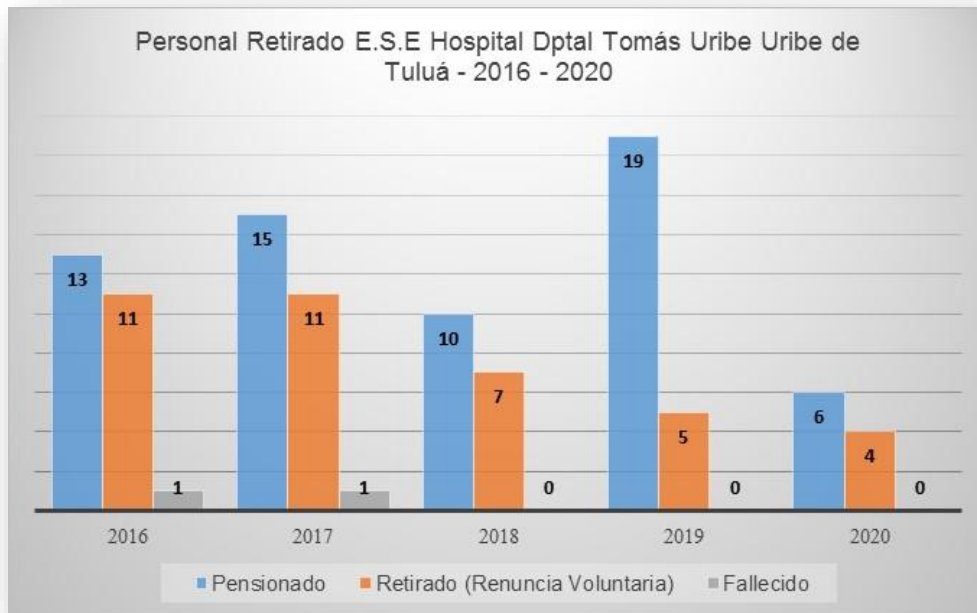
7.3.1. Personal retirado en la E.S.E. vigencia 2016 a mayo 2020

Tabla 13. Personal retirado 2016 – mayo 2020

PERSONAL RETIRADO					
MOTIVO	VIGENCIAS				
	2016	2017	2018	2019	2020
Pensionado	13	15	10	19	6
Retirado (Renuncia Voluntaria)	11	11	7	5	4
Fallecido	1	1	0	0	0

Fuente: Talento Humano - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Grafico 46. Análisis Personal retirado de la E.S.E.



Fuente: Talento Humano - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

7.3.2. PREPENSIONADOS EN 2020

Tabla 14. Personal prepensionado en 2020

PREPENSIONADOS 2020	
Colpensiones	7
Porvenir	19
TOTAL	26

Fuente: Talento Humano - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Grafico 47. Personal prepensionado en 2020



Fuente: Talento Humano - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

El valor total de las personas Prepensionados en la vigencia 2020 en la E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa, será de \$1.162.503.600, personal de varios niveles tanto administrativos como misionales.

7.3.3. PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS

El objetivo del Programa de Bienestar Social e Incentivos de La E.S.E Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá, 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 futbol, 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.

7.3.4. PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN

Las capacitaciones es un proceso de gran importancia en las instituciones, porque implica potencializar las capacidades y habilidades: técnicas, operativas y el conocimiento de los empleados, los cuales se constituyen en el recurso más valioso, de allí la necesidad de invertir en tales planes al proporcionarlos de manera continua y sistemática, con el objeto de mejorar el conocimiento y las habilidades del personal.

La implementación de Sistemas de Gestión de la Calidad obliga a que el conocimiento se adquiera de una manera sistemática, El carácter sistemático del desarrollo de planes de capacitación implica que las áreas conozcan los procesos de solicitar las capacitaciones y que el área de talento humano

proceda a su consecución, ejecución, seguimiento y evaluación que permita el mejoramiento continuo, filosofía fundamental del ciclo Deming que soporta el Sistema de Gestión de la Calidad.

La capacitación hará que el trabajador sea más competente y hábil, es por este motivo que, al generar herramientas, técnicas para la masificación del conocimiento, se desarrollen las actitudes y aptitudes del personal esto permitirá tener una organización más fuerte, productiva y rentable.

Establecer la metodología para la elaboración del Plan de Capacitación Anual, ejecución y evaluación de Impacto del aprendizaje en el personal de la E.S.E. Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá, contribuyendo al cumplimiento de la Política de Calidad Institucional.

Mejorar los indicadores de participación de las capacitaciones internas, en especial aquellas que involucre al personal asistencial, planteando estrategias de capacitación como: educación virtual entre otras que permitan no tener físicamente a la persona pero que puedan adquirir la información y conocimiento.

7.3.5. PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Proporcionar información amplia y suficiente a los nuevos Empleados y trabajadores sobre el funcionamiento de la E.S.E. Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá, las responsabilidades y tareas del cargo para asegurar un adecuado desempeño laboral y sentido de pertenencia. La reinducción está dirigida a fortalecer la integración del colaborador a la cultura organizacional en virtud de los cambios producidos en cualquiera de los asuntos a los cuales se refieren sus objetivos.

Este procedimiento aplica para los Empleados y Trabajadores (personal de planta y colaboradores vinculados por diferentes modalidades de contratación) que ingresen a prestar sus servicios a la E.S.E. Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá. De igual forma se aplica al personal en formación que realiza tareas de conformidad con los convenios de docencia-servicios e investigación.

Los programas de reinducción se imparten a todos los Empleados y Trabajadores para el fortalecimiento del conocimiento Institucional en el momento en que se producen los cambios ocurridos en la organización, e incluyen obligatoriamente un proceso de actualización acerca de las normas sobre inhabilidades e incompatibilidades y de las que regulan la moral administrativa.

Es importante identificar las fuentes donde se genera la información y la necesidad de aplicar reinducción, las cuales podrían ser:

- Resultado de la verificación y validación de los Empleados y Trabajadores de la Institución, en lo referente a la adherencia a los procedimientos, guías y protocolos o por temáticas no incluidas en la inducción.
- Resultados obtenidos en los procesos de inducción general.

- Cuando se identifiquen necesidades en las diferentes áreas o servicios respecto de procesos o procedimientos como: Seguridad del Paciente, Prevención de infecciones, programa de Humanización y Servicio de información y atención al usuario.
- En los casos donde el Coordinador o Jefe de área, identifica fallas en el desempeño (Evaluación de desempeño y de competencias), evidenciado el *no cumplimiento* de las tareas o actividades encomendadas.
- Otras fuentes son los indicadores, los no conformes y el no cumplimiento de planes de mejora.

Identificados los temas y/o asuntos que requieren reinducción y a quiénes se aplica, se define el objetivo, cronograma de trabajo, el tiempo y el responsable.

Una vez finalizada la reinducción el Coordinador o Jefe del área y sus procesos, hace el reporte respectivo a la Oficina de Talento Humano, del cronograma de trabajo y las evaluaciones aplicadas con sus respectivos planes de mejora si es el caso. Estos documentos se incluirán en la historia laboral del Empleado o Trabajador.

7.4. PROCESO DE CALIDAD Y PLANEACIÓN

7.4.1. SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Documentar los elementos generales que definen y orientan el funcionamiento y mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad Institucional, a través de las normas aplicables a la ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá Empresa Social del Estado, las políticas Institucionales, la secuencia de los procesos, procedimientos y sus interacciones, las exclusiones; todo ello propendiendo hacia el logro de la calidad en la prestación de servicios, comunicación e interacción con los usuarios y grupos de interés.

La Política De Calidad del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe 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.

La parte de Gestión de Calidad, es compuesto por los siguientes elementos:

- Sistema de Gestión de Calidad
- Seguridad del Paciente
- Servicio de Información y Atención al Usuario, SIAU
- Trabajo Social

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.

7.4.2. 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 2019 (calidad), cuarto trimestre de 2019.

7.4.3. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente es un componente de la atención en salud que ha venido tomando fuerza en las últimas décadas, las diferentes organizaciones e instituciones de salud, se han dado cuenta que prevenir posibles eventos adversos en la atención, actuar a tiempo, corregir errores y aprender de ellos, es importante para crear un clima de seguridad que lleva al Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud.

Se dice que la cultura de una organización es el corazón de la misma, es una de sus fuerzas más sólidas e importantes, la que conforma el modo en que piensan, actúan y afrontan el trabajo sus miembros. En pocas palabras representa la manera de funcionar específica de cada organización. Hoy en día existe una urgente necesidad de que los organismos de Asistencia en Salud replanteen sus procesos de trabajo y definan la Seguridad como un Objetivo Institucional de máxima relevancia.

La Mejora de la Seguridad del Paciente debe ser nuestra aspiración máxima, específica; empezando por la alta dirección de la institución, una cultura orientada a la Calidad y a la Seguridad se caracteriza por una alianza fuerte y solidaria en la que se comparte la propiedad sobre la visión de la

organización. Cuanto mayor es la solidaridad y sentido de pertenencia mayor es la voluntad que muestran las personas por compartir responsabilidades para conseguir los objetivos de Seguridad.

El objetivo es prevenir la ocurrencia de eventos adversos e incentivar prácticas seguras a usuarios y colaboradores, en la atención en salud por medio de estrategias que permitan brindar una atención segura y con calidad a nuestros usuarios.

Los objetivos específicos del Programa de seguridad del paciente son:

- Identificar correctamente a los usuarios
- Mejorar la seguridad en la dispensación y administración de los medicamentos.
- Fomentar la comunicación asertiva en la atención del paciente
- Fomentar las cirugías seguras.
- Reducir el riesgo de lesiones por caídas de los pacientes.
- Prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud
- Prevenir las úlceras por presión en los usuarios.

7.4.4. PROYECTOS A FORMULAR VIGENCIA 2020 - 2023

Tabla 15. Listado proyectos a formular vigencia 2020 - 2023

HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE DE TULUÁ LISTADO DE PROYECTOS A FORMULAR - VIGENCIA 2020 - 2023			
No	PROYECTO	VALOR	PROCESO
1	Fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud con equipamiento biomédico para el manejo del covid-19 en la ese hospital departamental tomas uribe uribe de tuluá	\$ 16.282.592.722	COVID 19
2	Dotacion equipo unidad de cuidados intensivos hospital departamental tomas uribe uribe tulua	\$ 2.659.070.000	COVID 19
3	Dotacion area de urgencias hospital tomas uribe uribe tulua desglose proyecto covid 19	\$ 1.620.372.000	COVID 19
4	Dotacion area de medicina interna segundo piso (desclose proyecto covid 19)	\$ 1.540.830.592	COVID 19
5	Dotacion areas habilitadas para hospitalizacion en 3 piso y areas de expansion cancha	\$ 10.056.842.310	COVID 19
6	Servicios de apoyo diagnosticos para atencion covid 19	\$ 2.984.382.485	COVID 19
7	Adquisicion de los ascensores dela ese hospital departamental tomas uribe uribe de tulua empresa social del estado	\$ 473.000.000	PLAN BIENAL
8	Adquisicion de calderas y equipos de lavanderia para la ese hospital departamental tomas uribe uribe empresa social del estado	\$ 1.430.000.000	PLAN BIENAL
9	Adquisicion de equipos biomedicos para los servicios de obstetricia, uci y otros servicios de control especial para la ese hospital departamental tomas uribe uribe de tulua	\$ 5.946.605.000	PLAN BIENAL
10	Ampliacion area de urgencias hospital departamental tomas uribe uribe	\$ 780.000.000	PLAN BIENAL
11	Dotacion area de urgencias hospital tomas uribe uribe tulua	\$ 964.994.000	PLAN BIENAL
12	Reforzamiento estructural de los servicios de hospitalizacion admiistrativos desde primer piso a tercer piso	\$ 18.450.000.000	PLAN BIENAL
13	Adquisicion de subestacion y planta electrica para la ese hospital tomas uribe uribe de tulua	\$ 1.500.000.000	PLAN BIENAL
14	Ampliacion primer piso servicios de apoyo hospital departamental tomas uribe uribe de tulua	\$ 890.000.000	PLAN BIENAL
15	Adquisicion de equipos para las areas de pediatria, medicina interna, laboratorio clinico, neumologia, consulta externa	\$ 980.000.000	PLAN BIENAL
16	Construccion de infraestructura para el funcionamiento de la ese hospital departamental tomas uribe uribe en sus servicios de mediana y alta complejidad (hospital nuevo)	\$ 100.000.000.000	PLAN BIENAL
17	Dotacion de equipos biomedicos para el funcionamiento de los servicios de mediana y alta complejidad del hospital tomas uribe uribe de tulua (hospital nuevo)	\$ 19.999.614.000	PLAN BIENAL
18	Normalizacion equipos biomedico y mobiliario hospital departamental tomas uribe uribe de tulua valle del cauca (equipos de imágenes diagnosticas y rx)	\$ 8.643.739.000	PLAN BIENAL
19	Adquisicion de ambulacias para la ese hospital departamental tomas uribe uribe de tulua (1 medicalizada; 2 tab)	\$ 600.000.000	REQUERIMIENTO DEL SERVICIO

Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

7.4.5. HUMANIZACIÓN

Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta frente a la de la sociedad y en el ámbito de la salud. Cuando los afiliados y sus necesidades llevan a diseñar políticas, programas y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, se habla de humanización.

Por esta razón, la Gerencia y los colaboradores de la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE, se comprometen a construir los lineamientos y estrategias para brindar un trato humanizado a los usuarios, garantizando y respetando la privacidad en la atención, de igual forma a la comunidad y los compañeros de trabajo, reconociendo sus diferencias y considerándolos como sujetos de derechos; por ello, excluimos cualquier forma de maltrato, discriminación, agresión e indiferencia. Desarrollando la labor diaria aplicando los principios de servicio humanizado y seguro, participación comunitaria y equidad y los valores institucionales de respeto, integridad, solidaridad y trabajo en equipo, porque ellos nos permiten la construcción de una convivencia laboral gratificante.

Implementar y evaluar la política de humanización, en relación con la política del Hospital, a través de planes, que lleven a mejorar la calidad de los servicios y satisfacción de los usuarios en busca de proteger su integridad física, mental y social y espiritual dentro de un ambiente cálido, espacio cómodo, procesos ágiles, eficientes y oportunos y colaboradores que hacen parte de esta organización.

7.4.6. PROGRAMA DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) son uno de los mayores problemas para la seguridad del paciente, afectando directamente la calidad en la prestación de servicios. Así también generan una gran carga económica a las instituciones prestadoras de servicios de salud debido al aumento de la estancia hospitalaria, reintervenciones, consumo de antimicrobianos, en los pacientes, discapacidad a largo plazo y mortalidad evitable, entre otros.

Existen diversos factores que incrementan el riesgo para que estas infecciones se produzcan, relacionados principalmente con características propias de la población consultante (paciente mayor; patologías oncológicas y patologías crónicas, entre otras) y con aspectos de la atención como la mayor capacidad de soluciones terapéuticas con acciones más invasivas, acceso a quimioterapias y trasplantes. Pese a la mayor complejidad de las atenciones y las condiciones de los pacientes existen intervenciones, ampliamente probadas y simples de cumplir por el equipo de salud que han demostrado eficacia en la prevención de IAAS, conocidas como “Precauciones estándar”.

Es así que el Hospital cumpliendo con su misión y visión institucional, así como con sus valores de humanización, calidad, oportunidad, reglamenta mediante la Resolución 468 del 30 de abril de 2018 la creación y conformación del comité de infecciones, sus funciones, alcance y responsabilidades dentro de la garantía de calidad en salud, orientando todas sus políticas a responder a las

necesidades de la población y comunidad que le son propias en la red de servicios de salud del departamento.

Garantizar los recursos para el fortalecimiento de la prevención vigilancia y el control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud-IAAS y la contención de la Resistencia a los Antimicrobianos-RAM, para disminuir la incidencia de estos eventos y sus consecuencias, para el mejoramiento de la calidad de atención a nuestros pacientes, su familia, el equipo asistencial, administrativo y el entorno.

7.4.7. PAMEC

De acuerdo con lo establecido por el artículo 32 del Decreto 1011 de 2006, *“los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación”*.

Como parte del mantenimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, del cual hace parte el PAMEC, en el año 2015 se enunció la metodología de autoevaluación, se diseñaron los instrumentos para la realización de la misma y se definió como calidad esperada, los estándares definidos para el Sistema Único de Acreditación en Salud. Igualmente se formularon los procedimientos de auditoría interna de calidad y de acciones correctivas, preventivas y de mejora como herramientas para el seguimiento a la ejecución y evaluación de la eficacia de los planes de mejora formulados dentro del Programa.

Durante las tres vigencias anteriores (2017, 2018 y 2019), el Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud está orientado de manera explícita en el Sistema Único de Acreditación, definiendo la metodología y herramientas para la autoevaluación, que nos permite seleccionar los procesos institucionales a mejorar a través de la priorización de oportunidades de mejora formuladas en los planes de mejoramiento. Se define como calidad esperada el cumplimiento de las oportunidades de mejora priorizadas que den alcance a los estándares de Acreditación, además de incremento en el 33% en la calificación cuantitativa de los estándares.

El Hospital diseña, formula e implementa el PAMEC teniendo en cuenta la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la herramienta de mejoramiento continuo, Planear, Hacer, Verificar y Actuar –Ciclo PHVA, desarrollando las actividades de manera sistemática para dar cumplimiento a la ruta crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

Con el propósito de identificar las fallas de no calidad que afectan de manera directa o indirecta la prestación de servicio y la satisfacción de los usuarios, teniendo en cuenta toda las actividades que se desarrollan en el marco del ciclo Planeación, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA), son evaluados los procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo enmarcados en los grupos de estándares Asistenciales, Direccionamiento, Gerencia, Gerencia del Talento Humano, Ambiente Físico, Gestión de la Tecnología, Gerencia de la Información y Mejoramiento Continuo.

Este programa PAMEC permite integrar los diferentes procesos de monitorización permanente y el mejoramiento continuo de la calidad, integrando resultados de Auditorías internas y externas, resultado de la gestión de los comités institucionales, análisis de resultados de indicadores y análisis de PQRSF.

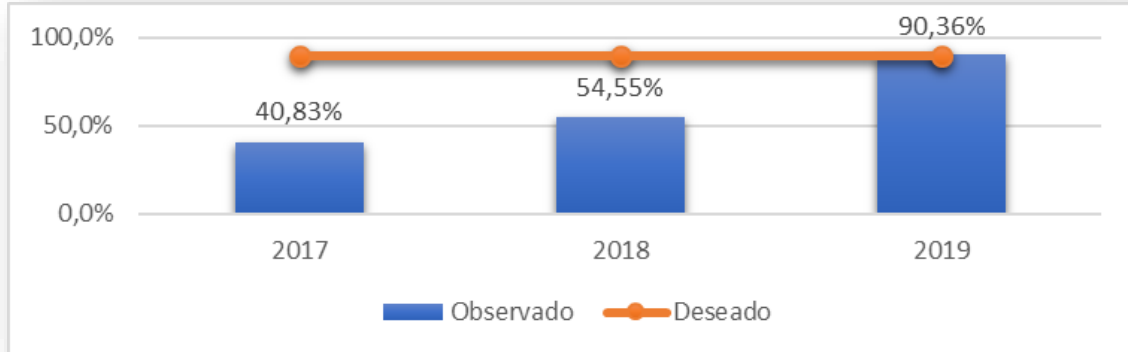
De ahí que utilizan los resultados de los precitados mecanismos de monitorización para priorizar y hacer seguimiento continuo a la calidad de los procesos priorizados, articulando todas las fuentes de mejoramiento.

Los resultados logrados en el año 2019 son satisfactorios, teniendo en cuenta que el desempeño en la implementación de las oportunidades de mejora fue de 75 oportunidades cumplidas frente a las 83 priorizadas, obteniendo un 90.36% de cumplimiento y una estandarización de procesos que nos conducen a un aprendizaje organizacional, enriquecedor para el desempeño de los procesos y el mejoramiento de calidad en la prestación de servicios a nuestros pacientes y acompañantes.

Comparando los resultados de la vigencia 2018 frente la vigencia 2019, podemos observar un mejor desempeño, superando en un 35.8% la efectividad del resultado del año anterior; esto obedece al fortalecimiento de la cultura de mejoramiento y autocontrol de los colaboradores y líderes de los procesos, el seguimiento constante a través de los equipos de acreditación y las auditorías internas para verificar el grado de avance e implementación de las oportunidades de mejora tanto las priorizadas como aquellas que no, apuntando a lograr un avance significativo en la Implementación del Sistema Único de Acreditación.

Resultado de Implementación de Acciones de Mejora Priorizadas en PAMEC.

Grafico 48. Resultado Implementación de Acciones de Mejora Priorizados PAMEC



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

7.4.8. ACREDITACIÓN

El artículo 41 del Decreto 1011 de 2006 establece que el sistema único de acreditación: “Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso”.

Para enero de 2017, el Hospital contrató a un grupo asesor, con amplia experiencia en la implementación y acreditación de IPS en el Sistema Único de Acreditación en Salud. Con este grupo asesor se inició el proceso de autoevaluación de los estándares, a través de la conformación de siete grupos de trabajo, bajo el criterio de los pilares de acreditación (seguridad del paciente, transformación cultural, responsabilidad social, mejoramiento continuo, humanización, tecnología y gestión del riesgo).

Actualmente, el Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe ha conformado tres equipos de Mejoramiento institucional distribuidos como se muestra a continuación:

- Quince (15) equipos primarios de Acreditación.
- Ocho (8) equipos de autoevaluación.
- Un (1) equipo de mejoramiento Institucional.

el Hospital ha realizado desde el año 2017, tres (3) ciclos de mejoramiento que le han permitido a través de la evaluación cualitativa y cuantitativa evidenciar resultados progresivos de mejoramiento, así como mantener estos resultados. Los equipos de mejora institucional, además de verificar la implementación de las nuevas oportunidades de mejora definidas, también verifican que los procesos ya estandarizados se mantengan y mejoren en el tiempo.

Calificación cuantitativa por Estándares:

Tabla 16. Calificación Estándares 2017 - 2019

GRUPO DE ESTÁNDAR	HISTÓRICO DE AUTOEVALUACIONES		
	2017	2018	2019
Asistencial	1.04	1.06	1.9
Direccionamiento	1.24	1.24	2
Gerencia	1	1	2
Talento Humano	1	1.09	1.9
Ambiente Físico	1	1	1.9
Tecnología	1	1	1.9
Información	1	1	2.1
Mejoramiento	1	2.13	2.3
RESULTADO AUTOEVALUACIÓN	1.04	1.19	1.9

Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Los resultados de autoevaluación de los Estándares del Sistema Único de Acreditación en la vigencia 2019 fueron satisfactorios frente a la meta planteada y los propósitos de la institución, obteniendo un resultado promedio de 1.9.

Comparada la vigencia 2018 frente la vigencia 2019, podemos observar un mejor desempeño, pasando de una calificación de 1.3 a 1.9, lo cual representa un incremento de 46.2% con respecto al año anterior. Esto refleja un evidente fortalecimiento de la cultura de mejoramiento institucional enfocados en lograr avances significativos en la Implementación del Sistema Único de Acreditación que permita alcanzar una atención centrada en el paciente y su familia.

Así mismo, este resultado obedece al fortalecimiento de los ejes de acreditación, que de manera transversal impactan de manera positiva en los resultados de la atención a nivel de eficiencia, seguridad y percepción de la atención.

7.4.8.1. Análisis de Indicadores de Acreditación

Con la implementación de un software que integra el área administrativa con los procesos asistenciales del Hospital se fortaleció en los últimos tres años la captura y gestión de información para los diferentes procesos de la institución. Lo anterior se ve reflejado en información oportuna y confiable para la medición del desempeño de los procesos, permitiendo la generación de información para el análisis y toma de decisiones basada en hechos y datos.

A través del aplicativo HOSVITAL, se han creado informes para las diferentes áreas asistenciales y administrativas para la recolección de la información y la medición de indicadores. La información que no se registra en el sistema y/o que, a pesar de ser registrada, no es posible la generación correspondiente de informes en el sistema, es registrada en formatos estandarizados que permiten consolidar y evaluar la información.

El mecanismo de medición de indicadores empleado por el Hospital, permite que periódicamente la información y los resultados de la operación estén disponibles, se realice el seguimiento de manera sistemática, así mismo, permite la evaluación e intervención de las desviaciones a través del análisis y formulación de planes de mejora.

Además de los indicadores e información reportada a las diferentes entidades de control, la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, Empresa Social del Estado, de manera progresiva y articulado con los sistemas de Gestión, ha construido una serie de indicadores en cada uno de sus subprocesos y procesos que aporta a la gestión eficiente y toma de medidas oportunas para la resolución de desviaciones.

Ahora bien, en el observado de los últimos cuatro años los indicadores reportados en la Superintendencia Nacional de Salud, según Resolución 0256 de 2016, se refleja la gestión y transformación de la cultura de autocontrol de los colaboradores del Hospital encaminados a mejorar de manera continua la prestación de servicios de salud.

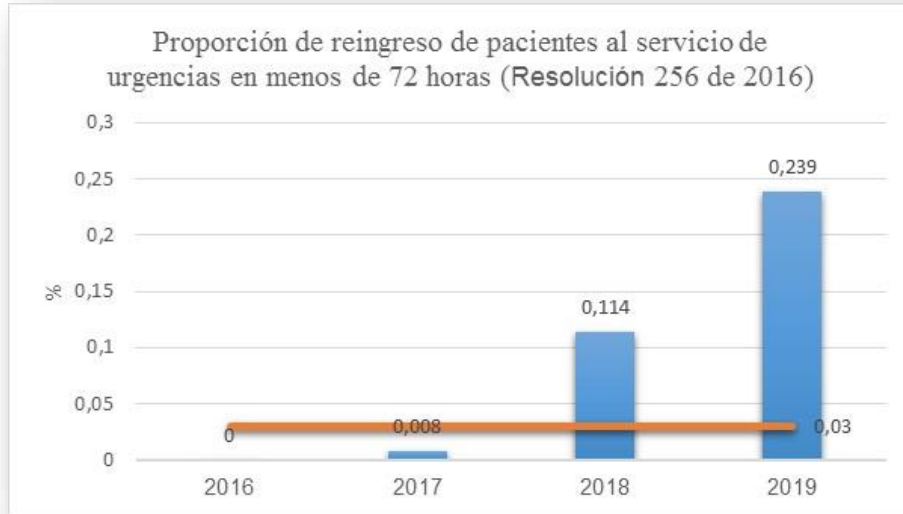
Tabla 17. Análisis Indicadores de Calidad 2016 - 2019

ANÁLISIS INDICADORES DE CALIDAD				
CALIDAD EN ATENCIÓN	2016	2017	2018	2019
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	0,714	1,082	1,976	2,916
Razón pacientes remitidos para atención de parto por partos atendidos	0	0	0,071	0,111
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016)	0	0,008	0,114	0,239
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0	0	0,001	0,002
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	7,069	1,379	1,948	1,73
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología general	N/A	N/A	N/A	N/A
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	15,436	14,769	11,51	13,088
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	13,413	6,958	10,712	15,811
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	22,25	15,149	12,326	18,227
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)		0	9,241	14,056
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía general	24,03	26,902	13,045	12,557
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de Urgencias	22,96	5,235	30,44	23,818
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	96,9%	96,9%	96,9%	97,5%

Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Uno de los grandes retos de las instituciones de salud es mantener y/o superar la percepción positiva de los usuarios frente a su experiencia durante la atención y como se observa durante los últimos 4 años el Hospital ha logrado mantener y mejorar estos resultados que obedecen a la gestión centrada en el paciente y su familia para responder a sus necesidades y expectativas.

Grafico 49. Indicador Proporción reingreso a urgencias en menos de 72 horas



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 50. Indicador Tiempo promedio asignación cita Ginecología



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 51. Indicador Tiempo promedio asignación cita Medicina General



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Grafico 52. Indicador Tiempo promedio asignación cita Medicina Interna



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Grafico 53. Indicador Tiempo promedio asignación cita de Pediatría



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Grafico 54. Indicador Satisfacción global de los usuarios en la IPS



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

7.4.9. INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

El Jefe de la Oficina de Servicio de Información y Atención al Usuario debe definir y actualizar la información de interés para todos los usuarios del Hospital, de acuerdo con los cambios normativos, nuevos servicios, políticas Institucionales y requerimiento de los usuarios.

Los derechos y deberes de los usuarios, así como la información acerca del Servicio de Información y Atención al Usuario, se encuentra publicada en las diferentes áreas y servicios del Hospital en lugares visibles, con el fin de que todos los usuarios y grupos de interés del Hospital accedan a dicha información.

La Oficina de SIAU, está ubicada en el primer piso de la Institución y en lugar de fácil acceso.

El Jefe de la Oficina de Servicio de Información y Atención al Usuario debe asegurarse de que los usuarios y grupos de interés tengan acceso a través de los diferentes canales de comunicación, a la información acerca del Hospital (Derechos y deberes, SIAU, Asociación de Usuarios, Rendición de Cuentas, Portafolio de Servicios) y toda la información de interés para la comunidad.

El Jefe de la Oficina de Servicio de Información y Atención al Usuario debe entregar a los Auxiliares de Atención al Usuario los folletos que contengan la información de derechos y deberes, información acerca del SIAU, Asociación de Usuarios, Portafolio de Servicios, para que ésta sea divulgada de manera periódica y sistemática a los usuarios del Hospital. Igualmente debe asegurarse de que la información que se entregue a los diferentes medios de comunicación utilizados por el Hospital, se encuentre actualizada y los buzones de sugerencias deben contener los formatos de PQRSYF, para que los usuarios tengan acceso a ellos en todos los servicios del Hospital, además de encontrarse en buenas condiciones.

El objetivo es brindar información completa, clara y suficiente que permita orientar a los usuarios ante sus inquietudes y los servicios de la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa, Empresa Social del Estado.

7.5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

En el análisis de prestación de servicios de salud en la E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, se observa que el servicio de mayor demanda es de Actividad quirúrgica seguido de hospitalización y servicios diagnósticos, de la siguiente forma para el año de 2019.

7.5.1. PRODUCTIVIDAD EN UVR EN LOS AÑOS 2014 - 2019

Grafico 55. Productividad en UVR años 2014 - 2019



Fuente: Estadística - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

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 10 primeras causas de morbilidad. Para el presente informe se utilizaron los códigos de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión CIE-10.

7.5.2. MORBILIDAD GENERAL POR CONSULTA EXTERNA EN LA E.S.E. EN 2019

Tabla 18. Morbilidad General por consulta externa en 2019

MORBILIDAD GENERAL POR CONSULTA EXTERNA - AÑO 2019			
CIE 10	CAUSA	N° CASOS	%
B349	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA	2.751	20,2%
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2.170	15,9%
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	1.499	11,0%
R102	DOLOR PELVICO Y PERINEAL	1.487	10,9%
R51X	CEFALEA	1.126	8,3%
N23X	COLICO RENAL NO ESPECIFICADO	1.059	7,8%
Z008	OTROS EXAMENES GENERALES	1.039	7,6%
K297	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	974	7,1%
R072	DOLOR PRECORDIAL	800	5,9%
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	719	5,3%
TOTAL		13.624	100,0%

Grafico 56. Distribución de Servicios Prestados en 2019



Fuente: Estadística - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulua

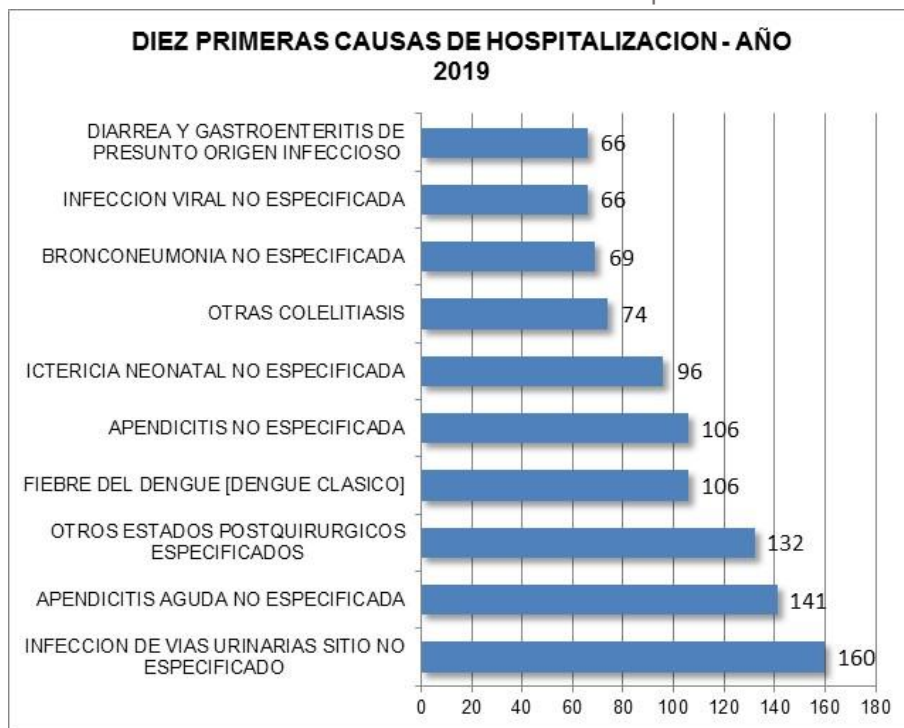
7.5.3. MORBILIDAD GENERAL POR HOSPITALIZACIÓN EN LA E.S.E. EN 2019

Tabla 19. Diez (10) primeras causas de Hospitalización en 2019

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE HOSPITALIZACION - AÑO 2019		
CIE 10	CAUSA	N° CASOS
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	160
K359	APENDICITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	141
Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	132
A90X	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	106
K37X	APENDICITIS NO ESPECIFICADA	106
P599	ICTERICIA NEONATAL NO ESPECIFICADA	96
K808	OTRAS COLELITIASIS	74
J180	BRONCONEUMONIA NO ESPECIFICADA	69
B349	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA	66
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	66
TOTAL		3771

Fuente: Estadística - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 57. Distribución de Servicios Prestados Hospitalización en 2019



Fuente: Estadística - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

7.5.4. MORBILIDAD GENERAL POR URGENCIAS EN LA E.S.E. EN 2019

Grafico 58. Morbilidad General por servicio de urgencias en el 2019



Fuente: Estadística - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

7.5.5. MORTALIDAD GENERAL EN EL AÑO 2019

Se presenta un mayor número de mortalidad en el año 2018 con 227 casos en comparación a los 143 del año 2019. Las Enfermedades del sistema respiratorio y las Enfermedades del sistema cardiocirculatorio se reparten el primer y segundo lugar en estos dos años, sumando entre las dos en promedio el 41% de los motivos de mortalidad, donde están las neumonías, los EPOC por parte de las respiratorias y los infartos y ACV en los cardiocirculatorios. Como tercera casusa se presenta Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otras partes que son motivos para culminar la mortalidad en pacientes que presenta una muerte por deterioro mismo de la edad o patologías base como Diabetes e Hipertensión pero que no pudieron ser clasificadas como en estas dos patologías en el sistema cardiocirculatorio porque no llegaron directamente a afectar estos sistemas. Siguen las enfermedades del sistema digestivo con Hemorragias gastrointestinales y obstrucciones intestinales severas. Le siguen las enfermedades infecciosas o parasitarias con Septicemia, Tuberculosis y VIH. Se considera importante las neoplasias en el sentido que hay sub registro ya que no se realizan biopsias en la totalidad de las muertes y se pierde la posibilidad de especificar la casusa de la muerte.

Tabla 20. 10 primeras causas de Mortalidad en 2019

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD INSTITUCIONAL AÑO 2019				
CAUSA	Masculino	Femenino	Total	%
Enfermedades del sistema respiratorio	18	16	34	23,8%
Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	7	15	22	15,4%
Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otras partes	12	10	22	15,4%
Enfermedades del sistema digestivo	9	5	14	9,8%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	7	4	11	7,7%
Enfermedades del sistema genitourinario	8	3	11	7,7%
Neoplasias	6	4	10	7,0%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.	4	3	7	4,9%
Enfermedades del sistema nervioso.	2	2	4	2,8%
Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	2	2	4	2,8%
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.		2	2	1,4%
Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	2		2	1,4%
TOTAL	77	66	143	

Fuente: Estadística - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

7.5.6. PANDEMIA POR CORONAVIRUS COVID-19

Después de la declaratoria de emergencia sanitaria por parte del Ministerio de Salud generada por la llegada de la pandemia Covid -19, el Departamento del Valle del Cauca activó los Planes de Acción Específicos que recogen la planeación, organización y gestión para enfrentar este reto en salud, haciendo lo propio el Hospital.

La E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, mediante su equipo de trabajo, se abordaron los procesos de evaluación y análisis de necesidades generales que han permitido a la institución la intervención para asegurar los derechos de los ciudadanos a la salud.

Considerando lo anterior, las medidas implementadas por el Hospital están dirigidas al fortalecimiento de la capacidad instalada, actualización de protocolos y guías, adecuación de espacios de infraestructura, adquisición de equipos biomédicos, dotación de elementos de protección a los colaboradores para la adecuada atención en servicios de salud a la población en su red de influencia.

7.6. DIAGNÓSTICO PROCESOS JUDICIALES

En el siguiente cuadro se relacionan los procesos judiciales activos con corte a 31 de diciembre de 2019 que cursan en la entidad hospitalaria, discriminados por medio de control, totalizando al final el valor de las pretensiones reconocidas por los diferentes despachos para cada medio de control.

Tabla 21. Procesos Judiciales Activos al 2019

TIPO DE ACCION	No DE PROCESOS ACTIVOS	VALOR DE PRETENSIONES
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	42	\$2.124.290.830
REPARACION DIRECTA	37	\$21.293.397.801
EJECUTIVOS	7	\$2.193.404.485
CONTROVERSIAS CONTRACTUALES	3	\$751.984.011
ORDINARIO LABORAL	10	\$1.200.343.393
TOTAL	99	\$27.563.420.520

Fuente: Jurídica - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

De acuerdo a la resolución 4213 de 2016, se realiza una caracterización de los procesos en los cuales se evalúan los diferentes criterios que permiten clasificarlos según el riesgo o posibilidad de pérdida, lo cual es una herramienta que articulada con el área contable permite registrar o provisionar para pago según sea el caso, en la cuenta destinadas a las sentencias judiciales de la institución ya que aquellas afectan directamente el presupuesto.

Tabla 22. Valoración de las contingencias por riesgo de pérdida procesos Judiciales

VALORACION DE LAS CONTINGENCIAS DE ACUERDO AL RIESGO DE PERDIDA SEGÚN RESOLUCION 4213 DE 2016-PROCESOS JUDICIALES		
RIESGO ALTO	RIESGO MEDIO	RIESGO BAJO
8	23	68
PROCESOS JUDICIALES \$2.771.575.173	PROCESOS JUDICIALES \$14.001.449.846	PROCESOS JUDICIALES \$10.814.410.329
Se registran como provisión contable	Se registran como cuenta de orden	No se registran como pasivo ni como cuenta de orden

Fuente: Jurídica - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Según las disposiciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público en el Decreto 642 del 11 de mayo de 2020, por el cual se reglamenta el artículo 53 de la Ley 1955 de 2019 – Plan Nacional de Desarrollo – 2018-2022, en lo relacionado con las gestiones que deben adelantar las entidades que

hagan parte del Presupuesto General de la Nación para el reconocimiento como deuda pública y pago de las sentencias o conciliaciones que se encuentren en mora en su pago. La E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá adelanta el proceso con las personas naturales y/o jurídicas que están pendientes para pagos de sentencias y/o conciliaciones (Debidamente ejecutoriadas), y que estén interesadas en celebrar acuerdos de pago.

7.7. DIAGNÓSTICO FINANCIERO

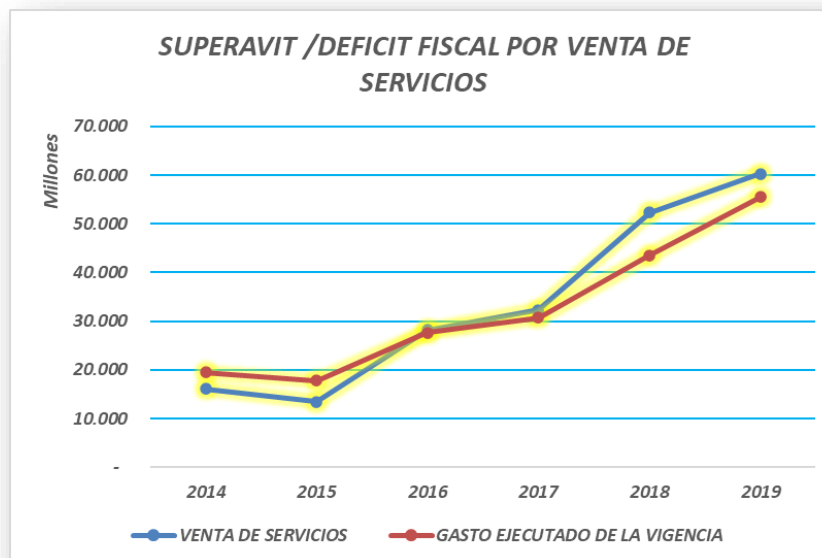
7.7.1. SUPERÁVIT / DÉFICIT FISCAL POR VENTA DE SERVICIOS- VIGENCIAS 2014 – 2019

Tabla 23. Tabla Superávit / Déficit por venta de servicios 2014 - 2019

VIGENCIA	VENTA DE SERVICIOS	GASTO EJECUTADO DE LA VIGENCIA	SUPERAVIT / DEFICIT FISCAL POR VENTA DE SERVICIOS
2014	16.075.604.355	19.432.056.168	(3.356.451.813)
2015	13.422.896.554	17.773.798.417	(4.350.901.863)
2016	28.203.162.790	27.626.570.859	576.591.931
2017	32.257.053.538	30.678.231.085	1.578.822.453
2018	52.318.183.956	43.522.054.951	8.796.129.005
2019	60.296.654.864	55.468.024.628	4.828.630.236

Fuente: Financiera - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 59. Superávit/Déficit Fiscal por venta de servicios 2014 - 2019



Fuente: Financiera - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

A través del presente indicador, se puede evidenciar el comportamiento financiero en especial el comportamiento presupuestal durante las últimas vigencias de la siguiente manera:

SUPERÁVIT FISCAL: Las ventas de servicios han tenido un comportamiento de crecimiento constante y significativo durante las últimas cuatro de vigencias ya que pasamos de facturar \$28.203.162.790 en la vigencia 2016, a alcanzar un nivel de facturación de \$60.296.654.854 en la vigencia 2019. Dicho comportamiento en el incremento de las ventas de servicios, es producto de las políticas establecidas desde la gerencia las cuales estuvieron encaminadas a sacar de la crisis económica en que se encontraba el hospital hasta la vigencia 2015, y de la mano del departamento del valle, se logró alcanzar un equilibrio financiero, ya que dicho incremento de la venta estuvo acompañado de la racionalización del gasto en cada una de las vigencias, el cual permitió obtener un superávit fiscal en cada una de las vigencias analizadas. En este sentido se puede evidenciar que el Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe es una institución que ha alcanzado un equilibrio financiero, es decir, es auto sostenible.

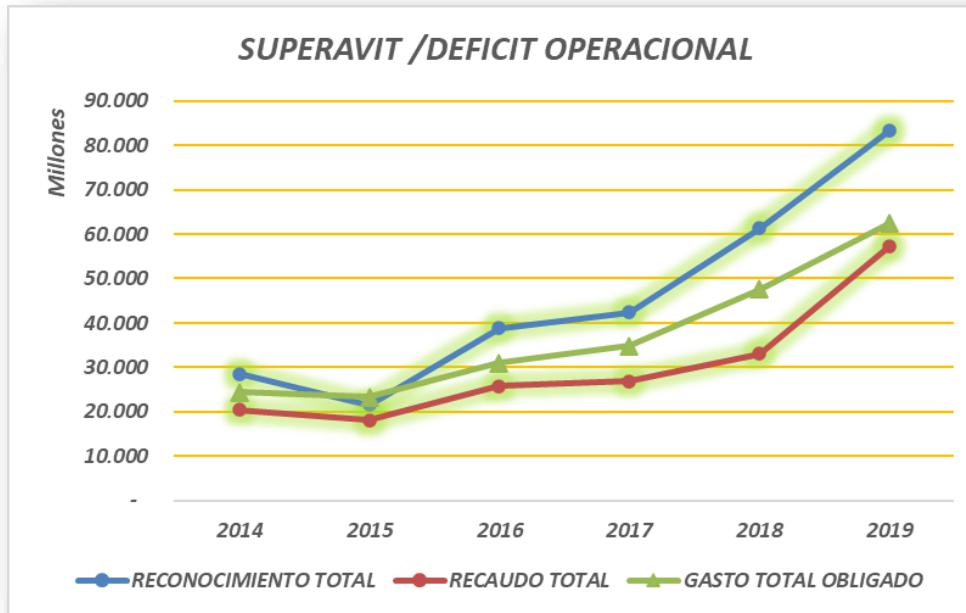
7.7.2. SUPERÁVIT / DÉFICIT OPERACIONAL - VIGENCIAS 2014 – 2019

Tabla 24. Tabla Superávit / Déficit operacional 2014 - 2019

VIGENCIA	RECONOCIMIENTO TOTAL	RECAUDO TOTAL	GASTO TOTAL OBLIGADO	SUPERAVIT / DEFICIT OPERACIONAL
2014	28.486.881.652	20.468.144.356	24.453.739.168	(3.985.594.812)
2015	21.523.014.564	18.106.926.016	23.359.059.676	(5.252.133.660)
2016	38.809.179.057	25.820.372.698	31.014.118.934	(5.193.746.236)
2017	42.441.666.116	26.933.832.494	34.886.490.647	(7.952.658.153)
2018	61.283.119.965	33.007.380.996	47.609.444.808	(14.602.063.812)
2019	83.291.621.603	57.146.758.142	62.420.960.546	(5.274.202.404)

Fuente: Financiera - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 60. Superávit/Déficit Fiscal operacional 2014 - 2019



Fuente: Financiera Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Déficit Operacional: A través del presente indicador se puede analizar cuál ha sido el comportamiento entre el reconocimiento total, recaudo total y gasto total. En este sentido se evidencia que durante las últimas cuatro vigencias (2016 – 2019) el reconocimiento total ha estado siempre por encima de los gastos totales obligados lo cual sigue demostrando el equilibrio financiero que ha logrado la institución en este periodo. Igualmente se evidencia el comportamiento que ha tenido el recaudo durante los últimos años y el cual, al ser comparado con el gasto obligado, se concluye que se vienen presentando déficits operacionales, es decir que con el recaudo total no ha sido suficiente para cancelar todas las obligaciones adquiridas por la institución, es decir se generan unas cuentas por pagar el cual es el resultado principalmente por el NO PAGO por parte de las EPS o entidades responsables de pago que, no propiamente son por ausencia de gestión gerencial y administrativa, sino por la inexplicable e injustificada renuencia de las EPS en pagarnos oportunamente conforme lo estipula la legislación colombiana.

7.7.3. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL INGRESOS COMPARATIVA VIGENCIA 2019 - 2018

Tabla 25. Ejecución presupuestal ingresos 2019 vs 2018

DESCRIPCION DEL INGRESO	2018		2019		2019 VS 2018			
	EJECUTADO		EJECUTADO		DIFERENCIA			
	RECONOCIDO	RECAUDADO	RECONOCIDO	RECAUDADO	RECONOCIDO		RECAUDADO	
					DIFERENCIA	VARIACION %	DIFERENCIA	VARIACION %
DISPONIBILIDAD INICIAL	211.523.948	211.523.948	1.085.741.999	1.085.741.999	874.218.051	513%	874.218.051	513%
APORTES	180.000.000	180.000.000	-	-	(180.000.000)	100%	(180.000.000)	100%
NACION	180.000.000	180.000.000	-	-	(180.000.000)	100%	(180.000.000)	100%
VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	52.318.183.957	24.042.444.988	60.296.654.864	34.151.791.403	7.978.470.907	115%	10.109.346.415	142%
SGP-PRETACION DE SERVICIOS	3.087.558.982	902.120.692	3.337.285.507	666.309.519	249.726.525	108%	(235.811.173)	74%
SGP-PATRONAL	2.194.093.263	2.194.093.263	2.331.449.288	2.331.449.288	137.356.025	106%	137.356.025	106%
EPS-REGIMEN CONTRIBUTIVO	13.028.679.114	3.841.303.172	18.209.177.224	6.057.216.312	5.180.498.110	140%	2.215.913.140	158%
EPS-REGIMEN SUBSIDIADO	27.836.917.785	16.207.248.180	31.778.678.128	23.681.799.090	3.941.760.343	114%	7.474.550.910	146%
SOAT-RECLAMACIONES ECAT	3.816.345.084	245.276.007	2.047.938.401	222.160.128	(1.768.406.683)	54%	(23.115.879)	91%
CUOTAS DE RECUPERACION	239.642.421	235.109.985	284.105.102	280.782.646	44.462.681	119%	45.672.661	119%
PARTICULARES	83.001.969	79.847.038	146.509.447	143.701.488	63.507.478	177%	63.854.450	
OTROS INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS	2.031.945.339	337.446.651	2.161.511.767	768.372.932	129.566.427	106%	430.926.281	228%
OTROS INGRESOS CORRIENTES	8.573.412.060	8.573.412.060	21.909.224.741	21.909.224.741	13.335.812.681		13.335.812.681	
OTROS INGRESOS	497.510.935	497.510.935	93.735.952	93.735.952	(403.774.983)	19%	(403.774.983)	19%
CONVENIO DE DESEMPEÑO	800.000.000	800.000.000	1.200.000.000	1.200.000.000	400.000.000	100%	400.000.000	100%
CUENTAS POR COBRAR VIGENCIA ANTERIOR	7.275.901.125	7.275.901.125	20.615.488.789	20.615.488.789	13.339.587.664		13.339.587.664	
TOTAL INGRESOS CORRIENTES	60.891.596.017	32.615.857.048	82.205.879.605	56.061.016.144	21.314.283.588	135%	23.445.159.096	172%
TOTAL PRESUPUESTO	61.283.119.965	33.007.380.996	83.291.621.603	57.146.758.142	22.008.501.639	136%	24.139.377.146	173%

Fuente: Financiera - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulua

La ejecución de ingresos evidencia que el hospital durante la vigencia 2019 incrementó la venta de servicios de salud en un 15% respecto de la vigencia 2018 y el recaudo aumento en un 42% producto de las estrategias de cobro implementadas por la institución.

Los regímenes que más incremento presentaron respecto del reconocimiento por venta de servicios de salud fueron el contributivo y régimen subsidiado con un 40% y 14% respectivamente.

Al analizar los recaudos, se evidencia el incremento significativo presentado en la vigencia 2019 en donde se obtuvo un incremento de recaudo del 73% respecto de la vigencia anterior 2018, producto de la excelente gestión realizada desde la gerencia y su equipo de trabajo.

También es importante destacar que a diciembre de 2019 se contó con el apoyo del departamento del valle a través de convenio de desempeño por valor de \$1.200.000.000 para el pago de pasivos de servicios públicos.

7.7.4. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL GASTOS COMPARATIVA VIGENCIA 2019 – 2018

Tabla 26. Ejecución presupuestal de gastos 2019 vs 2018

DESCRIPCION DELGASTO	2018		2019		2019 VS 2018			
	EJECUTADO		EJECUTADO		DIFERENCIA		DIFERENCIA	
	COMPROMISOS	PAGADO- GIRADO	COMPROMISOS	PAGADO- GIRADO	COMPROMISOS		PAGADO- GIRADO	
					DIFERENCIA	VARIACION %	DIFERENCIA	VARIACION %
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	39.303.779.264	26.135.430.781	49.184.460.959	44.528.720.797	9.880.681.695	125%	18.393.290.016	170%
GASTOS DE PERSONAL	34.246.975.715	21.855.993.756	40.902.525.966	37.557.123.914	6.655.550.251	119%	15.701.130.158	172%
SUELDOS	4.534.846.255	\$ 4.238.229.257	4.437.421.960	4.428.867.188	(97.424.295)	98%	190.637.931	104%
OTROS SERV PERSONALES ASOC NOMINA	2.084.225.404	\$ 1.999.622.260	2.254.433.787	2.239.860.449	170.208.383	108%	240.238.189	112%
SERV PERSONALES INDIRECTOS	25.242.540.763	13.719.267.847	31.712.206.917	28.389.932.975	6.469.666.154	126%	14.670.665.128	207%
CONTRIBUCIONES INHERENTES NOMINA	2.385.363.293	1.898.874.392	2.498.463.302	2.498.463.302	113.100.009	105%	599.588.910	132%
GASTOS GENERALES	4.271.343.799	3.493.977.275	7.321.834.876	6.011.496.766	3.050.491.077	171%	2.517.519.491	172%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL	4.218.275.687	1.760.728.122	6.283.563.669	6.069.007.874	2.065.287.982	149%	4.308.279.752	345%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	785.459.750	785.459.750	960.100.117	960.100.117	174.640.367	122%	174.640.367	122%
INVERSIÓN	\$ 202.000.000	\$ 202.000.000	-	-	(202.000.000)		(202.000.000)	
CUENTAS POR PAGAR	3.885.389.857	3.885.389.857	6.952.935.918	6.952.935.918	3.067.546.061	179%	3.067.546.061	179%
TOTAL PRESUPUESTO	47.609.444.808	31.983.548.760	62.420.960.546	57.550.664.589	14.811.515.738	131%	(25.567.115.829)	180%

Fuente: Presupuestal - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

La ejecución de gastos evidencia que el hospital durante la vigencia 2019, tuvo un incremento del 31% en sus gastos totales respecto de la vigencia 2018 y los giros aumentaron en un 80% gracias a la excelente gestión del recaudo que permitió cumplir con el pago de las obligaciones adquiridas.

Es pertinente mencionar que los gastos que mayor impactan en el crecimiento de los gastos, son los servicios personales indirectos y de operación comercial los cuales son consecuencia de los nuevos servicios que presta el hospital a través de las alianzas estratégicas con que cuenta la institución y que los resultados se ven reflejados en el incremento en las ventas de servicios de salud evidenciados en el análisis de la ejecución de ingresos.

En conclusión, se evidencia que del total de gastos ejecutados en la vigencia fiscal 2019, se pudo cumplir con el pago del 92% de los gastos ejecutados, es decir tan solo se constituyeron cuentas por pagar de la vigencia 2019 del 8% lo cual evidencia un gran equilibrio presupuestal tanto con venta de servicios como con recaudo.

7.7.5. GESTIÓN DEL RIESGO FINANCIERO

La calificación de Riesgo Financiero Bajo evidenciado a través de la resolución 1342 del 29 de mayo de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, es el resultado principalmente por el NO PAGO por parte de las EPS o entidades responsables de pago que, no propiamente son por ausencia de gestión gerencial y administrativa, sino por la inexplicable e injustificada renuencia de las EPS en pagarnos oportunamente conforme lo estipula la legislación colombiana, siendo entonces estos factores que nos colocan en RIESGO FINANCIERO BAJO para la vigencia 2019 y para la presente vigencia 2020 se estaría en RIESGO FINANCIERO MEDIO el cual pone en peligro el equilibrio financiero, que con gran esfuerzo hemos logrado a lo largo de los últimos cuatro (4) años y por consiguiente existiría un alto de riesgo de afectar la prestación de los diferentes servicios de salud a la población del centro y norte del valle del cauca ya que no se cuenta con los recursos económicos necesarios para garantizar la operación del hospital como lo es el pago de nómina, proveedores y demás gastos necesarios para el normal funcionamiento de la institución.

7.7.6. ESTADO DE RESULTADOS INTEGRAL AÑO 2019

Grafico 61. Estado de resultados Integral - 2019



Fuente: Financiera - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

7.7.7. ESTADOS FINANCIEROS 2019 VS 2018

Grafico 62. Estados Financieros 2019 vs 2018



Fuente: Financiero - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

7.8. PLATAFORMA ESTRATEGICA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE DE TULUÁ

Componentes estratégicos

7.8.1. MISIÓN

Brindar atención integral apoyada en procesos de docencia, investigación e innovación, con criterios de excelencia, humanización y gestión del riesgo, impactando positivamente el Ambiente.

7.8.2. VISIÓN

La E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, en el año 2024 será uno de los 10 mejores hospitales universitarios del País, integrado al modelo de red de servicios de salud del Valle del Cauca, con talento humano comprometido con la excelencia técnica, humanización y responsable con el ambiente y la gestión del riesgo.

7.8.3. POLÍTICA DE CALIDAD

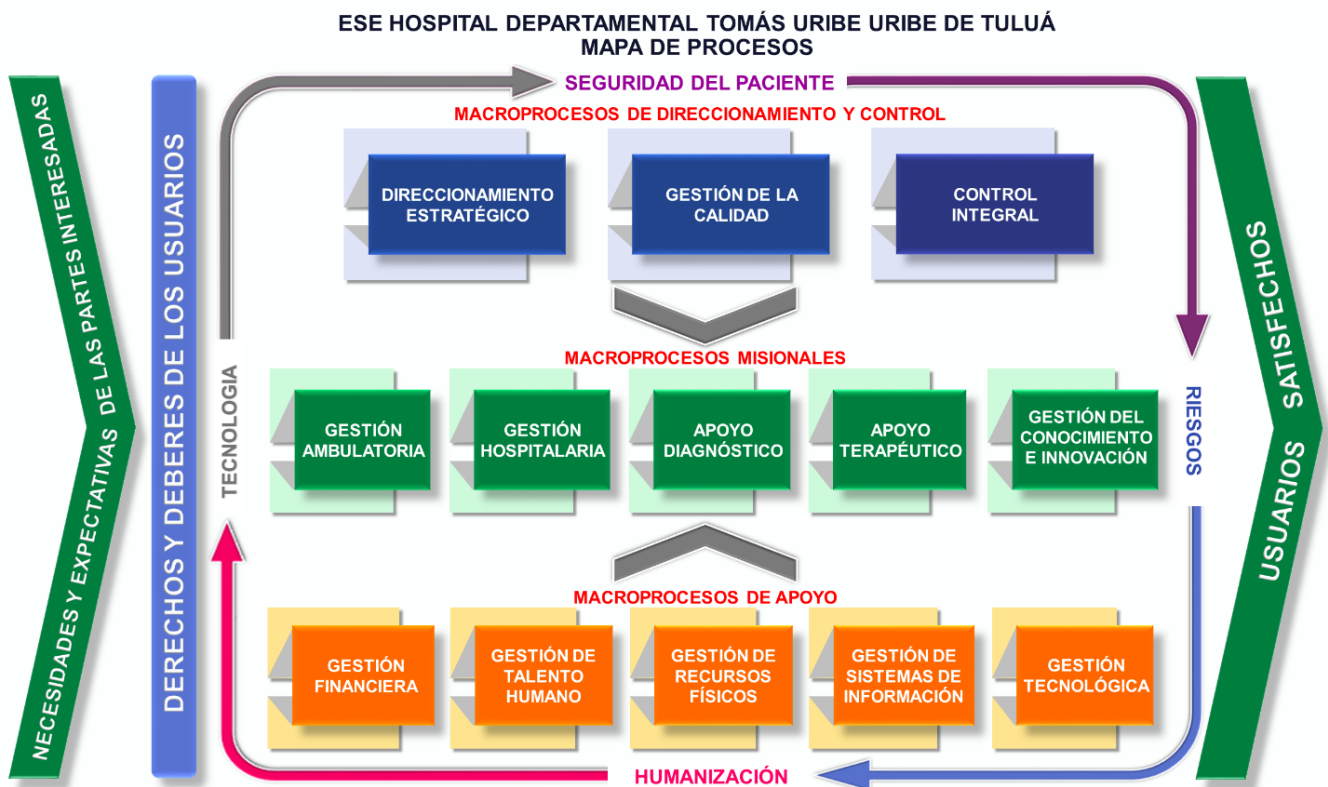
El Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe orienta su gestión hacia la prestación de servicios seguros y humanizados, centrados en la atención integral del usuario, la investigación y apoyo a la formación del talento humano del subsector; contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de salud de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

7.8.4. VALORES INSTITUCIONALES

Integridad, Respeto, Trabajo en equipo, Liderazgo, Buenas practicas.

7.8.5. MAPA DE PROCESO

Grafico 63. Mapa de Procesos



Fuente: Calidad - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

8. DESARROLLO MODELO MATRICIAL

ETAPA DE INVESTIGACIÓN

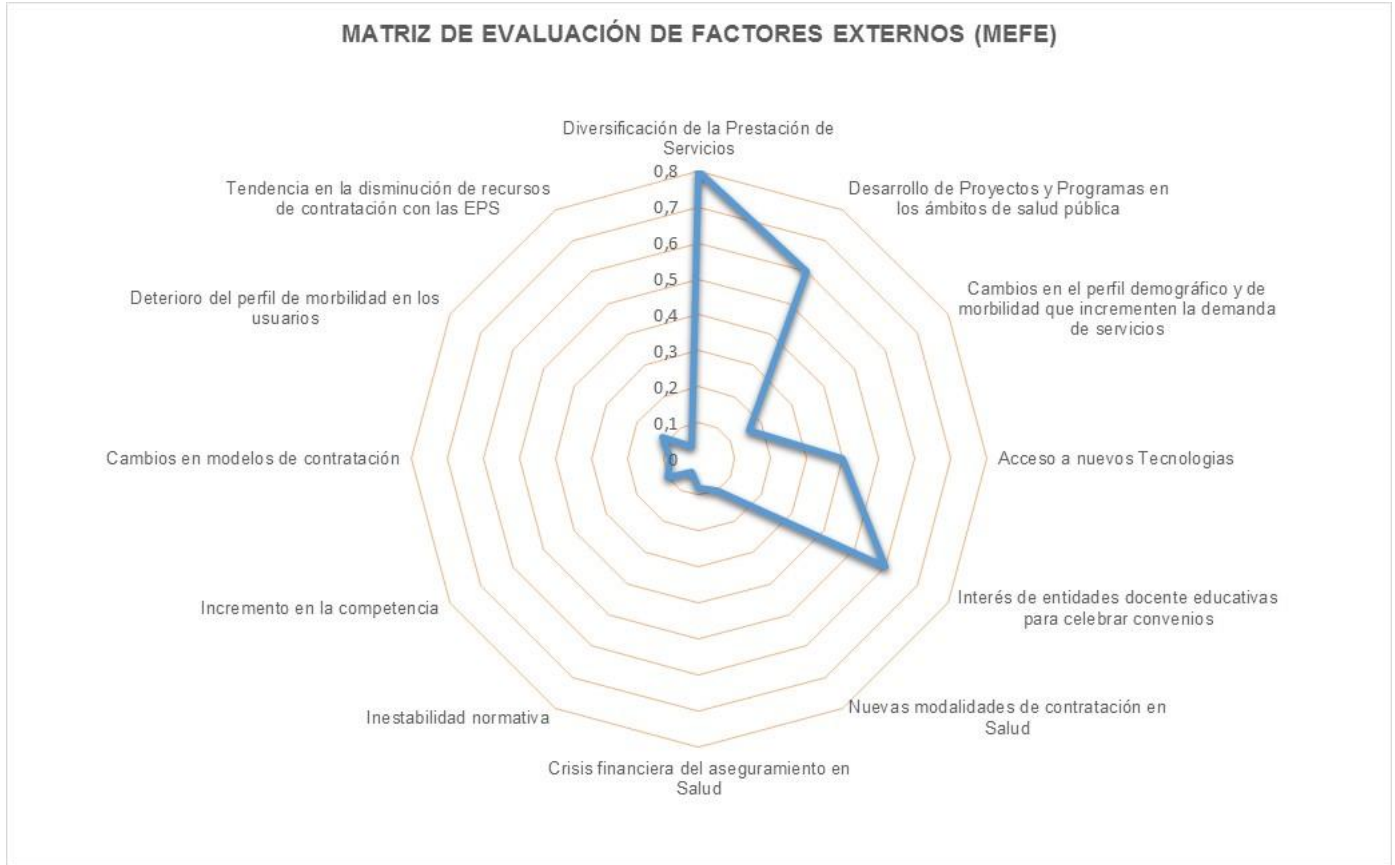
8.1. MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES EXTERNOS (MEFE)

Matriz 1. Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE)

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES EXTERNOS (MEFE)			
FACTORES CRITICOS	PESO RELATIVO	CALIFICACIÓN	RESULTADO
Diversificación de la Prestación de Servicios	0,2	4	0,8
Desarrollo de Proyectos y Programas en los ámbitos de salud pública	0,15	4	0,6
Cambios en el perfil demográfico y de morbilidad que incrementen la demanda de servicios	0,08	2	0,16
Acceso a nuevos Tecnologías	0,1	4	0,4
Interés de entidades docente educativas para celebrar convenios	0,15	4	0,6
Nuevas modalidades de contratación en Salud	0,05	2	0,1
Crisis financiera del aseguramiento en Salud	0,08	1	0,08
Inestabilidad normativa	0,02	2	0,04
Incremento en la competencia	0,05	2	0,1
Cambios en modelos de contratación	0,04	2	0,08
Deterioro del perfil de morbilidad en los usuarios	0,06	2	0,12
Tendencia en la disminución de recursos de contratación con las EPS	0,02	2	0,04
TOTAL			3,12

Fuente: Planeación - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

Grafico 64. Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE)



Fuente: Planeación - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

8.2. MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS (MEFI)

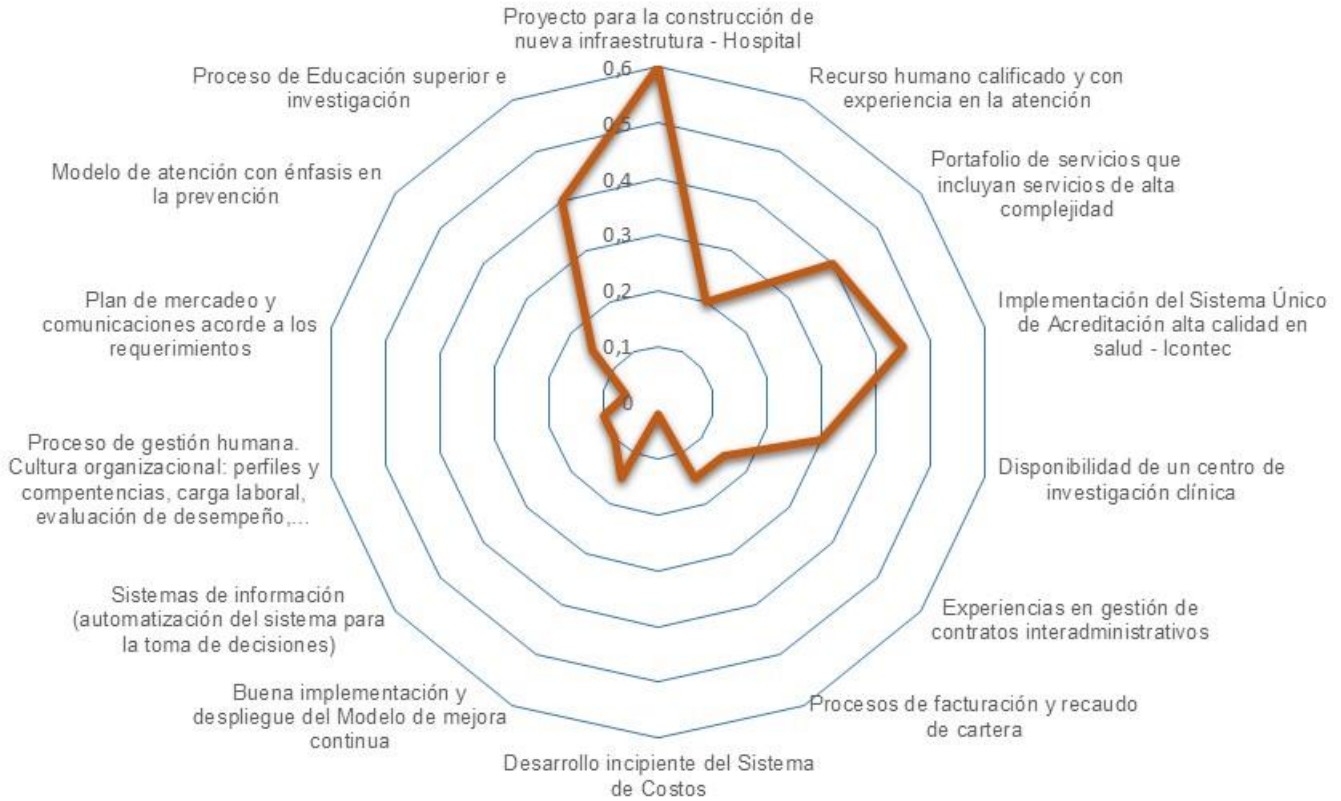
Matriz 2. Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI)

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS (MEFI)			
FACTORES CRITICOS	PESO RELATIVO	CALIFICACIÓN	RESULTADO
Proyecto para la construcción de nueva infraestructura - Hospital	0,15	4	0,6
Recurso humano calificado y con experiencia en la atención	0,05	4	0,2
Portafolio de servicios que incluyan servicios de alta complejidad	0,1	4	0,4
Implementación del Sistema Único de Acreditación alta calidad en salud - Icontec	0,15	3	0,45
Disponibilidad de un centro de investigación clínica	0,1	3	0,3
Experiencias en gestión de contratos interadministrativos	0,05	3	0,15
Procesos de facturación y recaudo de cartera	0,05	3	0,15
Desarrollo incipiente del Sistema de Costos	0,02	1	0,02
Buena implementación y despliegue del Modelo de mejora continua	0,05	3	0,15
Sistemas de información (automatización del sistema para la toma de decisiones)	0,05	2	0,1
Proceso de gestión humana. Cultura organizacional: perfiles y competencias, carga laboral, evaluación de desempeño, comunicación, sentido de pertenencia, inducción, entrenamiento, capacitación	0,05	2	0,1
Plan de mercadeo y comunicaciones acorde a los requerimientos	0,03	2	0,06
Modelo de atención con énfasis en la prevención	0,05	3	0,15
Proceso de Educación superior e investigación	0,1	4	0,4
TOTAL			3,23

Fuente: Planeación - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

Grafico 65. Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI)

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS (MEFI)

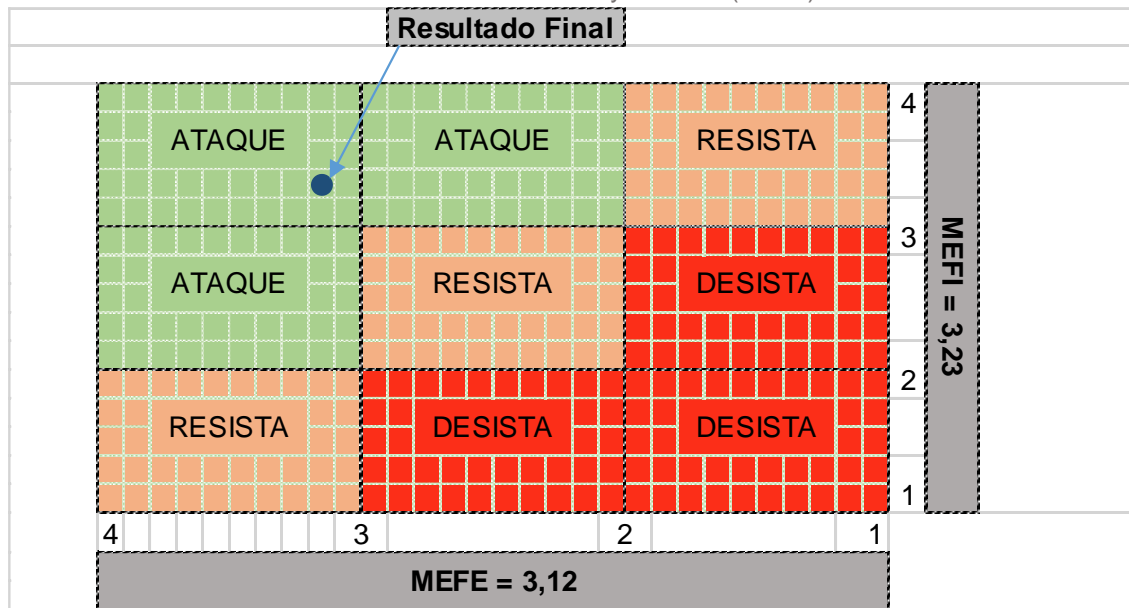


Fuente: Planeación - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

8.3. ETAPA DE CONTRASTACIÓN

Consiste, en el contraste de diferentes puntos de vista, con el fin de consolidar, una única posición acerca de la situación actual de la E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá en su entorno. Estas etapas, consta de la aplicación de la Matriz Interna – Matriz Externa (MIME), donde se traspone la información de la MEFI y la MEFE, con el fin de identificar una posición estratégica, que, tras una correcta interpretación, marcará la pauta del tipo de estrategias que deben ser implementadas en el Plan de Desarrollo 2020 – 2023.

Matriz 3. Matriz Interna y Externa (MIME)



Fuente: Planeación - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

El cruce de las matrices de factores internos y externos da como resultado la ubicación de la E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, en el enfoque de “Ataque”, el cual señala una posición que permite atacar el mercado, es decir se deben desarrollar estrategias que ayuden al crecimiento y desarrollo del Hospital para el próximo cuatrienio en el Plan de Desarrollo 2020 – 2023.

8.4. ETAPA DE TOMA DE DECISIONES

En esta etapa se desarrollan las siguientes Matrices:

8.4.1. DOFA

La toma de decisiones se caracteriza por un cruce permanente de información. Trasponer las debilidades, las oportunidades, las amenazas y las fortalezas es un ejercicio inevitable de cara a la obtención de información nueva, sintetizada en estrategias genéricas y provenientes de la etapa de investigación. El procedimiento que se debe sufrir se comprende mejor observando la matriz DOFA.

Debe enfocarse especialmente hacia los factores claves para el éxito de la E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá.

Debe resaltar las fortalezas y las debilidades diferenciales internas al comparar la institución de manera objetiva y realista con la competencia y con las oportunidades y amenazas claves del entorno.

8.4.1.1. Análisis interno (Fortalezas – Debilidades)

Fortalezas

- Disponer de un Sistema de Gestión de la Calidad, que permite el trabajo ordenado y sistemático, a través de procesos.
- Se ha logrado avanzar en 4 ciclos de mejoramiento continuo, con el objeto de implementar el Sistema Único de Acreditación.
- Consolidación del proceso Educación Superior e Investigación – ESI, que ha permitido 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 y Visión Institucional.
- Funcionamiento de la ESE en condiciones de equilibrio financiero operacional.
- Institución referente en salud, para 10 municipios del departamento del Valle del Cauca, por ser Nodo de la Red centro Tuluá de prestadores de servicios de salud.
- Contar con un centro de datos de tres servidores, un cortafuego y dos canales de internet dedicados en fibra óptica que soportan toda la operación institucional.
- Se cuenta con un proceso de cobro coactivo, que sirve como estrategia efectiva de cobro ante las entidades responsables de pago.
- Presupuesto aprobado para toda la vigencia fiscal, el cual permite una mejor planeación y ejecución de los recursos.
- Contar con un equilibrio financiero, enmarcado en el aumento de la producción, reflejado a través de la venta de servicios, los cuales han estado por encima de las obligaciones adquiridas en cada vigencia fiscal.
- Contar con médicos especialistas y de igual manera, un grupo de subespecialistas, que amplían la posibilidad de ofertar servicios desde la alta complejidad, con un enfoque integral desde la interdisciplinariedad.

Debilidades

- Infraestructura que no cumple con las exigencias de sismo resistencia, y que, por su antigüedad, dificulta el alcance de estándares del Sistema Único de Habilitación.
- Manual tarifario (SOAT) no competitivo, frente a otras IPS (privadas) pares de la región.
- Alta rotación del personal en la institución.
- Falta de adherencia a procedimientos establecidos por la institución en el área financiera.
- Carencia de una herramienta tecnológica que facilite el control y la seguridad de la información, en relación a los derechos de petición, tutelas y demandas que llegan al hospital, y que requieren del correcto seguimiento y de una respuesta oportuna.
- Carencia de una estructura de costos objetiva.
- Falta de adherencia de los líderes de procesos para hacer seguimiento a los planes de mejora, relacionados con los resultados de las auditorías internas, externas y los no conformes.
- No disponer de equipos biomédicos suficientes y necesarios para dar alcance a los requerimientos que exige la demanda en relación a la prestación de servicios de salud.

8.4.1.2. Análisis externo (Oportunidades – Amenazas)

Oportunidades

- Ampliación de la infraestructura y modernización, desde el proyecto “Nuevo Hospital”.
- Ampliación de la capacidad instalada, con lo cual se lograría que sea más atractiva para las EPS, buscando proyectar los servicios que no están en la región (mayor facturación).
- Interés de entidades docente educativas, para celebrar convenios.
- Cambios en perfil demográfico y de morbilidad que exigen la oferta de nuevos y más especializados servicios de salud.
- Nuevas perspectivas de atención en salud, derivadas del escenario “post – pandemia por COVID - 19”.
- La Política de Atención Integral en Salud - PAIS, que promueve la configuración de redes integrales de atención en salud.

- Normatividad vigente, que considera la salud como un componente obligatorio de los Planes de Intervenciones Colectivas – PIC.
- Normatividad en salud que ofrece a los ciudadanos un Plan Obligatorio en Salud, de carácter universal y obligatorio.
- Apoyo externo por los entes gubernamentales, que permiten ampliar el espectro de gestión de recursos para ser utilizados en el mejoramiento de la atención a los usuarios.
- Apoyo de la Gobernación del Valle del Cauca, en relación a la gestión del flujo de recursos en pro del sostenimiento de la operación institucional, que garanticen la prestación de servicios de salud a la población del área de influencia de la ESE.
- Contar con profesionales y expertos de distintas disciplinas que incursionan en la docencia, la investigación y la innovación, y que, además cuentan con un reporte científico desde sus CvLAC en Colciencias.

Amenazas

- Crisis financiera del sector salud, lo cual afecta el flujo de efectivo de la ESE por moratoria en el pago de los servicios prestados y facturados a las diferentes EAPB'S.
- Días de rotación de cartera no acordes a los plazos emitidos por el hospital y ajustados al marco legal.
- Inestabilidad normativa; ante las dificultades estructurales del SGSSS, el estado introduce cambios constantes en la regulación, que limitan la autonomía de las empresas del sector salud.
- Fragmentación de la atención por el esquema de aseguramiento que dificulta la integralidad y la continuidad de la atención en salud.
- Giro directo incompleto según el porcentaje pactado en la norma vigente.
- Cierre de unidades de negocio por el no pago.
- Dificultad con la ampliación de los servicios proyectados en la visión institucional.
- Capacidad instalada de las IPS de la región para dar respuesta apropiada, a usuarios contagiados por el Coronavirus COVID 19. en términos de oportunidad, seguridad, calidad y humanización.

- Nuevos virus o enfermedades que pueden desencadenar brotes, epidemias o pandemias, y que ponen en riesgo la capacidad instalada de las IPS, y la capacidad de respuesta del sistema sanitario del país.
- Inoportunidad en los pagos al talento humano de la institución.
- Grandes competidores con tarifas muy bajas en la región.

8.4.2. MATRIZ CONJUNTA DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA (MCPE)

Una vez terminado el ciclo de análisis, la matriz conjunta de análisis estratégico MPCE, permitió conocer las principales fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades, las cuales se cruzaron de manera que se pudieran encontrar las estrategias a desarrollar.

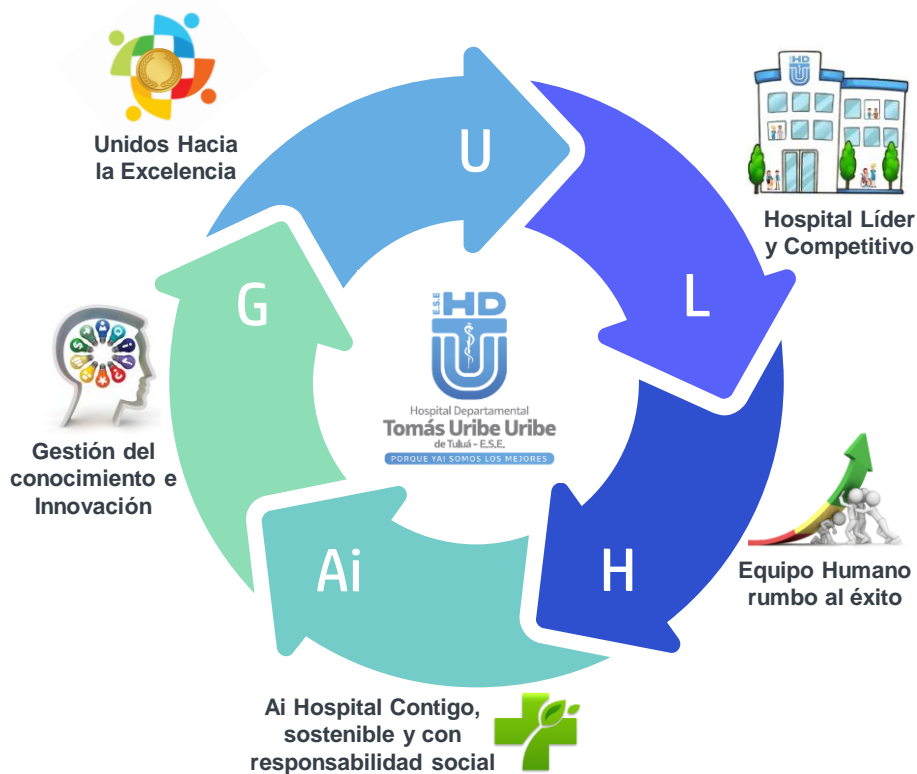
Matriz 4. Matriz Conjunta de Planeación Estratégica (MCPE)

		FORTALEZAS	DEBILIDADES
Factores Internos	1	Disponer de un Sistema de Gestión de la Calidad, que permite el trabajo ordenado y sistemático, a través de procesos.	1 Infraestructura que no cumple con las exigencias de sismo resistencia, y que, por su antigüedad, dificulta el alcance de estándares del Sistema Único de Habitación.
	2	Se ha logrado avanzar en 4 ciclos de mejoramiento continuo, con el objeto de implementar el Sistema Único de Acreditación.	2 Manual tarifario (SOAT) no competitivo, frente a otras IPS (privadas) pares de la región.
	3	Consolidación del proceso Educación Superior e Investigación – ESI, que ha permitido 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 y Visión Institucional.	3 Alta rotación del personal en la institución.
	4	Funcionamiento de la ESE en condiciones de equilibrio financiero operacional.	4 Falta de adherencia a procedimientos establecidos por la institución en el área financiera.
	5	Institución referente en salud, para 10 municipios del departamento del Valle del Cauca, por ser Nodo de la Red centro Tuluá de prestadores de servicios de salud.	5 Carencia de una herramienta tecnológica que facilite el control y la seguridad de la información, en relación a los derechos de petición, tutelas y demandas que llegan al hospital, y que requieren del correcto seguimiento y de una respuesta oportuna.
	6	Contar con un centro de datos de tres servidores, un cortafuegos y dos canales de internet dedicados en fibra óptica que soportan toda la operación institucional.	6 Carencia de una estructura de costos objetiva.
	7	Se cuenta con un proceso de cobro coactivo, que sirve como estrategia efectiva de cobro ante las entidades responsables de pago.	7 Falta de adherencia de los líderes de procesos para hacer seguimiento a los planes de mejora, relacionados con los resultados de las auditorías internas, externas y los no conformes.
	8	Presupuesto aprobado para toda la vigencia fiscal, el cual permite una mejor planeación y ejecución de los recursos.	8 No disponer de equipos biomédicos suficientes y necesarios para dar alcance a los requerimientos que exige la demanda en relación a la prestación de servicios de salud.
	9	Contar con un equilibrio financiero, enmarcado en el aumento de la producción, reflejado a través de la venta de servicios, los cuales han estado por encima de las obligaciones adquiridas en cada vigencia fiscal.	9 Capacidad instalada de la ESE para dar respuesta apropiada, en términos de oportunidad, seguridad, calidad y humanización, a usuarios contagiados masivamente por el Coronavirus COVID 19.
	10	Contar con médicos especialistas y de igual manera, un grupo de subespecialistas, que amplían la posibilidad de ofertar servicios desde la alta complejidad, con un enfoque integral desde la interdiscipliniedad.	
OPORTUNIDADES		<p>Estrategia Ofensiva (FO)</p> <p>O1, O2, O3, O8, O9, O10, O11 - VS - F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10</p> <p>1. Lograr ser una ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá Acreditada en Salud</p> <p>O1, O2, O3, O4, O5, O8, O9, O10, O11 - VS - F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10</p> <p>2. Lograr el objetivo de ser un Hospital Universitario y crecer en el nivel de complejidad (ESE Hospital Universitario Tomas Uribe Uribe de Tuluá, de alta complejidad).</p> <p>O5, O6, O9, O11 - VS - F3, F4, F6, F8, F10</p> <p>3. Consolidar el proceso de formación, investigación e innovación a nivel institucional, bajo los lineamientos y el reconocimiento de Colciencias.</p>	<p>Estrategia Adaptativa (DO)</p> <p>O4, O5, O6 - VS - D1, D2, D7, D8</p> <p>1. La ESE debe tomar ventaja competitiva frente a las IPS pares de la región, enmarcando como principal atributo, una propuesta de atención en salud, con enfoque de calidad y perspectiva hacia la excelencia.</p> <p>O4, O5, O6, O7, O9, O10 - VS - D8, D9</p> <p>2. Consolidar una propuesta de expansión de los servicios de salud, para dar cobertura las necesidades de atención en salud por eventos de interés en salud pública, o por circunstancias de emergencia y/o desastres que afecten el radio de influencia de la ESE.</p>
1	Ampliación de la infraestructura y modernización, desde el proyecto "Nuevo Hospital".		
2	Ampliación de la capacidad instalada, con lo cual se lograría que sea más atractiva para las EPS, buscando proyectar los servicios que no están en la región (mayor facturación).		
3	Interés de entidades docente educativas, para celebrar convenios.		
4	Cambios en perfil demográfico y de morbilidad que exigen la oferta de nuevos y más especializados servicios de salud.		
5	Nuevas perspectivas de atención en salud, derivadas del escenario "post – pandemia por COVID - 19".		
6	La Política de Atención Integral en Salud - PAIS, que promueve la configuración de redes integrales de atención en salud.		
7	Normatividad vigente, que considera la salud como un componente obligatorio de los Planes de Intervenciones Colectivas – PIC.		
8	Normatividad en salud que ofrece a los ciudadanos un Plan Obligatorio en Salud, de carácter universal y obligatorio.		
9	Apoyo externo por los entes gubernamentales, que permiten ampliar el espectro de gestión de recursos para ser utilizados en el mejoramiento de la atención a los usuarios.		
10	Apoyo de la Gobernación del Valle del Cauca, en relación a la gestión del flujo de recursos en pro del sostenimiento de la operación institucional, que garanticen la prestación de servicios de salud a la población del área de influencia de la ESE.		
11	Contar con profesionales y expertos de distintas disciplinas que incursionan en la docencia, la investigación y la innovación, y que además, cuentan con un reporte científico desde sus CvLAC en Colciencias.		
AMENAZAS		<p>Estrategia Defensiva (FA)</p> <p>A1, A2, A3, A4, A7, A11 - VS - F1, F2, F3, F4, F5, F6, F10</p> <p>1. Prestar servicios integrales de salud, satisfaciendo la demanda actual de la población objeto, con una perspectiva de crecimiento en la oferta institucional.</p> <p>A1, A8, A9 - VS - F1, F5, F8, F10</p> <p>2. Coordinar la preparación y respuesta a la COVID-19, activando los mecanismos nacionales de gestión de emergencias en salud pública.</p> <p>3. Contar con la capacidad de respuesta para controlar rápidamente los casos esporádicos y grupos de casos a fin de prevenir la transmisión comunitaria; este trabajo se logra a través de acciones conjuntas entre los diferentes actores del sistema.</p>	<p>Estrategia Supervivencia (DA)</p> <p>A1, A2, A3, A4, A5, A6, A10, A11 - VS - D2, D6, D9</p> <p>1. Mantener un equilibrio fiscal y financiero, enmarcado en la austeridad del gasto, y la gestión adecuada de los recursos.</p>
1	Crisis financiera del sector salud, lo cual afecta el flujo de efectivo de la ESE por moratoria en el pago de los servicios prestados y facturados a las diferentes EAPB'S.		
2	Días de rotación de cartera no acordes a los plazos emitidos por el hospital y ajustados al marco legal.		
3	Inestabilidad normativa; ante las dificultades estructurales del SGSSS, el estado introduce cambios constantes en la regulación, que limitan la autonomía de las empresas del sector salud.		
4	Fragmentación de la atención por el esquema de aseguramiento que dificulta la integralidad y la continuidad de la atención en salud.		
5	Giro directo incompleto según el porcentaje pactado en la norma vigente.		
6	Cierre de unidades de negocio por el no pago.		
7	Dificultad para lograr la ampliación de los servicios proyectados en la visión institucional.		
8	Capacidad instalada de las IPS de la región para dar respuesta apropiada, a usuarios contagiados por el Coronavirus COVID 19, en términos de oportunidad, seguridad, calidad y humanización.		
9	Nuevos virus o enfermedades que pueden desencadenar brotes, epidemias o pandemias, y que ponen en riesgo la capacidad instalada de las IPS, y la capacidad de respuesta del sistema sanitario del país.		
10	Inoportunidad en los pagos al talento humano de la institución.		
11	Grandes competidores con tarifas muy bajas en la región.		

9. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Para la definición de los objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo 2020 – 2023 “Porque Ya! Somos los Mejores” de la E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, en los que se pretende der alcance a los propósitos institucionales en relación al cumplimiento de su plataforma estratégica, reconociendo la importancia de incluir acciones que permitan abordar integralmente los escenarios de respuesta a emergencias, desastres y eventos de interés en salud pública (incluyendo los eventos reemergentes y los eventos nuevos). A continuación, se ilustran los siguientes ejes desde donde se desagregarán los respectivos objetivos:

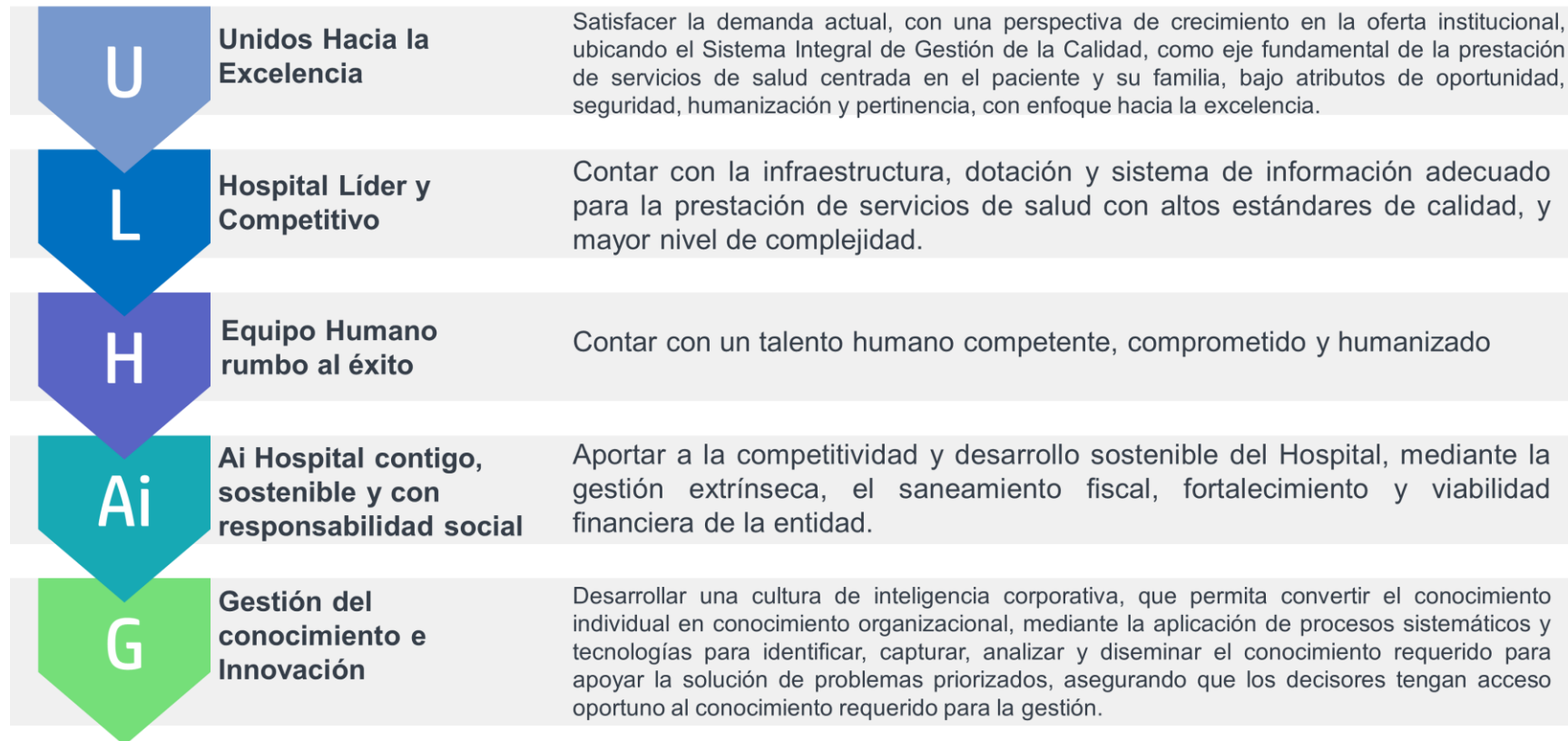
Grafico 66 – Estratégicos Plan de Desarrollo 2020 – 2023



Fuente: Planeación - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

A continuación, se mencionan los objetivos meta deseados con el cumplimiento de la implementación de las estrategias mencionadas:

Grafico 67 – Objetivos Estratégicos Plan de Desarrollo 2020 – 2023



Fuente: Planeación - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá

9.1. LINEAS ESTRATEGICAS

Cada estrategia, cuenta con una serie de Programas y subprogramas, a mencionar:



Fuente: Planeación - Elaboración Propia de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa

9.2. METAS E INDICADORES DEL PLAN DE DESARROLLO

9.2.1. EJE 1: UNIDOS HACIA LA EXCELENCIA

9.2.1.1. PROGRAMA 1: SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL.

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

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.1.1.1 Autoevaluación al cumplimiento de los requisitos del Sistema Único de Habilitación	Verificar la habilitación de los servicios de salud prestados	Mantenimiento	100%	100%	Calidad
	Reportar al SIHO los resultados de la autoevaluación	Mantenimiento	1	1	Calidad
9.2.1.1.2 Auditoria para el mejoramiento de la Calidad en Salud - PAMEC	Mantener por encima del 90% el cumplimiento de la programación de seguimiento al programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC	Mantenimiento	90.3%	90%	Calidad
	Formular PAMEC cada vigencia	Mantenimiento	1	1	Calidad
9.2.1.1.3 Autoevaluación de estándares del Sistema único de Acreditación	Realizar autoevaluación anual de los estándares del Sistema único de Acreditación en Salud, Resol 0123 de 2012	Mantenimiento	1	1	Calidad
	Priorizar los procesos a intervenir	Mantenimiento	1	1	Calidad
	Formular acciones de mejora	Incremento	75%	80%	Calidad
	Lograr la aprobación por Icontec del Sistema Único de Acreditación	Incremento	0	1	Todos los procesos
9.2.1.1.4 Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG	Elaborar evaluación de autocontrol y de gestión	Mantenimiento	1	1	Control Interno
	Formular planes de mejora institucional, por proceso e individual	Mantenimiento	1	1	Control Interno
	Realizar seguimiento a las acciones de mejora institucional, por proceso e individual	Incremento	70%	80%	Control Interno

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.1.1.5 Sistema de información para la Calidad	Lograr el sostenimiento de la certificación del Sistema de Gestión de Calidad	Mantenimiento	1	1	Calidad
	Medir periódicamente los indicadores formulados para el Hospital	Mantenimiento	100%	100%	Calidad
9.2.1.1.6 Sistema de Gestión Integrado	Auditoria una otorgamiento de certificación del Sistema de Gestión de Calidad Institucional	Mantenimiento	1	1	Calidad, Icontec
9.2.1.1.7 Seguridad del Paciente	Realizar comités mensuales de Seguridad del paciente para el reporte y análisis de eventos adversos	Mantenimiento	12	12	Seguridad del Paciente, Calidad

EJE 1: UNIDOS HACIA LA EXCELENCIA

9.2.1.2. PROGRAMA 2: COMPLEJO HOSPITALARIO.

Objetivo: Construir relaciones mutuamente beneficiosas con entidades públicas y privadas.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.1.2.1 Formulación de alianzas estratégicas y alianzas público privadas	Formulación de nuevas alianzas estratégicas para los servicios asistenciales	Incremento	3	4	Gerencia, Subgerencia científica
	Formular alianzas estratégicas para la construcción de la nueva sede del Hospital	Incremento	0	1	Gerencia
9.2.1.2.2 Ejecución de alianzas estratégicas y alianzas público privadas	Ejecutar alianza estratégica para nuevos servicios de salud en el Hospital	Incremento	3	4	Gerencia, Subgerencia científica
	Iniciar alianza estratégica para la construcción de la nueva sede del hospital	Incremento	0	1	Gerencia, Jurídica

EJE 1: UNIDOS HACIA LA EXCELENCIA

9.2.1.3. PROGRAMA 3: SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD

Objetivo: Mejoramiento de los servicios de mediana y alta complejidad orientados a la satisfacción del usuario.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.1.3.1 Urgencias	Prestar los servicios de acuerdo al nivel de complejidad que ofrece la ESE bajo la clasificación del triage	Mantenimiento	1	1	Urgencias
	Contratación de un médico auditor	Incremento	1	2	Talento Humano y Gerencia
	Ampliar la capacidad de respuesta en el servicio, desde el espacio físico, tecnología y equipo humano	Incremento	40%	100%	Mantenimiento, Compras, Presupuesto
	Contar con un área de expansión para la atención de usuarios por Emergencias, desastres y eventos de interés en salud pública (incluyendo los eventos reemergentes y nuevos)	Incremento	0	1	Gerencia, Subgerencia Científica, Mantenimiento, Financiera
	Mantener el servicio de traumatología en urgencias	Mantenimiento	1	1	Subgerencia Científica
9.2.1.3.2 Hospitalización	Mejoramiento de las habilidades y capacidades del 100% personal misional, mediante formación continua	Incremento	50%	100%	Talento Humano, subgerencia científica
	Actualización permanente de protocolos del área	Mantenimiento	100%	100%	Coordinador enfermería
	Contar con los Equipos biomédicos necesarios para la prestación del servicio	Incremento	1	1	Gerencia, Compras, Coordinador área

9.2.1.3.2 Hospitalización	Contar con un área de expansión para la atención de usuarios por Emergencias, desastres y eventos de interés en salud pública (incluyendo los eventos reemergentes y nuevos)	Incremento	0	1	Gerencia, Subgerencia Científica, Mantenimiento, Financiera
	Adecuación oportuna de las condiciones físicas del servicio	Mantenimiento	100%	100%	Mantenimiento
9.2.1.3.3 Laboratorio Clínico	Contar con los equipos biomédicos propios del área	Incremento	0	1	Coordinador área
	Mejoramiento de las habilidades y capacidades del 100% personal misional, mediante formación continua	Incremento	50%	100%	Talento Humano, subgerencia científica

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.1.3.4 Servicios especiales de Cirugías	Actualización permanente de protocolos y guías	Mantenimiento	100%	100%	Coordinador enfermería
	Contar con los Equipos biomédicos y mobiliarios necesarios para la prestación del servicio	Incremento	1	1	Gerencia, Compras, Coordinador área
	Mejoramiento de las habilidades y capacidades del 100% personal misional, mediante formación continua	Incremento	50%	100%	Talento Humano, subgerencia científica
	Adecuación oportuna de las condiciones físicas del servicio	Mantenimiento	100%	100%	Mantenimiento y Coordinador área
9.2.1.3.5 Eficiencia de servicios diagnósticos y terapéuticos	Aumentar la capacidad instalada los servicios diagnósticos y terapéuticos	Incremento	50%	70%	Talento Humano, subgerencia científica, Compras
9.2.1.3.6 Unidad de salud Mental	Adecuación, dotación y apertura de la unidad de salud mental	Incremento	0	1	Mantenimiento
	Contratación del personal idóneo para la unidad de salud mental	Mantenimiento	1	1	Talento Humano, Subgerencia científica
	Contar con un Modelo de atención de salud mental y convivencia social implementado	Incremento	0	1	Calidad, Coordinador área, subgerencia científica
	Implementar modelos de atención psicosocial y salud mental a víctimas de la violencia	Incremento	0	1	Calidad, Coordinador área, subgerencia científica
	Trámite administrativo de habilitación del servicio de salud mental	Incremento	0	1	Calidad

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.1.3.7 Unidad de cuidados intensivos UCI	Contratación del personal idóneo para abrir el servicio de UCI Neonatal	Incremento	80%	100%	Talento Humano
	Adecuación, dotación del servicio	Mantenimiento	1	1	Mantenimiento, compras
	Contar con un área de expansión para la atención de usuarios por Emergencias, desastres y eventos de interés en salud pública (incluyendo los eventos reemergentes y nuevos)	Incremento	0	1	Gerencia, Subgerencia Científica, Mantenimiento, Financiera
	Cumplir con los estándares de habilitación del área	Mantenimiento	1	1	Calidad, Coordinador del área
9.2.1.3.8 Rehabilitación	Dotación equipos y mobiliario al servicio	Incremento	0	1	Compras
	Adecuaciones locativas	Incremento	50%	100%	Mantenimiento
	Adecuación oportuna de las condiciones físicas del área de terapia Respiratoria	Incremento	50%	100%	Mantenimiento
	Reestructuración locativa del servicio de fonoaudiología	Incremento	50%	100%	Mantenimiento
9.2.1.3.9 Consulta Externa	Dotación equipos y mobiliario al servicio	Incremento	0	1	Compras
	Adecuaciones locativas	Incremento	50%	100%	Mantenimiento
	Mejoramiento de las habilidades y capacidades del 100% personal misional, mediante formación continua	Incremento	50%	100%	Talento Humano, subgerencia científica
	Mejorar la oportunidad en la asignación de citas	Reducción		Base indicador nacional	Consulta externa y Coordinación médica
	Mantener el Programa de Salud Familiar y Comunitaria	Mantenimiento	1	1	Subproceso Gecoi
	Ampliar el Programa PAI en vacunación	Aumento	Esquema de vacunación regular	Esquema de Vacunación COVID	Coordinación Consulta Externa

	Contar con un protocolo de bioseguridad para el control de usuarios y visitantes para controlar el riesgo biológico	Incremento	0	1	Calidad, Coordinación médica
9.2.1.3.10 Salud Familiar y Comunitaria	Conducir la implementación del modelo de atención institucional, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)	Incremento	0	1	Subproceso de Salud Familiar y Comunitaria
	Desarrollar, al menos, dos proyectos de coordinación intersectorial y comunitaria por año	Incremento	0	2	Subproceso de Salud Familiar y Comunitaria
	Realizar las acciones de su competencia, establecidas en el artículo 100 de la ley 1438 de 2011, con la finalidad de lograr el reconocimiento como hospital universitario	Incremento	0	1	Subproceso de Salud Familiar y Comunitaria
	Contribuir a la gestión del conocimiento e innovación con los productos de los proyectos de coordinación intersectorial/comunitario	Incremento	0	1	Subproceso de Salud Familiar y Comunitaria
9.2.1.3.11 Atención Integral Centrada en el Usuario	Atención psicosocial oportuna a los diferentes grupos poblacionales	Mantenimiento	1	1	Equipo Psicosocial Y de Trabajo Social
	Desarrollo de actividades de Prevención y Mantenimiento de la salud (PYM) institucionales	Mantenimiento	1	1	Personal Asistencial de la ESE
	Atención centrada en el paciente, familia y comunidad	Mantenimiento	1	1	Personal Asistencial de la ESE Equipo GECOI

EJE 1: UNIDOS HACIA LA EXCELENCIA

9.2.1.4. PROGRAMA 4: TELESALUD

Objetivo: 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.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.1.4.1 Telesalud	Formulación del programa de Telesalud	Incremento	0	1	Subgerencia científica, Coordinador enfermería, medico
	Ejecución del Programa de Telesalud	Incremento	0	1	Subgerencia científica, Coordinador enfermería, medico

9.2.2. EJE 2: HOSPITAL LIDER Y COMPETITIVO

9.2.2.1. PROGRAMA 1: SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

Objetivo: Mejorar la calidad de la información, su acceso y su integración en la Institución.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.2.1.1 Depuración de Historias Clínicas, información y conservación	Valoración del fondo acumulado para depurar del archivo de Historias clínicas del Hospital, según tiempos establecidos y la normatividad de retención documental	Incremento	30%	50%	Coordinador de archivo central
	Crear un Comité Estadístico con la finalidad de aunar esfuerzos en la elaboración de informes sectoriales	Incremento	0	1	Subgerencia administrativa, coordinador área estadística

EJE 2: HOSPITAL LIDER Y COMPETITIVO

9.2.2.2. PROGRAMA 2: PLANIFICACIÓN HOSPITALARIA

Objetivo: Fortalecer los equipos de trabajo con técnicas y herramientas propias de la administración pública.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.2.2.1 Estandarización de la metodología de planificación del Hospital	Documentar los procedimientos para la formulación, seguimiento, control y evaluación de los planes institucionales	Mantenimiento	100%	100%	Calidad
	Tramitar el 100% de investigaciones disciplinarias en el cuatrienio	Incremento	0%	100%	Control Interno Disciplinario
	Realizar 3 auditorías anuales internas con enfoque basado en riesgos en la administración	Incremento	2	3	Planeación
	Gestionar el 100 % los planes de mejoramiento	Mantenimiento	100%	100%	Planeación y Calidad
	Mantener una infraestructura tecnológica, servidores en la nube, equipos y dispositivos	Mantenimiento	1	1	Sistemas de información
9.2.2.2.2 Seguimiento, control y evaluación de los Planes institucionales	Elaborar informes de seguimiento, control y evaluación de los Planes Institucionales	Mantenimiento	100%	100%	Calidad
	Ejecutar en 80% los planes de acción en el año	Incremento	50%	80%	Calidad
9.2.2.2.3 Banco de Proyectos Institucional	Formular un Proyecto para la construcción y adecuación de infraestructura de un Nuevo Hospital	Incremento	0	1	Planeación
	Formular 10 proyectos estratégicos para su estructuración y ejecución para el desarrollo del Hospital	Incremento	3	10	Planeación

EJE 2: HOSPITAL LIDER Y COMPETITIVO

9.2.2.3. PROGRAMA 3: TRANSPARENCIA

Objetivo: Conservar todas las actuaciones administrativas, manejo de recursos y prestación de servicios del HDTUU, manteniendo el principio de legalidad y transparencia.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.2.3.1	Seguimiento al programa anticorrupción	Mantenimiento	100%	100%	Control Interno
Lucha Anticorrupción	Reporte oportuno de las actividades de Sarlaft (Mensual)	Mantenimiento	12	12	Subgerencia Administrativa
9.2.2.3.2	Crear e implementar el sistema de comunicación informativo y organizacional de la entidad, que facilite la interlocución y visibilidad de la gestión	Mantenimiento	1	1	Planeación y Gerencia
Rendición de cuentas a la comunidad	Mantener la satisfacción del cliente en la prestación de los servicios	Mantenimiento	95%	95%	SIAU

EJE 2: HOSPITAL LIDER Y COMPETITIVO

9.2.2.4. PROGRAMA 4: AMBIENTAL

Objetivo: Promover una cultura ambiental institucional en torno del reciclaje, la conservación de los recursos ambientales y políticas de cambio climático.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.2.4.1 Gestión ambiental	Mantener en buen estado los vertimientos de aguas residuales	Mantenimiento	100%	100%	Mantenimiento
	Mantener en óptimas condiciones al tanque de almacenamiento de aguas	Mantenimiento	100%	100%	Mantenimiento
	Mantener los arboles podados	Mantenimiento	100%	100%	Mantenimiento
	Ejecución y seguimiento el programa de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Otros - PGIRASA	Mantenimiento	1	1	Recursos físicos
9.2.2.4.2 Emergencias y desastres	Realizar actividades de simulacro	Mantenimiento	2	2	Subgerencia científico
	Mantener dotada la brigada de emergencias	Mantenimiento	100%	100%	Inventarios, Subgerencia científica
	Diseñar e implementar un Plan de atención para emergencias, desastres y eventos de interés en salud pública	Incremento	0	1	Comité de Emergencias y desastres

EJE 2: HOSPITAL LIDER Y COMPETITIVO

9.2.2.5. PROGRAMA 5: AUDITORIA CLINICA

Objetivo: Procesar sistemáticamente la verificación de actividades previamente definidas y estandarizadas mediante la utilización de técnicas especializadas ajustadas a normas generalmente aceptadas.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.2.5.1 Auditoria Concurrente	Evaluación sistemática, continua e integral de la asistencia en los servicios	Incremento	50%	80%	Auditoria
9.2.2.5.2 Auditoria médica	Revisión y evaluación sistémica de la calidad de la prestación de los servicios de salud, verificando la pertinencia médica, adherencia a guías y calidad en la HC	Incremento	70%	90%	Auditor médico

EJE 2: HOSPITAL LIDER Y COMPETITIVO

9.2.2.6. PROGRAMA 6: INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS FIJOS

Objetivo: 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.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.2.6.1 Infraestructura física y Mobiliario	Cumplimiento en la ejecución de proyectos de infraestructura física	Mantenimiento	100%	100%	Recursos Físicos
9.2.2.6.2 Planos Hospitalarios	Contar con planos arquitectónicos del Hospital	Mantenimiento	100%	100%	Recursos Físicos
9.2.2.6.3 Equipos Fijos y de Infraestructura	Ejecución del Plan de mantenimiento Institucional en cada vigencia	Mantenimiento	100%	100%	Mantenimiento
9.2.2.6.4 Gestión Documental de Infraestructura	Documentación de reordenamiento físico funcional y reforzamiento estructural del Hospital	Mantenimiento	100%	100%	Recursos Físicos

EJE 2: HOSPITAL LIDER Y COMPETITIVO

9.2.2.7. PROGRAMA 7: EQUIPOS BIOMEDICOS

Objetivo: Garantizar el funcionamiento adecuado y la dotación de los equipos biomédicos y eléctricos del HDTUU.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.2.7.1 Fortalecimiento del Plan de Mantenimiento	Ejecución del Plan de mantenimiento de los equipos Biomédicos	Mantenimiento	100%	100%	Mantenimiento
	Cumplimiento al 100% de las solicitudes al área	Mantenimiento	100%	100%	Recursos Físicos
9.2.2.7.2 Modernización tecnológica de equipos biomédicos	Conocimiento de las necesidades de las áreas en Equipos Biomédicos para la prestación del servicio	Mantenimiento	100%	100%	Recursos Físicos, biomédica
	Priorización de necesidades para inversión	Mantenimiento	100%	100%	Recursos Físicos, biomédica

EJE 2: HOSPITAL LIDER Y COMPETITIVO

9.2.2.8. PROGRAMA 8: INFORMÁTICA

Objetivo: Mejorar los procesos de generación, mantenimiento y conservación de la información producida por el Hospital en la atención de los usuarios.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.2.8.1 Infraestructura tecnológica	Ejecución del 100% del Plan de Mantenimiento de equipos informáticos	Mantenimiento	100%	100%	Coordinador área
	Actualización del Plan de Adquisiciones, renovación y reposición de equipos - Semestralmente	Mantenimiento	2	2	Coordinador de todos los proceso, Coordinador Sistemas
9.2.2.8.2 Software Administrativo	Soporte al software integrado de Historia Clínica digital	Mantenimiento	100%	100%	Coordinador de sistemas
	Implementar el Software Daruma en todos los procesos de la Institución	Incremento	0	1	Calidad y Sistemas
	Realizar soporte al Software de Synergia Costos	Mantenimiento	1	1	Financiero y Sistemas
	Realizar soporte al Software BI Saga	Mantenimiento	1	1	Líderes de proceso s
	Implementar un Software para el manejo de Ventanilla única	Incremento	0	1	Ventanilla única y Sistemas
	Capacitación del Software de HC Digital al 100% del personal	Mantenimiento	100%	100%	Proceso de sistemas
9.2.2.8.3 Infraestructura Informática	Asistencia técnica al 100% al personal del Hospital	Mantenimiento	100%	100%	Proceso de sistemas
	Actualización de herramientas informáticas y equipos de computo	Mantenimiento	100%	100%	Proceso de sistemas

9.2.3. EJE 3: EQUIPO HUMANO RUMBO AL ÉXITO

9.2.3.1. PROGRAMA 1: TALENTO HUMANO

Objetivo: Lograr la optimización y cualificación del talento humano, en función de la calidad de los servicios ofertados.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.3.1.1 Bienestar Social e incentivos	Actualizar el Plan de Bienestar social e incentivos	Incremento	0	1	Talento Humano
	Formular el Plan institucional de Capacitación	Incremento	0	1	Talento Humano
	Capacitar el 100% de colaboradores conforme al plan institucional de formación y capacitación	Incremento	0	100%	Gerencia y Talento Humano
9.2.3.1.2 Gestión de Cultura organizacional	Aplicar encuestas para la medición de la cultura organizacional	Mantenimiento	100%	100%	Talento Humano
	Aplicar encuestas para la medición de la satisfacción del clima laboral	Mantenimiento	100%	100%	Talento Humano
	Implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG	Incremento	0	1	Talento Humano
	Elaborar y Ejecutar el Plan de Gestión de Riesgos	Mantenimiento	1	1	Planeación
	Elaborar el Plan de mejora del clima organizacional	Incremento	0	1	Talento Humano
9.2.3.1.3 Humanización y sensibilización	Ampliar la formación continua en sensibilización en Humanización al 100% del personal	Incremento	50%	100%	Grupo de humanización
	Capacitar al 100% del personal en el programa y política de atención humanizada	Incremento	50%	100%	Grupo de humanización
9.2.3.1.4 Nomina	Utilizar del módulo “MCH Sistematizando” de nómina en un 100%	Mantenimiento	100%	100%	Talento Humano
	Crear la política de Gestión del Talento Humano dentro de la implementación de MIPG	Incremento	0	1	Talento Humano

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.3.1.5 Inducción y reinducción	Fortalecer el proceso de inducción al personal que ingresa al hospital	Mantenimiento	100%	100%	Talento Humano
	Implementar jornada de reinducción al personal	Mantenimiento	1	1	Talento Humano
	Cumplir con el Programa de inducción y reinducción	Mantenimiento	100%	100%	Talento Humano
9.2.3.1.6 Vinculación y evaluación del desempeño laboral	Evaluar a los funcionarios de planta	Mantenimiento	100%	100%	Talento Humano y funcionarios evaluadores
	Brindar un taller de capacitación a los funcionarios evaluadores	Mantenimiento	1	1	Talento Humano

EJE 3: EQUIPO HUMANO RUMBO AL ÉXITO

9.2.3.2. PROGRAMA 2: SIN RIESGO LABORAL

Objetivo: Reducir la intensidad y severidad de lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.3.2.1 Sistema de gestión seguridad y salud en el trabajo	Elaborar y Ejecutar el Plan de Gestión de Riesgos	Mantenimiento	0	1	Seguridad y salud en el trabajo
	Ejecutar el Plan de seguridad y salud en el trabajo	Mantenimiento	80%	80%	Seguridad y salud en el trabajo
	Capacitar para orientar el diagnóstico de la enfermedad laboral y mejorar los registros de los eventos	Incremento	50%	80%	Seguridad y salud en el trabajo
	Mantener por debajo de 3 la tasa de accidentes calificados como laborales por cada 100 trabajadores, durante el cuatrienio.	Reducción	4	3	Seguridad y salud en el trabajo
9.2.3.2.2 Bioseguridad	Capacitar al 100% del personal en el manual de Bioseguridad	Incremento	60%	100%	Coordinador Bioseguridad
	Proporcionar elementos de Bioseguridad al 100% de los colaboradores	Mantenimiento	100%	100%	Compras, SGSST
	Controlar el riesgo biológico en la institución, por medio de un tamizaje del 100% a los colaboradores	Incremento	0%	100%	Gerencia y Laboratorio Clínico
	Realizar acciones de mejora de acuerdo a resultados del tamizaje realizado	Incremento	0	1	Gerencia y subgerencia científica

9.2.4. EJE 4: AIHOSPITAL CONTIGO, SOSTENIBLE Y CON RESPONSABILIDAD SOCIAL

9.2.4.1. PROGRAMA 1: PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO

Objetivo: Lograr la normalización en la operación interna del Hospital, garantizando la provisión oportuna de insumos y medicamentos y el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.4.1.1 Recuperación de cartera	Seguir el proceso de saneamiento de la cartera en salud	Mantenimiento	0	1	Coordinador Financiero
	Contar con las Políticas de cartera actualizadas	Mantenimiento	1	1	Coordinador Financiero
	Conciliación con las entidades responsables de pago (ERP) para confrontar cifras y definición de saldos	Incremento	70%	100%	Coordinador Financiero
9.2.4.1.2 Automatización de la Información Financiera y Fiscal	Contar con un software adecuado para el manejo de la información financiera	Mantenimiento	1	1	Coordinador financiero y de sistemas
	Capacitación a los usuarios de los diferentes módulos del Software para su óptimo funcionamiento	Mantenimiento	100%	100%	Coordinación Financiera y de Sistemas
	Actualización de los procesos y procedimientos de la Coordinación financiera	Mantenimiento	5	5	Coordinación Financiera
	Cronograma de actividades de la gestión financiera que permita el cierre oportuno de los estados financieros	Mantenimiento	100%	100%	Coordinación Financiera

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.4.1.3 Saneamiento Fiscal y Financiero	Mantener el equilibrio financiero de la ESE entre sus ingresos, gastos y la deuda pública	Mantenimiento	1	1	Coordinación Financiera
	Actualizar el 100% de los registros del personal activo, retirado, jubilado y beneficiarios de pensión en las bases de datos de la herramienta PASIVOCOL para la obtención del cálculo actuarial	Mantenimiento	100%	100%	Coordinador Financiero, Talento Humano y Jurídica

EJE 4: AIHOSPITAL CONTIGO, SOSTENIBLE Y CON RESPONSABILIDAD SOCIAL

9.2.4.2. PROGRAMA 2: SUMINISTROS, MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS

Objetivo: Lograr la optimización, disponibilidad y control de suministros, medicamentos y material médico quirúrgico en la Institución.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.4.2.1 Plan y Política Institucional de Compras	Contar con un Plan de compras en cada vigencia aterrizado a las necesidades de los procesos	Mantenimiento	1	1	Financiero y Compras
	Seguimiento y ajustes al Plan de Compras	Mantenimiento	1	1	Financiero y Compras
	Realizar Comité de compras tres veces por año	Mantenimiento	3	3	Financiero y Compras

EJE 4: AIHOSPITAL CONTIGO, SOSTENIBLE Y CON RESPONSABILIDAD SOCIAL

9.2.4.3. PROGRAMA 3: MERCADEO Y COMUNICACIONES

Objetivo: Formalizar los mecanismos, estrategias y canales de comunicación que utiliza la institución para la difusión asertiva de la información y fortalecer la identidad.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.4.3.1 Implementación del Plan Institucional de Mercadeo	Actualizar el Plan institucional de Mercadeo	Mantenimiento	1	1	Coordinación de Comunicación
	Seguimiento al Plan Institucional de Mercadeo	Mantenimiento	1	1	Coordinación de Comunicación
9.2.4.3.2 Gestión del Plan de Comunicaciones e imagen	Realizar y ejecutar el Plan de Comunicaciones e imagen institucional	Incremento	0	1	Coordinación de Comunicación

EJE 4: AiHOSPITAL CONTIGO, SOSTENIBLE Y CON RESPONSABILIDAD SOCIAL

9.2.4.4. PROGRAMA 4: PROCESOS JURÍDICOS

Objetivo: 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.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.4.4.1 Contratación y convenios	Publicación de los contratos en el SECOP I	Mantenimiento	100%	100%	Jurídica
	Proyectar los contratos cuyo estudios previos hayan sido aprobados por gerencia	Mantenimiento	100%	100%	Jurídica
	Proyectar la liquidación bilateral o unilateral de los contratos terminados	Mantenimiento	100%	100%	Jurídica
9.2.4.4.2 Conceptos y asesoría Jurídica	Realizar el control de la legalidad de los documentos que los requieran	Mantenimiento	100%	100%	Jurídica
	Asesor al Gerente y demás dependencias del Hospital en asuntos legales	Mantenimiento	100%	100%	Jurídica
	Ejercer la Defensa Judicial del Hospital dentro de los términos legales	Incremento	80%	100%	Jurídica

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.4.4.3 Defensa Judicial	Responder de manera oportuna los derechos de petición	Incremento	95%	100%	Jurídica
	Dar respuesta oportuna a las acciones de tutela	Mantenimiento	100%	100%	Jurídica
	Actualizar y mantener el maestro de contratación al 100%	Mantenimiento	100%	100%	Jurídica
	Seguimiento al 100% a los procesos judiciales	Mantenimiento	100%	100%	Jurídica

EJE 4: AIHOSPITAL CONTIGO, SOSTENIBLE Y CON RESPONSABILIDAD SOCIAL

9.2.4.5. PROGRAMA 5: FACTURACIÓN

Objetivo: Optimizar el proceso de facturación para disminuir el porcentaje de glosas levantadas al Hospital.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.4.5.1 Auditoría de cuentas	Capacitar en facturación y auditoría de cuentas al 100% el personal del área	Mantenimiento	100%	100%	Coordinador del área
	Contar con un área de auditoría médica para el apoyo del área de auditoría de cuentas medicas	Incremento	1	2	Subgerencia Científica y coordinador del área
	Disminuir el porcentaje de glosas	Reducción	10%	3%	Coordinador del área
9.2.4.5.2 Facturación y radicación de facturas	Realizar control de inventarios de facturas	Mantenimiento	100%	100%	Coordinador del área

EJE 4: AIHOSPITAL CONTIGO, SOSTENIBLE Y CON RESPONSABILIDAD SOCIAL

9.2.4.1. PROGRAMA 6: RESPONSABILIDAD SOCIAL

Objetivo: Garantizar la Responsabilidad Social a través de la gestión de la E.S.E. Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá, en fortalecimiento de sus acciones enmarcando la relación entre la institución y sus colaboradores, protegiendo los recursos naturales en que se sustentan los procesos y asegurando los derechos de la comunidad y las futuras generaciones a un ambiente sano.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.4.6.1 Compromiso con los colaboradores y sus familias	Ofrecer acondicionamiento físico de colaboradores en el gimnasio institucional.	Mantenimiento	100%	100%	Gerencia
	Garantizar tarifas especiales a familiares en primer grado de consanguinidad.	Incremento	0	1	Gerencia
	Ofrecer almuerzos a funcionarios misionales en tiempos de pandemia	Incremento	0	1	Gerencia
	Realizar acompañamiento a familiares derivado de la pérdida de la salud	Incremento	0	100%	Coordinador del área
9.2.4.6.2 Relaciones mutuamente beneficiosas con la comunidad afectada directa o indirectamente.	Construcción de espacios colaborativos a las instituciones que deseen implementar sistema obligatorio de garantía de la calidad.	Incremento	0	100%	Gerencia Calidad y Planeación
	Realizar Donaciones de muebles y enseres que se han dado de baja desde el proceso de activos fijos.	Incremento	0	100%	Gerencia Mantenimiento
	Realizar 8 Programas de la Casa Rosa	Mantenimiento	100%	100%	Coordinador del área

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.4.6.3 Cuidado y compromiso con el medio ambiente.	Contar con una Política de Gestión Ambiental	Incremento	0	1	Coordinador de proceso
	Implementar acciones de racionalización de servicios públicos	Incremento	0	1	Coordinador de proceso
	Sembrar de plántulas en la ESE	Incremento	0	1	Coordinador de proceso
	Realizar 2 convenios con entidades que estén a favor de la protección del medio ambiente	Incremento	0	2	Coordinador de proceso
	Realizar capacitación al 100% del personal sobre el manejo adecuado de residuos sólidos	Incremento	0%	100%	Coordinador de proceso
	Realizar reciclaje y transformación de elementos generados por el Hospital	Incremento	0	1	Coordinador de proceso

9.2.5. EJE 5: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN

9.2.5.1. PROGRAMA 1: CULTURA INSTITUCIONAL DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Objetivo: Promover la creación de una cultura institucional basada en la gestión de la información, basada en las mejores evidencias disponibles.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.5.1.1 Desarrollo de la cultura de gestión basada en la información	Promover la producción, apropiación y uso del conocimiento	Incremento	0	1	Subproceso GECOI
	Apoyar la formulación de propuestas innovadoras	Incremento	0	1	Subproceso GECOI
	Monitorear y evaluar el 100% de los resultados de las propuestas innovadoras implementadas	Incremento	0	1	Subproceso GECOI
	Realizar las acciones de su competencia, establecidas en el artículo 100 de la ley 1438 de 2011, con la finalidad de lograr el reconocimiento como hospital universitario	Incremento	0	1	Subproceso GECOI

9.2.5.2. PROGRAMA 2: EDUCACIÓN SUPERIOR

Objetivo: Fortalecer la responsabilidad social institucional, mediante la ejecución de programas de formación del talento humano en salud, humanizada y con calidad, en la región.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.5.2.1 Ejecución de formación del talento humano en salud	Inducir al 100% de los estudiantes en prácticas formativas en le HDTUU, al inicio de su rotación	Mantenimiento	100%	100%	Subproceso Educación Superior
	Lograr satisfacción en el 95% de los estudiantes que realicen sus prácticas formativas en le HDTUU	Mantenimiento	95%	95%	Subproceso Educación Superior
	Realizar las acciones de su competencia, establecidas en el artículo 100 de la ley 1438 de 2011, con la finalidad de lograr el reconocimiento como hospital universitario, en especial en lo que concierne con los numerales 100.2, 100.3, 100.4 y 100.7, contemplados en el artículo # 100 de esta Ley	Incremento	0	3	Subproceso Educación Superior
	Contribuir a la gestión del conocimiento e innovación, a partir de los productos de los Convenios vigentes	Incremento	0	1	Subproceso Educación Superior

9.2.5.3. PROGRAMA 3: PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo: Crear las condiciones científicas necesarias para el desarrollo de la capacidad tecnológica, la competitividad, el emprendimiento institucional para el desarrollo de la innovación que promueva el mejoramiento continuo de la salud y calidad de vida, de los habitantes de la región.

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.5.3.1 Promoción de la Investigación en salud, medicina y sociedad. (SAMESO)	Fortalecer la cooperación técnica mediante el desarrollo de alianzas estratégicas para la ejecución de proyectos de investigación conjuntos	Incremento	0	1	Subproceso de Fomento de la Investigación
	Supervisar la correcta ejecución de lo pactado en el protocolo de investigación, aprobado por el Comité de Ética de la Investigación en seres Humanos y animales	Mantenimiento	100%	100%	Subproceso de Fomento de la Investigación
	Realizar las acciones de su competencia, establecidas en el artículo 100 de la ley 1438 de 2011, con la finalidad de lograr el reconocimiento como hospital universitario, en especial en lo que concierne con los numerales 100.3, 100.5 y 100.6, contemplados en el artículo # 100 de esta Ley	Incremento	0	1	Subproceso de Fomento de la Investigación
	Contribuir a la gestión del conocimiento e innovación a partir de los proyectos de investigación ejecutados	Incremento	0	1	Subproceso de Fomento de la Investigación

9.2.5.4. PROGRAMA 5: EPIDEMIOLOGIA

Objetivo: Producir el conocimiento epidemiológico necesario para la planeación, ejecución y evaluación de las acciones de prevención y control, orientadas hacia la mitigación o control de los riesgos asociados con la ocurrencia de eventos de interés en salud pública (E.I.S.P.).

Metas de resultado

Subprograma	Actividades	Tipo de meta	Línea Base	Meta	Proceso Responsable
9.2.5.5.1 Epidemiología	Gestión de la información epidemiológica de los EISP: desde la notificación hasta la interpretación del comportamiento de dicho evento en la comunidad	Incremento	40%	90%	Subproceso epidemiología
	Fortalecer los conocimientos en salud pública del talento humano propio y del cliente, interno y externo, orientados hacia la prevención y el control de los eventos de interés en salud pública.	Incremento	0	1	Subproceso epidemiología
	Contribuir a la gestión del conocimiento e innovación con los productos de los proyectos de coordinación intersectorial/comunitario	Incremento	0	1	Subproceso epidemiología

10. IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS

El plan de acción es una herramienta de planificación empleada para la gestión y control de tareas o proyectos en la E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá. Funciona como una hoja de ruta que establece la manera en que se organizará, orientará e implementará el conjunto de tareas necesarias para la consecución de objetivos y metas.

La finalidad del plan de acción, a partir de un marco de correcta planificación, es optimizar la gestión de proyectos, economizando tiempo y esfuerzo, y mejorando el rendimiento, para la consecución de los objetivos planteados.

Los **planes de acción** son muy útiles a la hora de coordinar y comprometer a un conjunto de personas, organizaciones o, incluso, naciones, a involucrarse y trabajar juntas con la finalidad de conseguir determinadas metas.

Características de un plan de acción

Todo **plan de acción** debe contener descritos y especificados los siguientes aspectos:

- **Análisis:** incluye un análisis de la situación y de las necesidades sobre las que se va a intervenir.
- **Objetivos:** define cuáles son las metas específicas que pretende alcanzar.
- **Actividades:** describe las acciones, tareas y estrategias que deben ser ejecutadas.
- **Responsabilidades:** asigna y distribuye tareas y responsabilidades.
- **Recursos:** determina los recursos que serán necesarios para su implementación, así como su distribución.
- **Plazos:** tiene una duración definida, es decir, un comienzo y un término.
- **Indicadores:** determina los indicadores de gestión que se usarán para el seguimiento y evaluación del proceso, así como para la toma de decisiones.
- **Ajustes:** debido a que es un trabajo que está en constante desarrollo y evolución, sobre la marcha del proceso se introducirán los cambios o correcciones que fuesen necesarios.

11. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

El seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo 2020 – 2023 “Porque ya somos los mejores” de la E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, permite a la alta dirección, verificar el progreso y alcance de los Objetivos estratégicos, Programas, Subprogramas y actividades a través de la consecución de sus objetivos.

El seguimiento y la evaluación del Plan de Desarrollo desde el plan indicativo, estará orientado a retroalimentar y fortalecer la implementación de acciones de mejora de forma sistemática. Los programas, subprogramas y actividades se medirán mediante indicadores desde el plan de acción correspondiente a cada vigencia, y tendrán controles trimestrales para lograr un consolidado al finalizar el periodo.

El seguimiento al Plan de Desarrollo es un proceso periódico de recolección y análisis de información que permite determinar el grado de avance de las metas propuestas para el cuatrienio 2020 – 2023; para ello se realizará un seguimiento anual basado en el monitoreo a la ejecución y los resultados de su ejecución mediante la matriz indicativa, que será presentada a la Junta Directiva, colaboradores y la comunidad en los respectivos escenarios de rendición de cuentas.

La evaluación al plan de desarrollo tiene un componente cualitativo y cuantitativo, para realizar la evaluación cuantitativa del Plan de Desarrollo, cada uno de los objetivos estratégicos tendrá la misma ponderación, y la sumatoria de porcentajes obtenidos determinará el resultado final de cumplimiento del Plan para cada vigencia.

El seguimiento al Plan de Desarrollo se realizará bajo la herramienta denominada: Plan Indicativo.

Felipe José Tinoco Zapata

Gerente

ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá

Anexos: Plan de Acción Año y Formato Seguimiento del Plan De Desarrollo

PLAN DE ACCIÓN AÑO

Objetivo Estratégico	Programa	Sub Programa	Actividades	Línea Base	Meta	Indicador	Ejecución Anual				Recursos	Monto	Responsable	Instituciones de Apoyo
							1 TRIM	2 TRIM	3 TRIM	4 TRIM				
					%									
					<									
					>									
					<=									
					>=									

**FORMATO SEGUIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO
PLAN INDICATIVO (METAS DEL PLAN DE DESARROLLO)**

Objetivo Estratégico	Programa	Sub Programa	Actividades	Línea Base	Meta	Indicador	Ejecución Anual				Ejecución Acumulada x Año	Responsable	Recursos	Monto	% Cumplimiento PD
							Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023					
					%										
					<										
					>										
					<=										
					>=										