

ACUERDO No. 022 DE 2017

Por el cual se aprueba el Plan estratégico y de Desarrollo del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. para la vigencia 2016-2027 y se deroga el acuerdo No. 012 de 2012, mediante el cual se aprobó el Plan de Estratégico y de Desarrollo del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. para la vigencia 2012-2016.

CONSIDERANDO:

Que es función del gerente como secretario ejecutivo de la Junta Directiva, presentar con la oportunidad requerida para su discusión y aprobación, los planes de desarrollo, programas y proyectos que se tracen en la empresa.

Que mediante el acuerdo No. 012 de 2012, la Junta Directiva aprobó el Plan de Estratégico y de Desarrollo del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. para la vigencia 2012-2016 y que este ya termino su período de ejecución.

Que el período de gestión del gerente comprende los años 2016 – 2019, por lo cual se hace necesario estructurar y aprobar un nuevo plan estratégico y de desarrollo, de acuerdo a las nuevas políticas gerenciales, al análisis interno y externo y a la situación financiera del Hospital.

Que los valores de los proyectos del Plan de Desarrollo y Estratégico son estimados, por lo cual deben ser ajustados y modificados de conformidad con el comportamiento financiero del Hospital y los lineamientos establecidos en los planes de Desarrollo Nacional, Departamental y Municipal.

ACUERDA:

ARTICULO PRIMERO.- Derogar el Acuerdo 012 del 2012 mediante el cual se aprobó el Plan estratégico y de Desarrollo del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. para la vigencia 2012-2016.



NUESTROS VALORES:
HONESTIDAD - RESPETO - PASIÓN - TRABAJO EN EQUIPO



ARTICULO SEGUNDO.- Aprobar el Plan estratégico y de Desarrollo del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. para la vigencia 2017-2026.

Parágrafo.- El Plan Estratégico y de Desarrollo modificado y aprobado mediante éste acuerdo, para el período 2016-2026, se encuentra en 59 folios y hace parte integral del mismo.

ARTICULO SEGUNDO.- El presente acuerdo rige a partir de su fecha de aprobación.

Cúmplase,

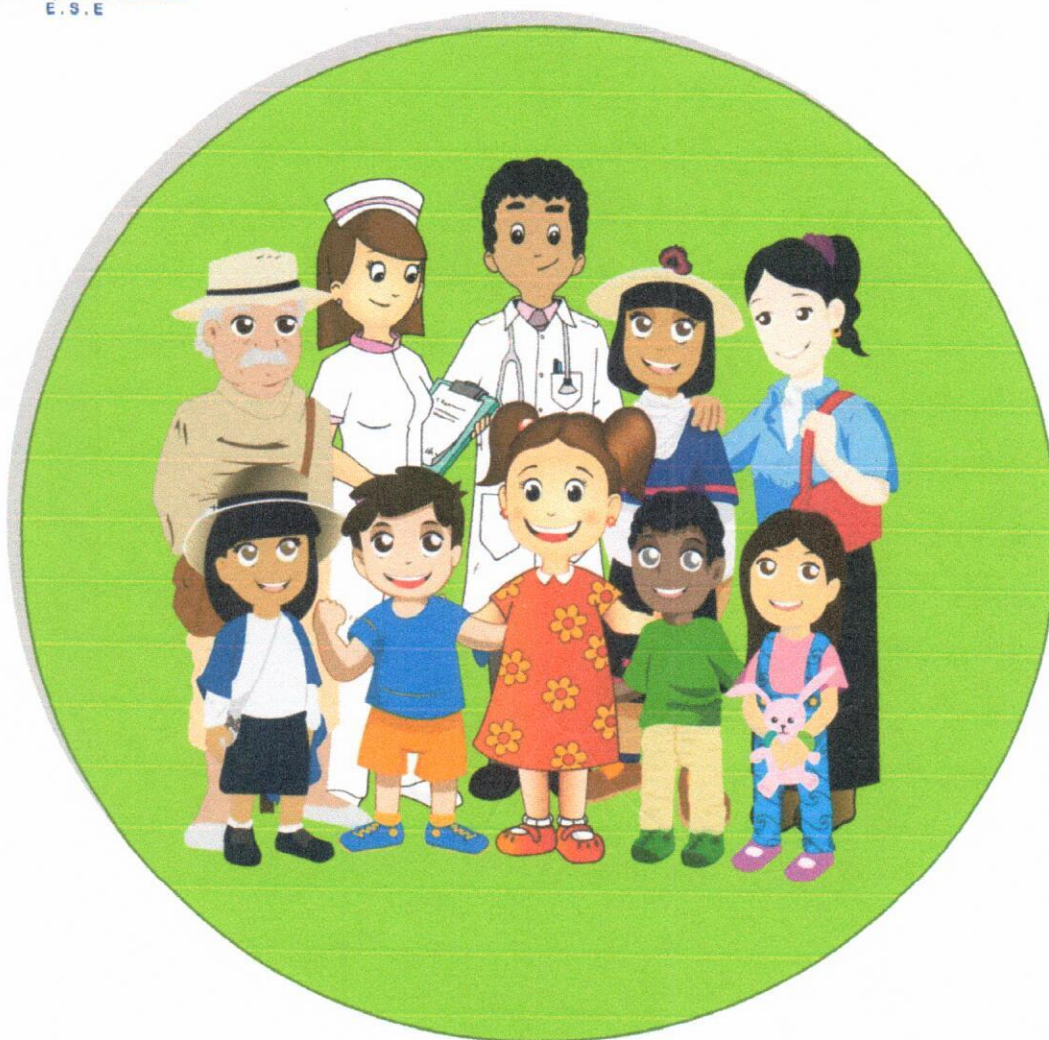
Dado en Popayán a los dieciséis (16) días del mes de Marzo de 2017.


PRESIDENTE


SECRETARIO



HOSPITAL
Susana López de Valencia
E. S. E



Caminamos juntos hacia la excelencia en un territorio de paz

**Plan estratégico y de desarrollo
Hospital Susana López de Valencia E.S.E
2017-2026**



1. PRESENTACION

El Hospital Susana López de Valencia es una institución con 70 años de historia, pasando de ser un sanatorio antituberculoso en 1947 a ser la única institución acreditada del Departamento del Cauca con servicios de mediana y alta complejidad. Toda la evolución del hospital empezó a tener dificultades en el año 2014 cuando los cambios normativos, la aparición de entidades privadas con servicios más competitivos, el cierre de algunos servicios por documento de red, la contratación de menos servicios por parte de entidades aseguradoras sustentados en la no integralidad de la atención y en el valor de las tarifas han generado dificultades económicas y de crecimiento en el funcionamiento del Hospital.

Por las razones expuestas este plan de desarrollo 2017 -2026 está enfocado a construir un nuevo modelo de prestación de servicios con un enfoque integral y sostenible, dentro del modelo SIAS, que nos permita seguir siendo la mejor institución del Departamento del Cauca en atención en salud y recuperar la situación financiera.

Para la construcción de este plan se realizó un ejercicio participativo con líderes y colaboradores de la entidad, miembros de la junta Directiva incluyendo el representante de la comunidad, donde se realizó un análisis interno y externo para la construcción de objetivos, estrategias y metas. Este mecanismo busca genera un compromiso en la formulación, cumplimiento y ejecución a partir de los planes de acción por los líderes de proceso.

El plan estratégico y de desarrollo del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. 2017-2026, es un conjunto organizado de objetivos y estrategias que surgen como resultado de un diagnóstico previo del sector y de la institución, así como de unas políticas generales, que se concretan en proyectos y acciones ajustables en el tiempo y direccionadas hacia un propósito común.

Este instrumento está dirigido a orientar los recursos de manera racional y eficiente, dentro de un plan de inversiones proyectado en el tiempo y enmarcado por el período de gestión de sus directivos, permitiendo la ejecución de los diferentes proyectos plasmados dentro de cada uno de los programas definidos.



2. MARCO NORMATIVO

Ley 87 de 1993	Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones. En el Artículo 4º.- establece que toda entidad bajo la responsabilidad de sus directivos debe implementar los siguientes aspectos que orienten la aplicación del control interno como: Establecimiento de objetivos y metas tanto generales como específicas, definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos, entre otros aspectos necesarios para la gestión y el control.
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema 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. En el artículo 1º. Establece los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el artículo 342, y en general por el artículo 2 del Título XII de la constitución Política y demás normas constitucional que se refieren al plan de desarrollo y la planificación.
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 903 de 2014	Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.
Ley 1122 de enero de 2007	Hace algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 1841 de 2013 (Mayo 28)	Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
Ley 1438 DE 2011 (enero 19)	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1753 de 2015	Define el plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país"
Ordenanza 037 de 2016	Por la cual se adopta el plan de desarrollo departamental del cauca para el periodo 2016-2019 "Cauca, territorio de paz".



3. INTEGRANTES DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Junta Directiva

Oscar Rodrigo Campo Hurtado
Gobernador del Departamento del Cauca

Lucy Amparo Guzmán González
Secretario de Salud
Departamento del Cauca

María Mercedes Paredes
Representante Profesionales de la Salud

Jailud Martínez Tobar
Representante Gremios de Producción

Diego Fernando Zambrano
Representante del Sector Científico

Helí Anacona Jiménez
Representante de las asociaciones de usuarios



Nivel Directivo y asesor

Guillermo Alberto González Cerón
Gerente

Jorge Javier Ñañez Hoyos
Subdirector Administrativo

Johnny Alexander Dávila Imbachi
Subdirector Científico

María Fernanda Penagos Cerón
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Viviana Chávez Muñoz
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Daira Rocío Garcés López
Jefe Oficina Asesora de Control Interno



4. RESEÑA HISTORICA

Hace 70 años, esta institución viene atendiendo la salud de la población más necesitada del Departamento del Cauca, de los cuales hace 22 años se transformó en una Empresa Social del Estado, pasando por diferentes etapas:



El 22 de Noviembre de 1947, el congreso de Colombia expidió la ley 27, por la cual se planifica y nacionaliza la lucha contra la tuberculosis, reglamentando diferentes aspectos y disponiendo mecanismos de control y tratamiento, así como obras de infraestructura discriminadas para cada departamento; en lo que respecta al Departamento del Cauca incluía la creación de tres hospitales sanatorios, uno en Popayán con capacidad para 300 camas, otro en Mercaderes o El Bordo con 120 camas y un tercero en Santander de Quilichao. A esta ley solo se le dio cumplimiento parcial 10 años después, cuando el 15 de marzo de 1957, se inició en Popayán la construcción del hospital antituberculoso.

El 30 diciembre de 1952 la alcaldía de Popayán, mediante el Decreto No. 97 destino un lote de terreno de 5.000 metros cuadrados, en la zona norte del predio "La Ladera" para construcción del hospital antituberculoso, el cual fue aprobado por la Gobernación del Cauca por el Decreto No. 7 del 5 de enero de 1953. En 1957 se concretó su ejecución, para lo cual el Departamento del Cauca en cabeza de la entonces gobernadora Josefina Valencia de Hubach, destino una partida inicial de \$450.000 pesos.

Según el boletín informativo de la gobernación, los trabajos se iniciaron el 15 de marzo de 1957 y se ejecutaron hasta finales de 1958 cuando debieron suspenderse por falta de presupuesto, lo que causo graves problemas sociales, puesto que además de no contar los internos con la atención requerida, los que quedaban por fuera (más o menos el 50%) deambulaban libremente constituyéndose en foco de contagio para toda la comunidad. Los diferentes estamentos pidieron la culminación del Hospital como una sentida necesidad de la ciudad payanesa, fue así como el Hospital se construyó con pequeñas partidas presupuestales; recibiendo poco a poco los fondos para la terminación y dotación hasta que finalmente fue posible el traslado de los enfermos del lamentable pabellón San Roque, al nuevo hospital de vías respiratorias inaugurado el 10 de diciembre de 1964.



Los primeros servicios fueron los de rayos x (certificados pulmonares) y consulta para tratamiento, tanto hospitalario como ambulatorio de enfermedades pulmonares.

Inicialmente se llamó Hospital de Vías Respiratorias y luego se le bautizó con el nombre de Susana López de Valencia, en memoria a la Primera Dama de la República por su apoyo a esta obra. La señora López de Valencia falleció el mismo año en que se fundó el Hospital.

El Hospital además del manejo integral de los pacientes tuberculosos, tuvo proyección comunitaria, realizaba visitas domiciliarias y apoyaba centros y puestos de salud con el fin de prevenir la enfermedad.

El terremoto de marzo de 1983, obligó al Hospital a adecuarse para apoyar la atención de la emergencia, a pesar que el 60% de su estructura sufrió daños.

En 1989 el Hospital se convierte en cabeza de la Unidad Regional Centro del Cauca, lo que significó que los hospitales y centros de salud de Morales, Silvia, Jambalo, Totoró, Puracé, Sotaró, Popayán, Santa Rosa (Bota Caucana), Timbio, Rosas, La Sierra, La Vega, Almaguer, Piendamó y Cajibío dependieran administrativamente del Hospital Susana. Con esta responsabilidad el Hospital pasó de ser especializado en el manejo de la tuberculosis, a ser Hospital General y por lo tanto de referencia de la regional Centro del Cauca.

Con la ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se definió que los hospitales públicos debían transformarse en Empresa Sociales del Estado E.S.E, por lo cual en enero de 1995 mediante ordenanza No. 001, se transformó al Hospital en Empresa Social del Estado, como establecimiento público, descentralizado, de carácter departamental, con la función de prestar servicios de salud en el segundo nivel de atención en el Departamento del Cauca.

En enero de 1997 empieza su operación como Empresa Social del Estado, una vez se independiza de la Dirección Departamental de Salud del Cauca y de los Hospitales que hacen parte de la Unidad Regional Centro.

Con el fin de garantizar desarrollo y proyectar una institución con servicios orientados a la población materno e infantil, entre los años 2008 y 2010 se diseñó la Unidad Materno Infantil, logrando construir el bloque pediátrico y los quirófanos e iniciando el funcionamiento en el año 2011, periodo a partir del cual tiene un significativo impacto positivo en la producción y venta de servicios.

En el año 2014 luego de 7 años de trabajo continuo y generación de cultura de mejoramiento el ICONTEC informa que el Hospital logró las calificaciones necesarias para obtener el reconocimiento en la categoría de Institución acreditada en Salud, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1445 de 2006.

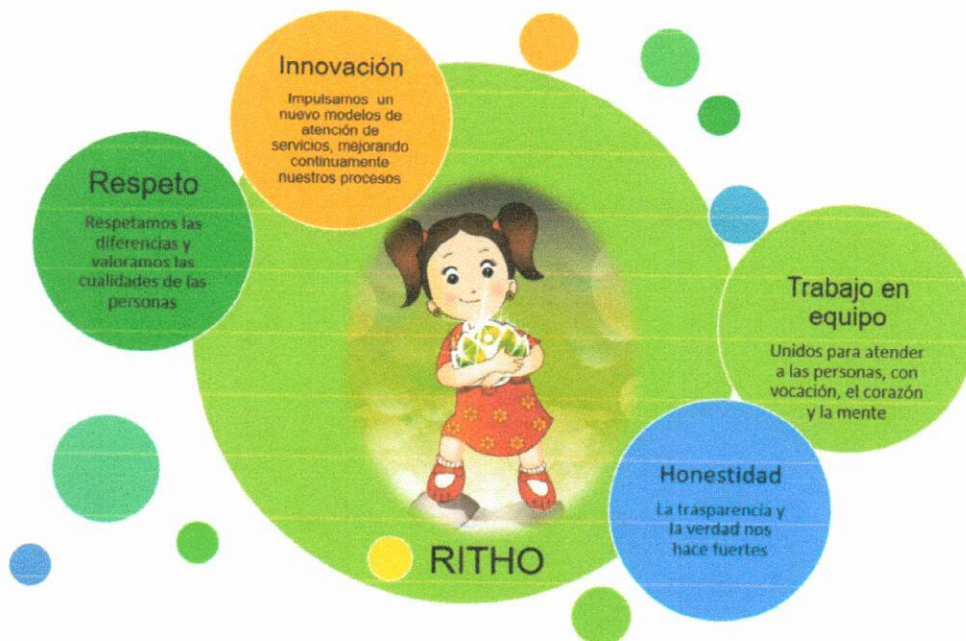
En el año 2016 los Ministerios de Salud y Protección Social y de Comercio, Industria y Turismo entregaron al Hospital mención a la excelencia, junto a 36 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) como reconocimiento al esfuerzo de estos hospitales y clínicas que trabajan día a día por mejorar y brindar mejores servicios de salud a todos los colombianos. Al finalizar el año y luego del primer seguimiento de acreditación la Junta de acreditación en salud aprueba mantener la condición de acreditado.

5. PLATAFORMA ESTRATEGICA

Misión y visión



Valores

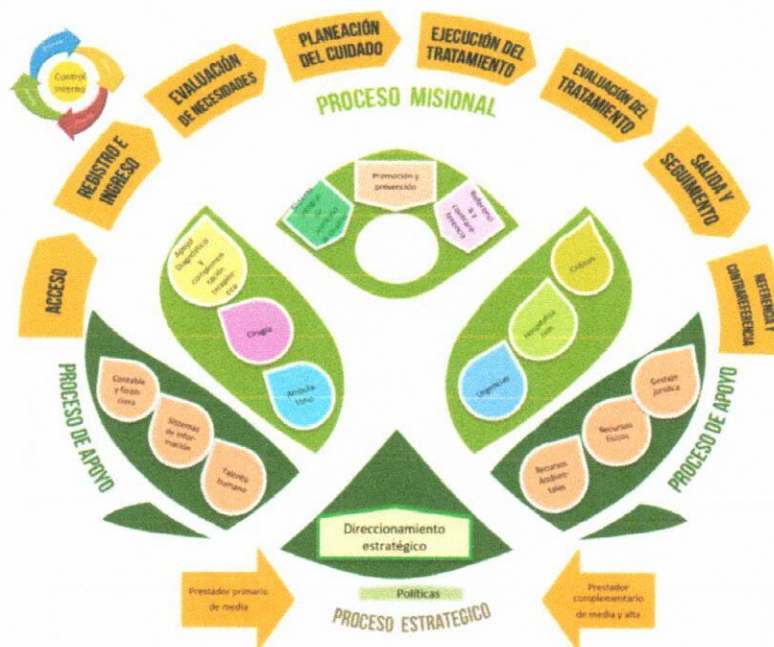


6. LINEAMIENTOS GENERALES

6.1. Estilo de dirección



6.2. Modelo de operación y mapa de procesos



El modelo de operación y mapa de procesos está diseñado bajo una analogía de la flor de loto, buscando reafirmar en cada uno de los colaboradores de nuestra



institución la pureza del cuerpo y del alma, para que su actuar este dentro de la ética y transparencia que debemos reflejar como institución pública.

La persona en el centro del modelo, representa que somos una institución humana, que trabajamos en beneficio de la comunidad.

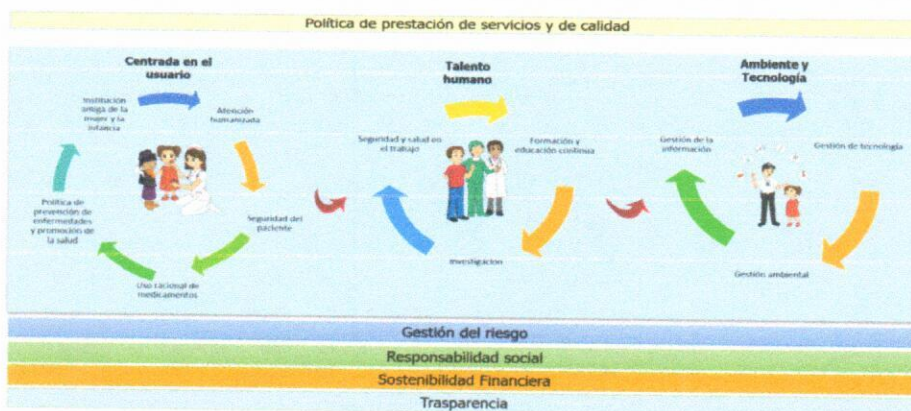
El modelo contempla una interacción de los procesos misionales, de apoyo y de direccionamiento, los cuales se unen para dar respuesta a las necesidades y expectativas de los pacientes y su familia, desde su acceso, pasando por su tratamiento, hasta su salida y seguimiento y basado en la gestión clínica como eje fundamental.

Nuestro entorno se asocia al agua donde crece la planta, donde a pesar de las dificultades siempre florece con majestuosa belleza. Las raíces de la flor reflejan las políticas institucionales, de donde obtiene la planta todas las directrices y la ayuda para su crecimiento.

El sol representado por control interno, el planear, hacer, verificar y actuar, es la energía renovadora que unidos a los nutrientes generados por los procesos e inyectados por las políticas nacionales e institucionales, permite que la institución se mantenga, crezca y se desarrolle en el marco de mejoramiento continuo y en modelo de integral de atención en salud.

7. POLITICAS

Para orientar el funcionamiento y la toma de decisiones se establecen las políticas organizacionales bajo un modelo integrado de gestión centrado en el usuario.

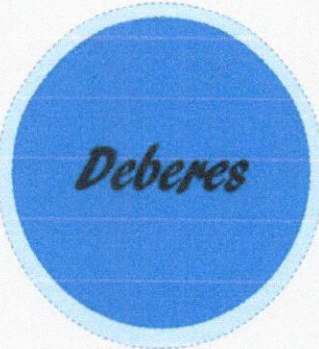


8. DERECHOS Y DEBERES



Derechos

- 1  Acudir a los servicios, tecnologías de salud y a los medicamentos que le garanticen una atención integral y de calidad.
- 2  Elegir libremente al médico y la institución para su atención.
- 3  Acudir a los servicios de urgencias sin que le respondan trámites administrativos adicionales a los de ley.
- 4  Recibir información oportuna y comprensible sobre su estado de salud que le permitan tomar decisiones sobre los procedimientos que le vayan a practicar y sus riesgos.
- 5  Recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos.
- 6  A la intimidad y la confidencialidad de la historia clínica.
- 7  Recibir información, solicitar explicación o rendición de cuentas de los costos de atención.
- 8  Expresar y recibir respuesta de las quejas, reclamos y sugerencias.
- 9  A recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud cuando lo considere pertinente.
- 10  A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley.



Deberes

- 1  Promover por su autocuidado, el de su familia, comunidad y atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención.
- 2  Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- 3  Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud.
- 4  Actuar de buena fe frente al sistema de salud usando adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas y cumpliendo las normas del sistema de salud.
- 5  Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio.
- 6  Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.



9. ARTICULACION CON LOS PLANES DE DESARROLLO NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO "Todos por un Nuevo País (2014-2018)"	PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL 2016-2019 "Cauca: Territorio de Paz"	PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2016-2019 "Vive el Cambio"	PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA (2012-2021)	POLITICA NACIONAL DE PRESTACION DE SALUD
El plan establece tres pilares: 1. Paz 2. Equidad 3. Educación. Tiene unos objetivos para los cuales se trazaron cinco estrategias transversales: 1. Movilidad Social, busca a través de las acciones planteadas contribuir con el cumplimiento de los objetivos de mejorar la condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad.	En el plan departamental, se incluye un eje estratégico denominado Territorio de paz y para el Buen Vivir, bajo el cual se definen programas, acciones y metas dirigidas a mejorar la calidad de vida de todos los habitantes del Cauca a través de la inversión social, la presencia integral del Estado en el territorio (PIET) y la implementación eficiente de planes estratégicos como el Territorial de Salud, de Acción Territorial y el integral de Seguridad Humana y Convivencia.	En el plan municipal plantea la línea estratégica denominada el cambio social para la paz que busca el desarrollo y la calidad de vida de sus ciudadanos a través de la definición de unos componentes entre los cuales se encuentra la Salud, componente en el que se impulsa a los actores públicos y privados, a la promoción y construcción de estilos de vida más seguros y saludables así como a la prestación de servicios de calidad y transparencia de su gestión a través del control y participación de la ciudadanía.	El plan Decenal de Salud Publica busca "lograr la equidad en salud y desarrollo humano" de todos los Colombianos mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se debe intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial. El cual cuenta con 6 líneas estratégicas para ser abordadas desde una perspectiva diferencial y de derechos.	La política se define con el propósito de garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los colombianos, la cual se desarrolla a partir de tres ejes, accesibilidad, calidad y eficiencia.



HOSPITAL
SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA
E. S. E.

ACCIONES SECTOR SALUD EN LOS PLANES Y POLITICAS

Pilar: Equidad Estrategia: Colombia equitativa y sin pobreza extrema Objetivo: Reducir las brechas poblacionales y territoriales en la provisión de servicios de calidad en salud, educación, servicios públicos, infraestructura y conectividad Línea: Articular las acciones públicas para el cierre de brechas poblacionales, con acceso a servicios de calidad. Estrategia: Movilidad Social Objetivo: Mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad Estrategia: Buen Gobierno Estrategia: Crecimiento verde	Eje: Territorio de Paz y para el Buen Vivir. Componente: Desarrollo Humano Integral Programas en lo ateniante al Hospital: convivencia social y salud mental, sexualidad derechos sexuales y reproductivos Vida Saludable y enfermedades transmisibles, salud pública ante emergencias y desastres, gestión diferencial de poblaciones vulnerables, fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, sistema de vigilancia en salud, red de prestación de servicios, sistema obligatorio de la garantía de la calidad, sistema integrado de información, cuenta con mis capacidades	Línea: Cambio social para la paz El Hospital desde su nivel y responsabilidades se articula con los Programas de: Seguridad alimentaria y nutricional en lo referente a sus productos asociados, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, gestión diferencial de poblaciones vulnerables, fortalecimiento de la autoridad sanitaria y del aseguramiento en salud.	Los planes departamental y municipal se articularon al cumplimiento de la acciones determinadas en el plan decenal de salud, en las dimensiones: convivencia Social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales reproductivos, Vida saludable y enfermedades transmisibles, Salud pública en emergencias y desastres, vida saludable y condiciones no transmisibles	Eje: Accesibilidad Estrategia: Incremento de la capacidad resolutive de los prestadores de servicios de salud, desarrollo y fortalecimiento de las redes de prestación de servicios de salud. Eje: Calidad Estrategias: fortalecimiento de los sistemas de habilitación, acreditación y auditoria; Empoderamiento del usuario y sus formas asociativas, desarrollo y mejoramiento del talento humano en salud; Fortalecimiento de los procesos de evaluación e incorporación de tecnología biomédica. Eje: Eficiencia Estrategias: Reorganización y rediseño de la red de prestadores públicos de servicios de salud del país; Generación de mecanismos jurídicos, administrativos y técnicos para la modernización institucional de los prestadores públicos.
---	---	--	--	---



PROGRAMAS Y ACCIONES DEL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E ARTICULADAS A LOS PLANES

El Hospital se encuentra articulado con los objetivos y metas trazadas a nivel nacional y territorial del departamento del cauca, así como en las políticas públicas en lo referente a la salud de los caucanos desarrollando y visionando las siguientes acciones:

Nacional: Provisión de servicios de calidad en salud

Departamental: Fortalecimiento de la red de prestación de servicios, sistema obligatorio de la garantía de la calidad, sistema integrado de información.

Municipal: Prestación de servicios de calidad y transparencia de su gestión

Política de prestación de servicios: Fortalecimiento de la accesibilidad y de los sistemas de habilitación, acreditación y auditoría.

Articulación CAMINO HACIA LA EXCELENCIA

El Hospital en busca del mejoramiento continuo y de brindar una atención centrada en el usuario, humanizada y segura ha basado el desarrollo de sus procesos en la implementación de estándares de acreditación convirtiéndose en el primer hospital acreditado de Departamento del Cauca. Dentro de este plan se continuará desarrollando acciones para mantener la condición de acreditados.

Frente a sistemas de información se trabaja en la construcción de un tablero de mando de indicadores que abarquen los procesos administrativos y asistenciales, con indicadores no solo de cumplimiento de normas en salud sino de impacto clínico que permita tener datos oportunos para tomar decisiones claras para mejorar la atención en salud de nuestros usuarios. De forma estratégica se plantea el fortalecimiento del sistema de información mediante herramientas tecnológicas innovadoras.

ATENCIÓN INTEGRAL

Enmarcada en la política de seguridad del paciente de la institución y con el fin de disminuir la variabilidad en la atención, mejorar la calidad y hacer más racional la prestación de servicios de salud, el hospital realiza un proceso de adopción y de adaptación de guías, el cual se realiza en conjunto con los especialistas y siguiendo los lineamientos de Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. Frente a talento humano el hospital da cumplimiento a los estándares de habilitación y busca especializarse cada vez más sus servicios.

En este plan de desarrollo y estratégico se contempla mejorar la integralidad en la atención, para lo cual se requiere fortalecer el portafolio de servicios e implementar nuevos procedimientos especializados, para dar una respuesta completa a las necesidades de los usuarios que consultan el hospital.

Respecto a la humanización y seguridad en la atención de las maternas y los niños el hospital, ha adoptado la política de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI Integral) y trabaja para lograr la certificación, a través de: capacitaciones al cliente interno, educación a todas las mujeres y su familia en atención del embarazo, parto Institucional, puericultura, lactancia materna, derechos sexuales y reproductivos, atención integral de enfermedades prevalentes en la Infancia (AIEPI), vacunación institucional para el recién nacido, cuidados y recomendaciones en niños menores de 5 años.

Dentro de la articulación de la RED de Servicios, un año después de la promulgación de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social lanzó la Política Integral de Atención en Salud (PAIS), cuyo objetivo primordial es centrar la acción de salud en las personas, a nivel individual, familiar y colectivo; no en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) ni en las Entidades promotoras de salud (EPS). En este plan de desarrollo se articula la política que comprende un componente estratégico, que determina las prioridades del sector salud en el largo plazo; y un componente operativo, que consiste en el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), que se constituye en el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados, que es la prioridad desde nuestro direccionamiento estratégico. Para hacer una articulación del modelo MIAS y el Hospital, se tomó información del Ministerio de Protección Social (Presentación modelo MIAS) y de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca y está supeditado al ajuste de normatividad y al documento de reorganización y modernización de las instituciones prestadoras de servicios de salud.



Ministerio de Salud y Protección Social – Secretaría
de Salud Departamental del Cauca

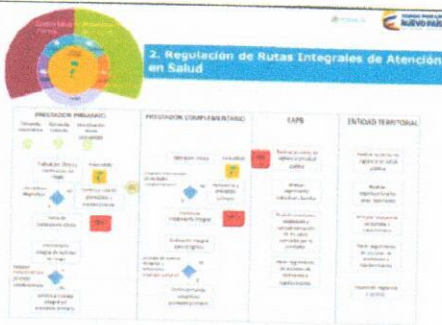
Un diagrama que muestra a un hombre de pie en el centro. Se lo cruzan tres ejes de atención: uno horizontal azul etiquetado como 'SISTEMA DE SALUD', uno diagonal verde etiquetado como 'SISTEMA DE CUIDADO' y uno diagonal púrpura etiquetado como 'SISTEMA DE VIDA'. Encima del hombre, el texto dice '¿Por qué el PACIENTE no cambia del? NUEVO MODELO DE ATENCIÓN?'.

[illegible]

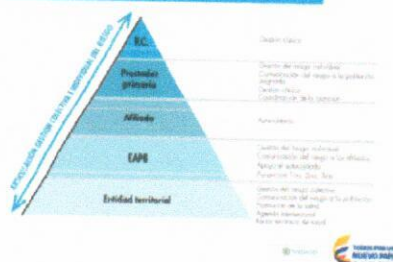
El hospital adaptara el portafolio de acuerdo a las rutas de atención, enfocados en los grupos de riesgos y realizando gestión clínica (riesgo técnico), de acuerdo a lo dispuesto en el documento de reorganización, rediseño y modernización de la red. Se comporta dentro de la ruta de atención del usuario como un prestador primario de media y complementario de media y de alta así:

- **Capacidad instalada**





Implementación de la GIR en salud



Implementación de la GIR en salud

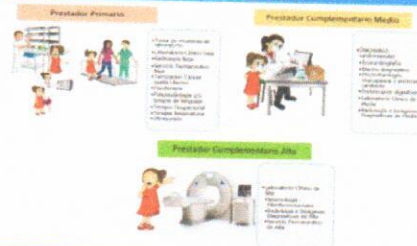


5. Redes integrales de prestadores de servicios de Salud

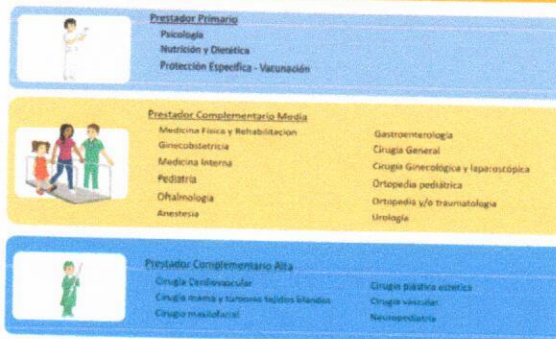


Servicios

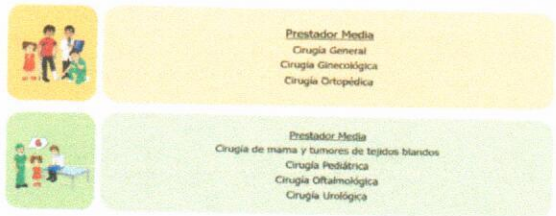
APORTE DIAGNÓSTICO + COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA



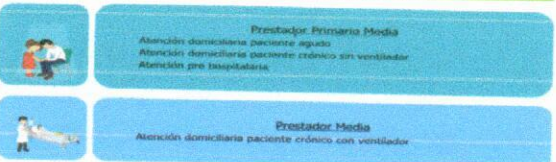
CONSULTA EXTERNA



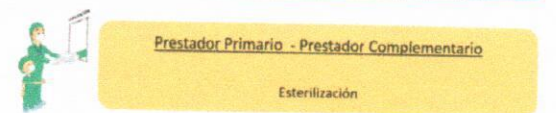
QUIRÚRGICOS



OTROS SERVICIOS



PROCESOS



El hospital diseñará su portafolio dentro del nuevo modelo de atención en salud, asociado a los grupos de riesgo y dentro del marco de prestador primario de media, prestador complementario de media y de alta, bajo los lineamientos del documento de reorganización de las redes de prestadoras de servicios de salud



REHABILITACION FUNCIONAL

Departamental: Gestión diferencial de poblaciones vulnerables. Incrementar la participación social de las personas con discapacidad en los diferentes escenarios sociales (salud, educación, generación de ingresos y cultura y deporte), buscando una rehabilitación basada en comunidad.

El Hospital cuenta con un servicio de terapia física general, servicio de estimulación visual, orientación y movilidad, dirigida a la población con baja visión y ceguera y servicio de neurodesarrollo y neurorehabilitación, dentro de este plan de desarrollo y estratégico, se contempla transformarlo a una unidad de rehabilitación funcional, que contemple el manejo interdisciplinario basado en el modelo psicosocial y enfocado a mejorar la calidad de vida e independencia de las personas, este proyecto se desarrolla dentro del marco del postconflicto, buscando ofrecer a las víctimas una atención diferencial y que les permita una recuperación física y psicológica para una adaptación a la sociedad y al entorno productivo.

RESPETO A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Departamental: Sexualidad derechos sexuales y reproductivos Vida Saludable y enfermedades transmisibles, salud pública.

El hospital tiene implementado una ruta de atención a las personas víctimas de violencia de género y violencia sexual, la cual está articulada a los comités consultivos Departamentales y Municipales, que tratan estos temas, integrando los procesos de salud, justicia y protección de las víctimas. El hospital garantiza la atención integral de las víctimas y es centro de referencia de estos usuarios y cuenta con todo lo requerido por la normatividad para su atención.

El Hospital actualmente trabaja por garantizar los derechos sexuales y reproductivos incorporando en sus procesos internos el enfoque de género, derecho y diferencial así como el reporte, análisis y establecimiento de acciones de mejora y retroalimentación de la adherencia y resultado de las rutas establecidas que permitan el disfrute segura, digna y responsable salud sexual y reproductiva, en el este marco el Hospital busca avanzar a través de la creación de un observatorio de derechos sexuales y reproductivos para desarrollar conocimientos y herramientas que permitan tomar decisiones y establecer políticas públicas a nivel del departamento y establecer estrategias y acciones basadas en evidencia, dirigidas a mitigar los riesgos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos.

SALUD PUBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

En respuesta a las estrategias del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y con el objeto de contribuir al aumento de las coberturas nacionales de vacunación, el Hospital tiene establecida la aplicación de vacunas para todos los recién nacidos que se atienden institucionalmente.

En cuanto a las acciones relacionadas con enfermedades como Malaria y Dengue se ha retroalimentado las guías al personal asistencial en jornadas donde se socializan todas las guías de vigilancia epidemiológica, se realizó socialización en COVE Institucional a líderes de procesos y se programaron capacitaciones dirigidas a personal de medicina general en las reuniones de mejoramiento. De igual manera se realiza búsqueda activa y notificación dentro de los tiempos establecidos.

El Hospital ha implementado un proceso de capacitación en maternidad segura, así como la búsqueda activa institucional, acciones de dato, crítica y pre crítica de información y adopción de guías y protocolos nacionales vigentes para eventos de interés en salud pública y relacionados con eventos de maternidad segura como la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y análisis, establecimiento de acciones de mejora frente a las desviaciones.

Se realiza el COVE institucional, comités operativos en los cuales se verifica cumplimiento de acciones de mejora de las fallas identificadas en la atención de pacientes que requieran IVE, además se verifica también periodicidad trimestral la adherencia a protocolos de sífilis gestacional y congénita; se realiza análisis de mortalidades perinatales y morbilidad materna extrema, con envío de información de manera concurrente a EPS y Entidades territoriales para apoyar análisis de niveles de baja complejidad y asegurar seguimiento de gestantes sobrevivientes o con sífilis gestacional, recién nacido con sífilis congénita, se realiza seguimiento a planes de mejoramiento por parte de comités institucionales.

Respecto a las enfermedades transmitidas por vectores, el hospital da cumplimiento de los protocolos nacionales de malaria y se adapta a los planes Nacionales de contingencia, para fortalecer las acciones de implementación de los Planes Estratégicos para Dengue, Chikunguña y Zika, en su componente de atención a contingencias, articulado a la Estrategia de Gestión Integrada para Enfermedades Transmitidas por Vectores (EGI-ETV), con el fin de mitigar el impacto en la población ante la transmisión activa, se realiza verificación de adherencia trimestral al protocolo de ZIKA.



VIDA SALUDABLE

El Hospital se hace partícipe de los procesos de educación de la comunidad del área de influencia con el objetivo de prevenir enfermedades relacionadas con la higiene de manos, intoxicación por alimentos y educación en alimentación saludable a la población de los menores en instituciones educativas.



10. DIAGNOSTICO EXTERNO ENTORNO

10.1. Demografía

El departamento para la vigencia 2016 realizó el ASIS (Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud del Departamento del Cauca – 2016), donde se reportan los siguientes resultados en la pirámide poblacional, morbilidad general por ciclo vital y mortalidad por edad

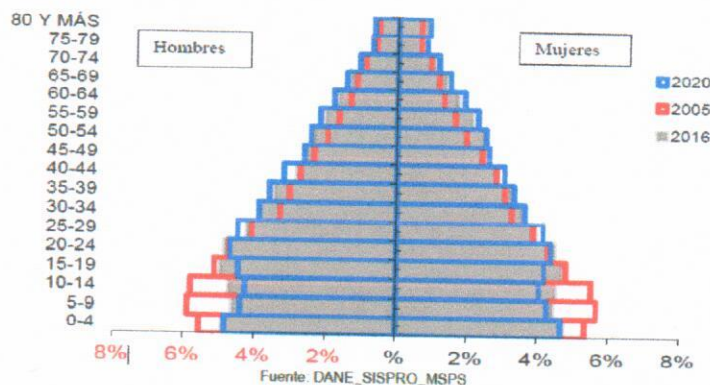
10.1.1. Composición poblacional del Cauca

En el 2016, el Cauca es un departamento conformado por 1.391.386 habitantes y es un 8.87%(123.006 habitantes) más poblado que en el año 2005; un 39.85% (554.644) de la población habita en la cabecera y el 60.15%(837.192) en el resto (rural); un 50.65% (704.920) de la población son hombres y el restante 49.35%(686.916) son mujeres.

La población de la primera infancia tiene una tendencia a la disminución pasando de 13,20% en 2005 a un 11,45% en 2016 y proyectándose al 2020 en un 11,29%; demostrando, una vez más, la reducción de la fecundidad y natalidad en el Dpto. La población infante, adolescente y joven tiene una tendencia a la disminución, aunque no tan marcada como lo presenta la primera infancia.

A medida que el ciclo vital avanza la disminución del porcentaje poblacional a lo largo de los años es menos evidente. La población adulta por lo contrario tiene una tendencia hacia el aumento, pasando de un 52,86% en el año 2005, a un 57,16% en el año 2016 y proyectándose a un 58,18% en el año 2020. La población de mayores tiene una tendencia al aumento, pasando de un 9,21% en el año 2005, a un 11,08% en el año 2016 y proyectándose a 11,95% en el año 2020.

Pirámide poblacional del Departamento del Cauca 2005, 2016, 2020





La estructura de la población del departamento reflejada en una pirámide de población progresiva es indicadora de una población en crecimiento, aunque está empezando a evolucionar hacia una población más madura y estable, todavía presenta características de una población en vía de desarrollo, con una base amplia, se observa una tendencia en los últimos años a disminuir y un vértice agudo (con incipiente tendencia a ampliarse) lo cual representa para los planificadores del sector salud la necesidad de continuar con intervenciones como las que llevan a una disminución de la fecundidad, pero al mismo tiempo el mantener una estructura de los servicios de salud enfocados en la primera infancia como prioridad, en la infancia y la salud materno infantil, pero sin perder de vista que las enfermedades propias de edades más avanzadas, como las crónicas, en el futuro próximo presentarán un aumento en las necesidades que deben ser atendidas para una población que crece en su proporción numérica y en la demanda de los servicios de salud específicos para esos grupos de edad.

Cambio en la proporción de la población por grupo etéreo, Cauca2016

	No. Personas		No. Personas		Proporción
	Mujeres	%	Hombres	%	
Menor de 1 año	13.697	1,99	14.232	2,02	-0,02
De 1 a 4 año	52.001	7,57	54.047	7,67	-0,10
De 5 a 14 años	124.569	18,13	130.035	18,45	-0,31
De 15 a 24 años	127.693	18,59	136.583	19,38	-0,79
De 25 a 44 años	187.941	27,36	199.598	28,38	-0,95
De 45 a 59 años	100.334	14,61	96.852	13,74	0,44
De 60 a 79 años	68.966	10,04	64.645	9,17	0,87
Mayor de 80 años	11.715	1,71	8.928	1,27	0,44
	686.916	100.00	704.920	100.00	0,00

Fuente: DANE –SISPRO-MSMS

La distribución de la población en edades entre los 0 a 4 años para ambos géneros se encuentra entre 9,69% para hombres y 9,56% para mujeres; en el grupo de 5 a 14 años se observa que en el género masculino la distribución porcentual es de 18,45% y en el género femenino es de 18,13%; en el grupo de 15 a 24 años la distribución porcentual es de 19,38% para el género masculino y de 18,59% para el género femenino; en el grupo de 25 a 44 años la distribución porcentual es de 28,31% para el género masculino y de 27,36% para el género femenino; en el grupo de 45 a 59 años la distribución porcentual es de 13,74% para el género masculino y de 14,61% para el género femenino; en el grupo de 60 y más años la distribución porcentual es de 10,44% para el género masculino y de 11,75% para el género femenino. Lo anterior corrobora que la pirámide poblacional está envejeciendo y que determinara un cambio en la prestación de servicios de toda la red del departamento para el año 2020.

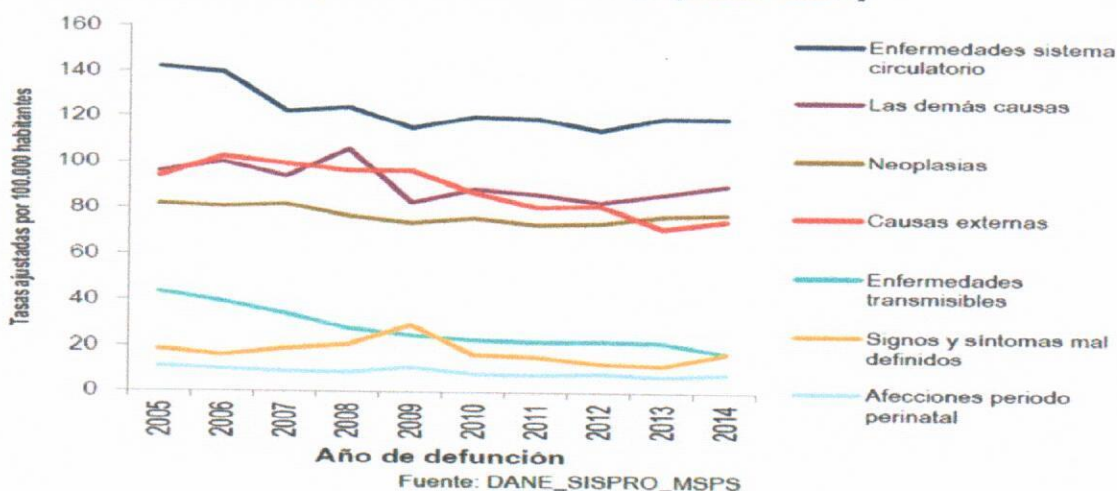


10.2. Perfil epidemiológico

10.2.1 Morbilidad Departamento del Cauca

Según la tabla de principales causas de morbilidad en hombres y mujeres, Departamento del Cauca, 2009-2015 publicada en ASIS y tomada de la fuente DANE- SISPRO MSPS, La principal causa de morbilidad, en el Departamento del Cauca, entre el periodo 2009-2015 para la Primera Infancia (0 a 5 años) son las *Condiciones transmisibles y nutricionales* con un porcentaje de 36,94% (2015) con tendencia a la disminución con respecto al año anterior. En los hombres se presenta en un porcentaje de 36,58 (disminución) y en las mujeres en 42,52 (estable); en la Infancia (6 a 11 años) la primer causa son las *Enfermedades no transmisibles* con 45,22% (2015) con tendencia de fluctuante estable; en los hombres se presenta en 44,33 (disminución) y en las mujeres en 46,15 (disminución). En la Adolescencia (12 a 18 años) la primer causa son las *Enfermedades no transmisibles* con 49,15% (2015) con leve tendencia a la disminución, en los hombres se presenta con 47,81% (disminución) y en las mujeres con 50,09% (disminución); en la Juventud (14 a 26 años) la causa más importante son las *Enfermedades no transmisibles* con 47,94% (2015) con tendencia a la disminución, en los hombres con 46,83% (disminución) y en las mujeres con 48,47% (disminución); en la Adultez (27 a 59 años) la primera causa de morbilidad son las *Enfermedades no trasmisibles* con 52,66% (2015) con tendencia a la disminución, en los hombres con 51,78% (disminución) y en las mujeres 53,12% (disminución); y en las Personas Mayores (> 60 años) la causa más frecuente son las *Enfermedades no transmisibles* 52,66% (2015) con una tendencia a la disminución, en hombres con 59,54% (disminución) y en las mujeres con 59,83% (disminución).

10.2.2. Mortalidad Departamento del Cauca (2005-2014)





Al analizar el comportamiento de la mortalidad por grandes causas, con el ajuste de las tasas por edad, se observa el predominio de las mortalidades que tienen como gran causa las *Enfermedades del Sistema Circulatorio*. En el segundo lugar, están las "*Demás Enfermedades*" en este grupo predominan las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con tendencia estable, en segundo lugar la diabetes mellitus también con un comportamiento estable y en tercer lugar las otras enfermedades del sistema digestivo con comportamiento igual.

En tercer lugar se encuentran las *Causas Externas* con un comportamiento oscilante que ha venido en descenso desde el año 2005 que inicia con una tasa de 93,69 y llega en 2014 a 74,85, lo que representa una disminución de 18 muertos por cada 100.000 habitantes. En cuarto lugar se encuentran las *Neoplasias* que presentan un comportamiento oscilante durante todo el periodo de 2005 a 2014, el pico más alto se encuentra en el año 2007 con 81,69, la tasa más baja en 2011 con 72,96 y termina en 2014 en 77,71. En este grupo se encuentra primero las agresiones (homicidios) con tendencia oscilante que disminuye en el último año analizado; en segundo lugar los accidentes de transporte terrestre con tendencia al incremento en los últimos años y en tercer lugar las lesiones auto infringidas intencionalmente con tendencia estable.

10.2.3 Mortalidad materno infantil y niñez, Departamento del Cauca 2005-2014

La mortalidad infantil presenta descenso durante el periodo de 2005 a 2014, pero aún en 2014 se encuentra por encima del nivel de la nación. Inicia con una tasa de 21,25 por 100.000 menores de 1 año para terminar en 2014 en 12,06 lo que representa una disminución de 9 muertes por cada 100.000 niños menores de un año.

Causa de muerte	Colombia 2014	Cauca 2014	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Razón de mortalidad materna	53,65	103,65	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad neonatal	7,24	8,18	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad infantil	11,34	12,06	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	13,67	15,06	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	12,46	9,09	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	3,11	3,03	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	6,82	4,54	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘
Proporción de muertes infantiles asociadas a la desnutrición	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	+	-	-

Fuente: DANE-SISPRO_MSPS



En la semaforización y tendencia de la mortalidad materna infantil y niñez en el Departamento del Cauca en los años 2006 a 2014 se observa que: La razón de mortalidad materna en el Departamento del Cauca es de 103,65 estadísticamente más alta que la de Colombia que se ubica en 53,65. La tasa de mortalidad neonatal, mortalidad infantil, mortalidad en la niñez, mortalidad por IRA en menores de 5 años, la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años y la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años no presentan diferencia estadísticamente significativa con la nación y solo la tasa de mortalidad neonatal presenta incremento en el último año.

10.2.3 Seguridad y Convivencia Ciudadana

En el Cauca existen determinantes que aumenta el riesgo de homicidios, lesiones y otros daños a la seguridad y salud de las familias caucanas en tanto el diagnóstico realizado en el plan de desarrollo "Cauca Territorio de Paz 2016-2019" en el que se establece que hay presencia de integrantes de las FARC, ELN Y BACRIM y que entre 2004-2015 se registran 11 alertas tempranas por presencia de grupos al margen de la ley en 21 municipios de la zona norte, costa pacífica y sur del Cauca, además del resurgimiento de grupos y bandas criminales como Rastrojos, los Urabeños, Águilas Negras y autodefensas Gaitanistas, que dejan un número indeterminado de homicidios en 11 Municipios.

Así mismo el Departamento del Cauca es uno de los 14 Departamentos establecidos para las zonas veredales en el proceso de paz.

El surgimiento de economías ilegales y criminales debido en gran medida al cambio en la vocación agrícola de los territorios presentándose cultivos de uso ilícito, aproximadamente 6.389 hectáreas sembradas de cultivos de coca, 65 ha de marihuana y Amapola 208 ha. Con participación directa e indirecta de más de 60.000 familias, de esta manera se ubica al Cauca en el 4to lugar de los departamentos con mayor número de hectáreas de coca sembradas en el país, entre tanto, el municipio con mayor presencia de cultivos ilícitos es el Tambo con 2.522 Has. Además, el Cauca está en La posición 17 de abuso o dependencia de sustancias ilícitas (marihuana, cocaína y bazuco) con 1,64% de población. Está por debajo del promedio nacional que es 3,6%.

En 38 municipios existe presencia de minería criminal con "maquinaria amarilla" (retroexcavadoras- cama baja), ocasionando daños ambientales irreversibles y contaminación con mercurio y cianuro. En Timbiquí y López de Micay, opera la minería legalmente sin consulta previa en comunidades afro e indígenas. De otro lado, existen 656 solicitudes de explotación minera en el Cauca y 237 títulos mineros entregados que afectan a territorios indígenas y afros sin consulta previa.



Según el registro Nacional de Información de la Unidad de víctimas, en el departamento del Cauca se registran el 5% de las víctimas del país por hechos violentos, encontrándose en primer lugar el desplazamiento forzado en el 75,35%, el homicidio en el 10,9%, la pérdida de bienes muebles o inmuebles en el 3,6% y los actos terroristas en el 2,8%, el total de hechos presentados generan la necesidad de establecer optimizar la capacidad y rutas de atención

VICTIMAS POR HECHO VICTIMIZANTE CAUCA	
HECHO	PERSONAS (Total Acumulado)
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	188
Acto terrorista/Atentados/Combates/ Hostigamientos	13.052
Amenaza	25.798
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	956
Desaparición forzada	3.648Víctimas
	directas: 957
	indirectas: 2.691
Desplazamiento	345.112
Homicidio	49.907Víctimas
	directas: 12.809
	indirectas: 37.098
Minas antipersonal/Munición sin explotar/Artefacto explosivo	748
Pérdida de Bienes Muebles o Inmuebles	16.629
Secuestro	1.368Víctimas
	directas: 1.211
	indirectas: 157
Sin información	2
Tortura	466
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes	459

Fuente: Registro único de víctimas fecha de corte 01 de enero de 2017



10.2.4 Seguridad Alimentaria

En el diagnóstico realizado por el Departamento del Cauca contenido en el plan de desarrollo Cauca Territorio de Paz, determinan que existe un retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años es de 23%, siendo uno de los más altos del país, lo que ha decantado en una inseguridad alimentaria en el Cauca que asciende al 57,6% el cual equivale a alrededor de 794.000 habitantes en condiciones precarias de alimentación. De otro lado, la línea de pobreza para el 2014 fue de 54,2%.

10.2.5 Vivienda

Según el DANE 2015, el déficit cuantitativo de viviendas en el departamento es del 43,3% del total de hogares y el déficit cualitativo es del 56,6%, siendo la subregión centro la que más aporta a estos índices, en la cual se encuentran un total de 117.335 hogares, de los cuales el déficit cuantitativo llega a 68.347 y el déficit cuantitativo es de 48.988.

10.2.6 Mujer

En el diagnóstico realizado en el plan de desarrollo "Cauca Territorio de Paz", se establece que en el Departamento del Cauca las mujeres representan el 49,35% de la población total del Cauca siendo una población altamente afectada por la violencia basada en el género según datos del Instituto Nacional de Medicina Legal – FORENSIS (2013) se estima que de 1485 casos reportados, 1125 fueron contra mujeres que constituye el 75,75 %. Además, se evidencia que el acceso a la justicia sin un enfoque de género integral apropiado por las instituciones es una de las principales dificultades en la atención de las mujeres víctimas de violencia de género, debido a que esta ausencia causa en la mayoría de los casos la revictimización de la mujer.

En la problemática de violencias contras las mujeres, el Departamento del Cauca cerró el año 2015 con un reporte institucional de 938 casos, los cuales fueron notificados sin excepción en los 42 municipios. La disminución de la violencia estructural de la sociedad caucana empieza también por el reconocimiento de las violencias de género desde los entes territoriales locales, y debe basarse en la construcción de una cultura de protección y atención adecuada de las víctimas de la violencia de género.



En cuanto al goce efectivo del derecho a la salud de las mujeres, se ve afectado principalmente por los embarazos en adolescentes, en el año 2015 se presentaron 36 embarazadas entre los 10 a 13 años de edad y 3432 embarazadas entre los 14 a 19 años de edad, para un total de embarazo adolescente de 3468 casos, representando el 26.75% del total de las mujeres embarazadas para el año 2015.

Finalmente, en cuanto al acceso al empleo de las mujeres del departamento, se muestra que la tasa de desempleo para el 2014 es de 18, 4%, evidenciando la necesidad de inclusión laboral de las mujeres; la población en pobreza extrema que ha sido priorizada para atender por la Red Unidos, asciende a 203.577 personas, correspondientes a 54.885 familias; 49,7% son mujeres; la proporción de jefatura femenina es del 37,6; estas cifras muestran lo importante del papel de la mujer como eje de articulación familiar y social en el territorio.

10.2.7 Educación

Se determina en el diagnóstico realizado en el plan de desarrollo del departamento 2016-2019 que la población es mayoritariamente rural, con la particularidad de la alta dispersión geográfica donde confluyen toda una serie de factores y particularidades de índole social, étnica, de conflictos, cultural, económica y política; que hacen cada vez más compleja la atención de esa pluralidad, debido a que el 68,11% de los estudiantes matriculados en establecimientos educativos de carácter oficial son atendidos en la zona rural, de los cuales en preescolar se encuentra el 2,9%, en básica primaria el 18,7%, en básica secundaria el 25,7%, en educación media el 7,2%.

En la zona urbana 31,89 de los estudiantes son atendidos en la zona urbana en Establecimientos Educativos de carácter oficial. De los cuales el 5,4% de niños y niñas están en preescolar, en básica primaria el 34,8% de estudiantes, en básica secundaria 32,8% de población y en educación media el 12%.

La cobertura educativa como una de las medidas de reconocer el número de estudiantes con acceso a la educación con una cobertura por encima de la nacional en la educación primaria, secundaria y media en relación a la población matriculada y la población en la edad escolar.



Tasa de cobertura bruta de educación, Departamento del Cauca, 2015

Eventos de Notificación Obligatoria	Colombia 2015	Cauca 2015
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	18,5	23
Tasa de cobertura bruta de educación categoría primaria (MEN 2015)	1,05	112,9
Tasa de cobertura bruta de educación categoría secundaria (MEN 2015)	1,01	99,3
Tasa de cobertura bruta de educación categoría media (MEN 2015)	0,78	74,7

Fuente: DANE

10.2.8 Necesidades básicas insatisfechas

En el Cauca según el censo DANE 2005 actualizado a 2011 el 46,62% de la población presenta necesidades básicas insatisfechas es decir aproximadamente la mitad de la población no tiene cubrimiento de las necesidades básicas y 28,72 habitan en casas movibles o sin paredes o con paredes de materiales desechables o perecederos o semipermanentes y pisos de tierra asociado a que en un 14,78 % carecen de las condiciones vitales y sanitarias mínimas como sanitario, acueducto o provisión de agua en río, nacimiento, carrotanque o de la lluvia aunado a que el 11,85% presenta niveles máximos de ocupación con más de tres personas por cuarto y una dependencia económica del 16.04 de las personas.

Con respecto a la educación se evidencia que el 4,94% en hogares donde hay niños entre 7 y 11 años no asisten a un centro de educación formal.

Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según departamento y nacional a 31 de Diciembre de 2011.							
	Proporción de personas NBI (%)	Proporción de personas en miseria	Componente de vivienda	Componente servicios	Componente Hacinamiento	Componente Inasistencia escolar	Componente dependencia económica
Total Nacional	27,78	10,64	10,41	7,36	11,11	3,56	11,33
Cauca	46,62	20,58	28,72	14,76	11,85	4,94	16,04
Cabecera	24,27	6,83	6,17	8,18	7,36	2,36	8,66
Resto del Departamento	61,97	30,04	44,22	19,28	14,94	6,72	21,12

Fuente: DANE, Censo General 2005



10.2.9 Grupos étnicos, cultura y desarrollo económico

Se estableció en el diagnóstico realizado por la gobernación del Cauca y contenido en el plan de desarrollo departamental 2016-2019 que en el Cauca existe una diversidad étnica que muestra la riqueza cultural y la complejidad del tejido de conocimientos que albergan, presentándose etnias como Indígenas, Afrodescendientes, Embera y Mestizos. En el Norte del departamento, de los 385.936 habitantes, 151.566 son Afrodescendientes y 103.990, son Indígenas. Los grupos étnicos del Norte del Cauca, tienen un nivel organizativo muy alto, han logrado articularse los grupos Indígenas, Afrodescendiente, y población Campesina, creando el Plan Estratégico para el Desarrollo del Norte del Cauca 2032- PEDENORCA. Y además este mismo ha permitido que algunas organizaciones presentes en el territorio norte como AMUNORCA Asociación de Municipios del Norte del Cauca, ACONC, Asociación de municipios del Norte del Cauca, Asociación de Cabildos Indígenas de la Zona Norte del Cauca, Asociación Nacional de Usuarios Campesinos (ANUC), tejan lazos importantes para el desarrollo de estrategias de organización social y participación política.

La subregión centro, cuenta con 55.869 Indígenas, entre los cuales están los pueblos Coconucos, Nasa o Páez, Misak, Amalueño y Pubense. Los Afrocolombianos en la zona centro representan una minoría en sus respectivos municipios con un total de 8.850 personas. El desarrollo organizativo es naciente. Es importante resaltar que las actividades económicas de estas comunidades se basan en la producción agropecuaria de café, caña panelera, lácteos, minería y manufactura, una diversidad de economías locales de oportunidad para impulsar desde la participación política, la organización y veeduría comunitaria.

En los municipios de la subregión sur, la población étnica es de 24.086 Afrodescendientes; Su actividad económica agrícola se encuentra basada en el café, caña panelera y plátano. La producción pecuaria se basa en ganadería extensiva, piscícola, porcícola y avícola. Es importante destacar que esta subregión conserva vínculos comerciales especialmente con el departamento de Nariño y lo que refiere a la vía Internacional Cauca- Nariño.

En la región pacífica se destacan los grupos étnicos afrodescendientes y Embera. En el municipio de Guapi se encuentran 3 comunidades indígenas: Canaan, Bellavista y Partidero. Se evidencia la falta de garantía de derechos fundamentales de las comunidades de la Costa Pacífica, un alto grado de necesidades básicas insatisfechas, conflicto armado, minería ilegal, falta de atención a las víctimas, desplazamiento, dificultad con los operadores para llevar los programas sociales del Estado.

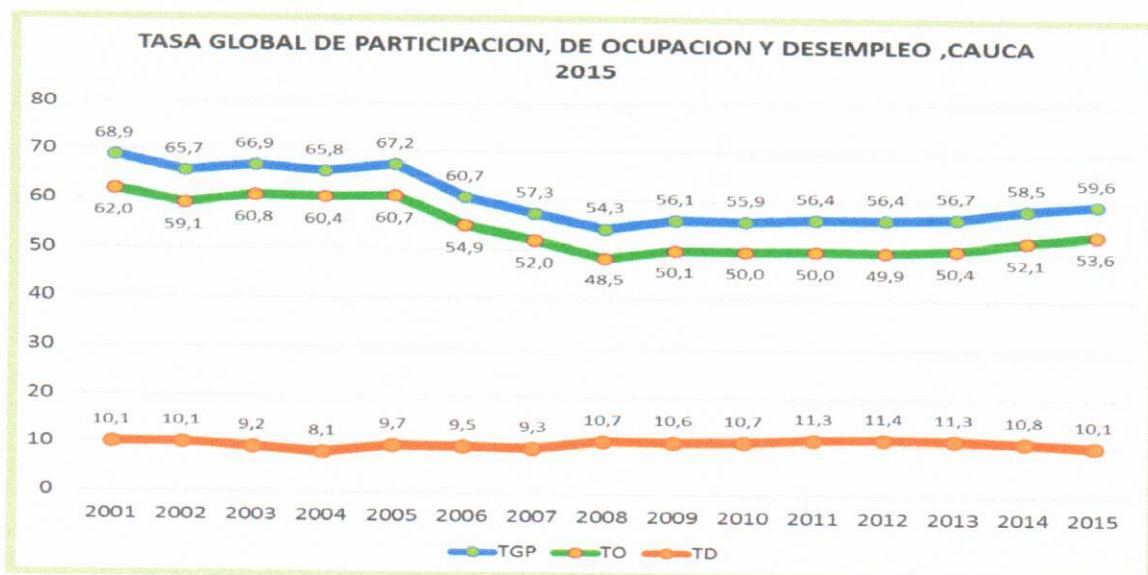


En la subregión macizo, se encuentran los pueblos Indígenas Yanaconas, Kakiona, Guachicono y Afrocolombiano. Se caracteriza por ser fuente de recurso hídrico del departamento donde nacen los ríos Caquetá, Patía, Cauca y Magdalena lo cual implica un especial cuidado desde las políticas de gobierno participativo para la construcción de un Cauca cuidador del agua. La economía se basa en la producción agrícola y pecuaria, resaltando la producción de café, caña panelera, hortofrutícola, ganado y minerales. En los municipios de la subregión oriente se encuentran los pueblos indígenas Nasa o Páez, Guanaca Totoró y el pueblo afrodescendiente. La población busca fortalecer la conservación de su identidad y costumbres ancestrales por ser una minoría étnica en el territorio y el reconocimiento de la escritura 55 de la Capitanía ancestral.

La población indígena que habita mayoritariamente esta subregión ofrece potencialidades de organización y emprendimiento que deben armonizarse con la población de origen y costumbres campesinas para evitar futuros conflictos territoriales.

10.2.10 Mercado Laboral

La tasa de desempleo en el Cauca para el periodo 2015 según el boletín técnico del DANE de Marzo de 2016 fue del 10,1%, 1.2 por encima de la tasa de desempleo nacional; la tasa global de participación es de 59,6% que establece la relación porcentual entre la población económicamente activa y la población en edad de trabajar y una tasa de ocupación de 53,6% correspondiente al número de personas ocupación en edades de 16 a 64 años.





En el año 2016 la tasa desempleo nacional en el período enero a diciembre de 2016 según boletín técnico del DANE fue de 9.2 y Popayán constituye la sexta ciudad con más alto desempleo con una tasa del 12,7 de las 23 ciudades y áreas metropolitanas y San Andrés reportadas.

Indicadores de Mercado laboral	Ene - Mar	Abr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dic
% población en edad de trabajar	83,8	83,9	83,9	84,0
TGP	60,3	60,1	59,5	59,9
TO	51,7	52,2	52,3	53,0
TD	14,2	13,1	12,1	11,5
T.D. Abierto	13,7	12,3	11,9	11,3
T.D. Oculto	0,5	0,8	0,2	0,2
Tasa de subempleo subjetivo	19,0	24,6	24,1	26,2
Insuficiencia de horas	4,7	7,2	7,6	6,3
Empleo inadecuado por competencias	10,6	16,1	16,1	17,8
Empleo inadecuado por ingresos	17,2	21,7	21,3	24,0
Tasa de subempleo objetivo	9,2	10,9	12,3	12,3
Insuficiencia de horas	2,7	3,5	3,8	3,7
Empleo inadecuado por competencias	5,0	7,3	8,4	8,4
Empleo inadecuado por ingresos	8,2	9,5	10,9	11,2

Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares

10.2.11 Barreras

Geográficas y climáticas:

El Cauca presenta aspectos topográficos y climáticos, que condicionan una serie de riesgos naturales, además cuenta con Municipios que presentan pobre medios de conectividad como son los de la región pacífica que carece de vías terrestres y su comunicación principalmente se realiza a través de los ríos y los municipios de la bota caucana que su zona montañosa dificulta el acceso, lo que sumado a los índices de pobreza hace que el acceso a los servicios de salud sea restringido por la falta de traslado oportuno hacia y desde los centros de salud existentes.





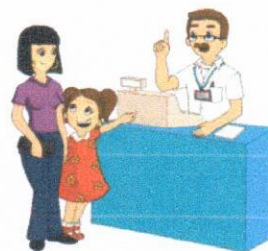
Culturales

La diversidad étnica del Departamento del Cauca muestra la riqueza cultural y la complejidad del tejido de conocimientos que albergan las mismas y genera que como primera instancia ante presencia de enfermedades se utilice medicinas ancestrales generando en muchos casos empeoramiento de los cuadros clínicos.



Sociales y económicas

Los niveles de desempleo en el departamento que supera los nacionales, así como el desplazamiento, la violencia, discriminación de género, barreras que impacta en la economía y a su vez repercuten en las condiciones y hábitos de vida saludable y el acceso a la salud de la población, por falta de recursos para el traslado desde y hacia el centro de salud. Adicionalmente costear los gastos generados por medicamentos, estadía y alimentación del familiar, cuotas de recuperación, etc.



Sistema de Salud

La existencia de un plan obligatorio de salud con limitantes, trámites administrativos, tiempos de espera y falta de tecnología médica moderna, la poca oferta de procedimientos y especialidades en el Departamento, hacen que se afecte la oportunidad y acceso a la atención.



10.2.12 Oferta de Servicios de Salud.

En el Departamento del Cauca el 95,52% (64) de los Hospitales pertenecen al nivel 1, el 2,99% (2) a nivel 2 y el 1,49 (1) a tercer nivel, presentándose una capacidad instalada limitada de servicios de alta complejidad que garanticen oportunidad en la atención y disminuyan el traslado de pacientes a otros departamentos.



10.2.13 Capacidad Instalada en Salud en el Departamento del Cauca

A pesar que las Instituciones públicas y privadas han hecho un esfuerzo por mejorar la capacidad instalada de los servicios fortaleciendo los existentes y aperturando nuevos servicios, continúa siendo insuficiente para la demanda de la población y es evidente su insuficiencia, sustentado esto en que el número de remisiones no aceptadas del hospital equivalen a 2.027 usuarios. (Fuente. Referencia y Contrareferencia HSLVESE).

En los últimos 10 años no ha sido representativo el aumento de la oferta de servicios existentes y es casi nula la innovación en especialidades, subespecialidades y procedimientos.

Camas	
Pediátricas	187
Adultos	505
Obstetricia	171
Intermedio neonatal	45
Intensivo neonatal	51
Intermedio pediátrico	11
Intensivo pediátrico	19
Intermedio adulto	64
Intensivo adulto	81
Quemados adulto	6
Quemados pediátrico	7
Psiquiatria	75
Agudo mental	7
Farmacodependencia	64
Cuidado básico neonatal	22
Quirófano	
Quirófano	40
Partos	56
Procedimientos	90
Sillas	
Quimioterapia	5
Hemodiálisis	82
Ambulancias	
Básica	151
Medicada	21

Fuente: REPS, 08 de febrero de 2016

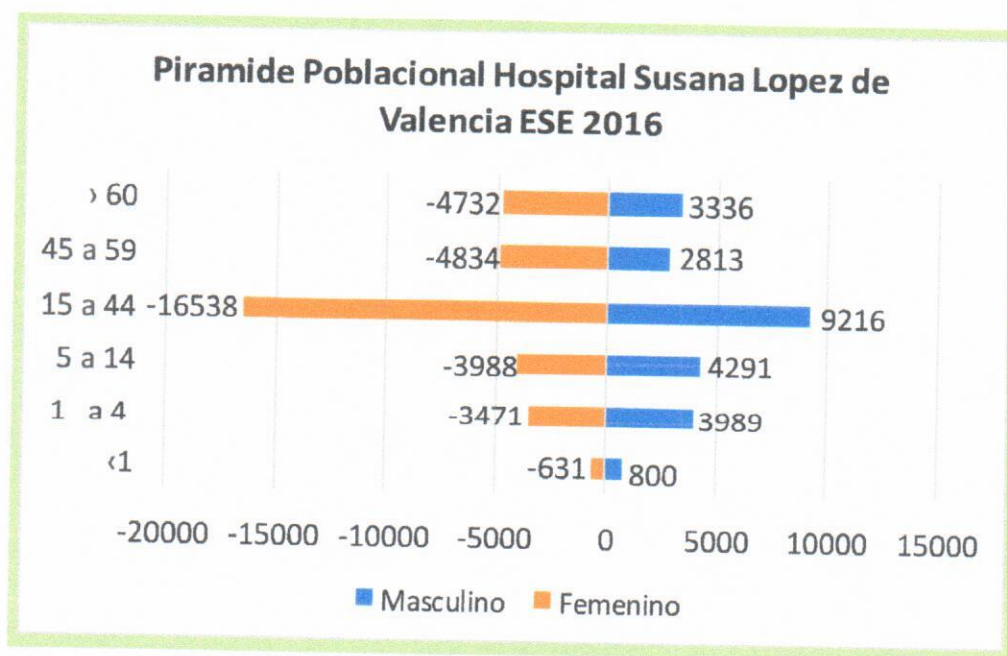


11. NUESTRA INSTITUCION

11.1. Perfil Sociodemográfico Hospital Susana López de Valencia

Con el fin de conocer las características sociodemográfica de nuestra población, se realizó una encuesta a 300 usuarios (muestra estadística) y un análisis de la población atendida y registrada en la base de datos institucional, como resultado se obtiene:

De las 58.639 personas atendidas durante el año 2016, el 58% (34.194) es de sexo femenino y el 42% masculino, la edad de consulta se encuentra principalmente entre los 15 y 44 años sin embargo la población infantil comprendida entre los 0-14 años representa un porcentaje importante de la población atendida (29%) lo cual puede estar relacionado con el énfasis materno infantil del Hospital que ha tenido hasta la fecha.

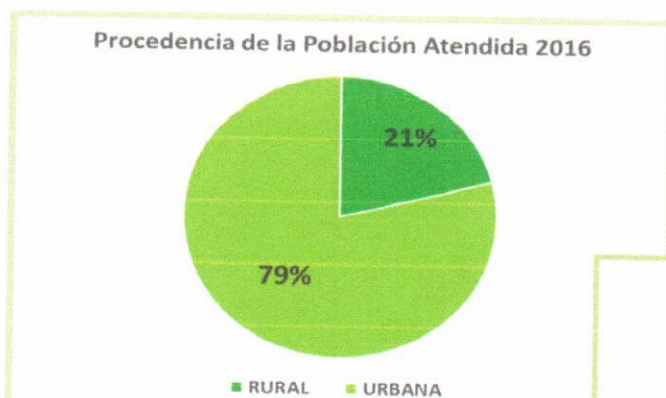


Fuente: Base de datos de Ingresos Dinámica Gerencial HSLV

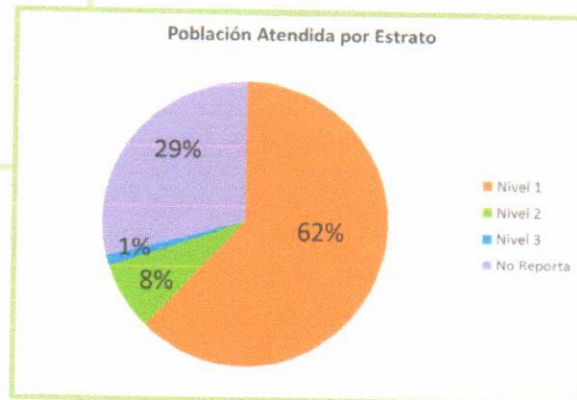


11.1.1. Procedencia de la Población Atendida en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

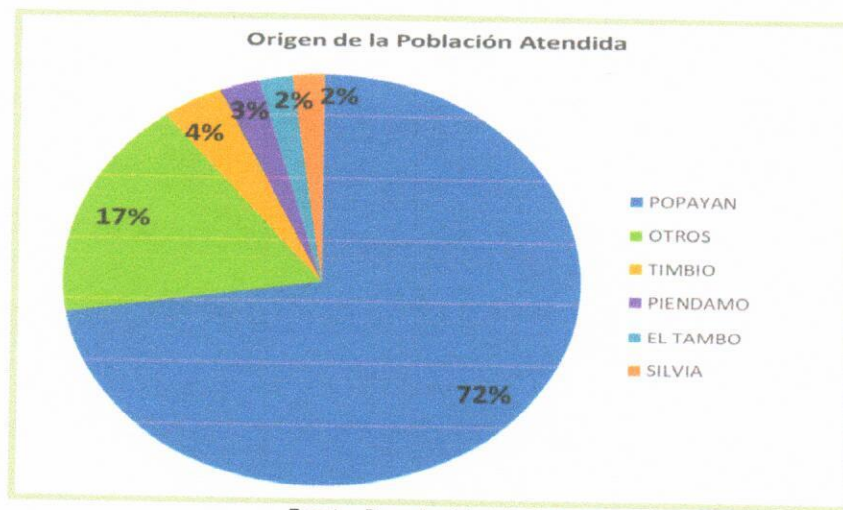
La población atendida en el Hospital procede principalmente del área urbana con un porcentaje de 79% y pertenecen al estrato 1 en el 62% de la población sin embargo en el 29% no se reportó este dato.



Fuente: Base de datos de Ingresos Dinámica Gerencial HSLV



El principal Origen de las personas que consultaron es el Municipio de Popayán (72%), seguido de Timbio (4%), Piendamó (3%), El Tambo (2%) y Silvia (2%).



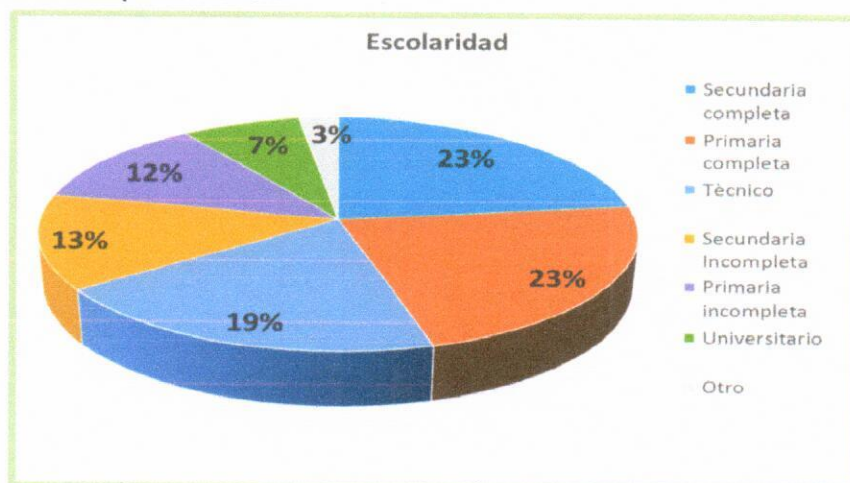
Fuente: Base de datos de Ingresos Dinámica Gerencial HSLV



Para determinar los datos educativos, vivienda e ingresos de la población atendida se realizó una encuesta a una muestra de 300 personas obteniendo los siguientes datos:

11.1.2. Escolaridad

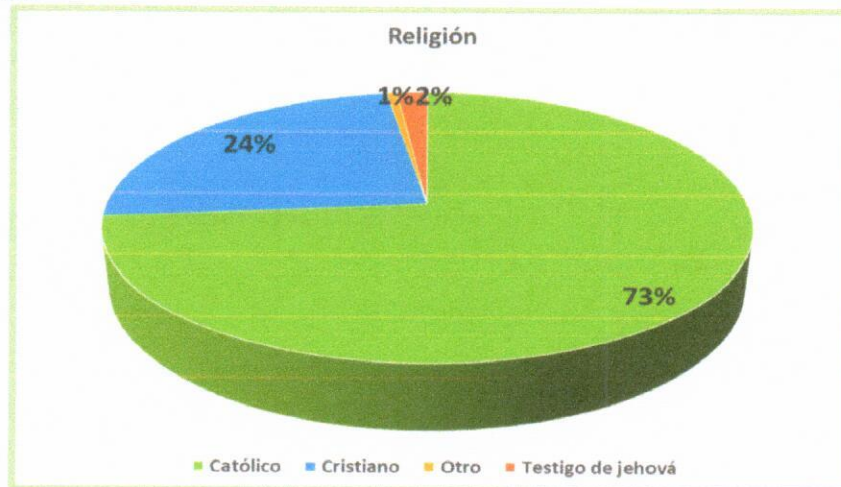
El grado de escolaridad de la población que acude al Hospital se encuentra entre primaria y secundaria, seguido de los técnicos, y solo el 12% tiene un nivel educativo profesional.



Fuente: Encuesta perfil sociodemográfico HSLV

11.1.3. Religión

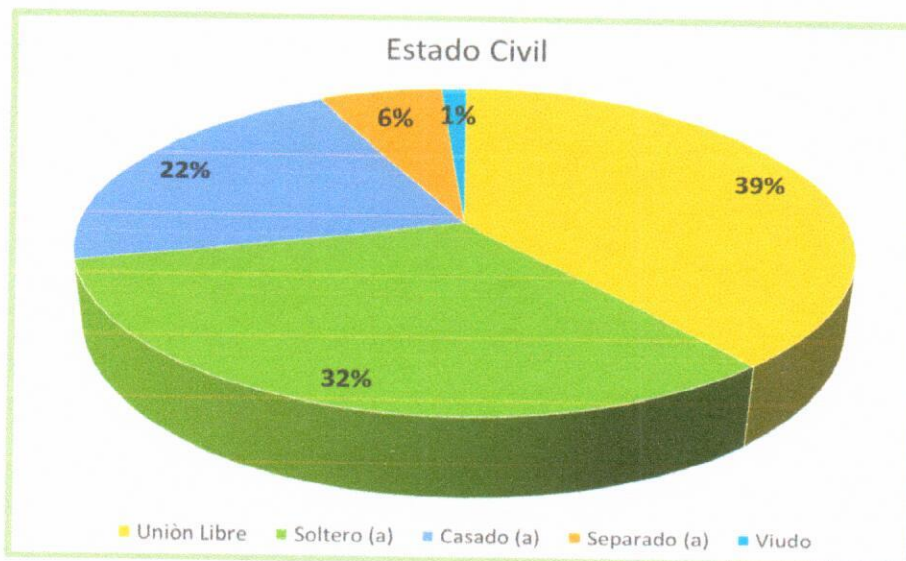
Entre la población usuaria del Hospital se pudo identificar principalmente 3 grupos religiosos entre los cuales predomina el católico en un 73% de la población.



Fuente: Encuesta perfil sociodemográfico HSLV

11.1.4. Estado Civil

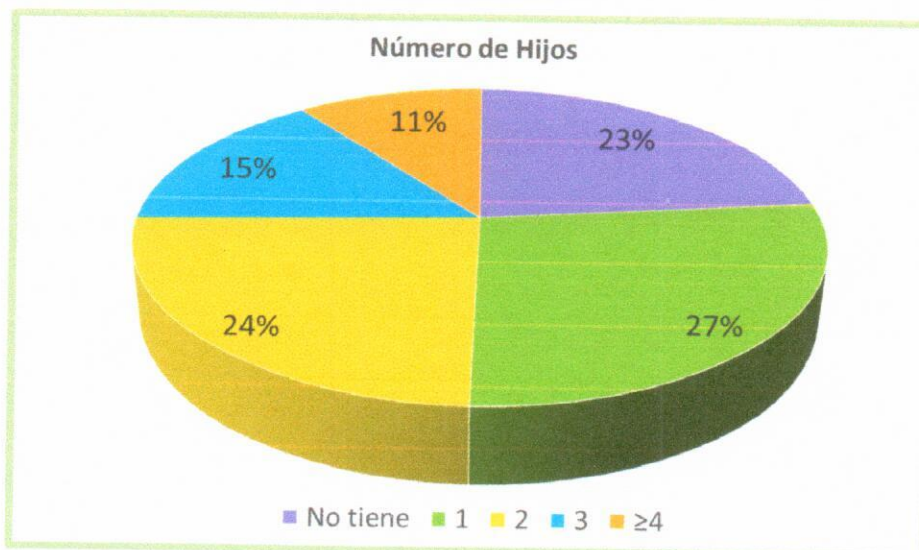
En cuanto al estado civil de la población se puede establecer que el 61% presenta una relación de pareja conformada a través de una unión libre en el 39% o matrimonio en el 22%.



Fuente: Encuesta perfil sociodemográfico HSLV

11.1.5. Hijos

El 77% de la población atendida refiere tener hijos en su mayoría entre 1 y 3 hijos, pese a ello hay un importante porcentaje de personas que no tienen hijos y que relaciona con la población infantil atendida.



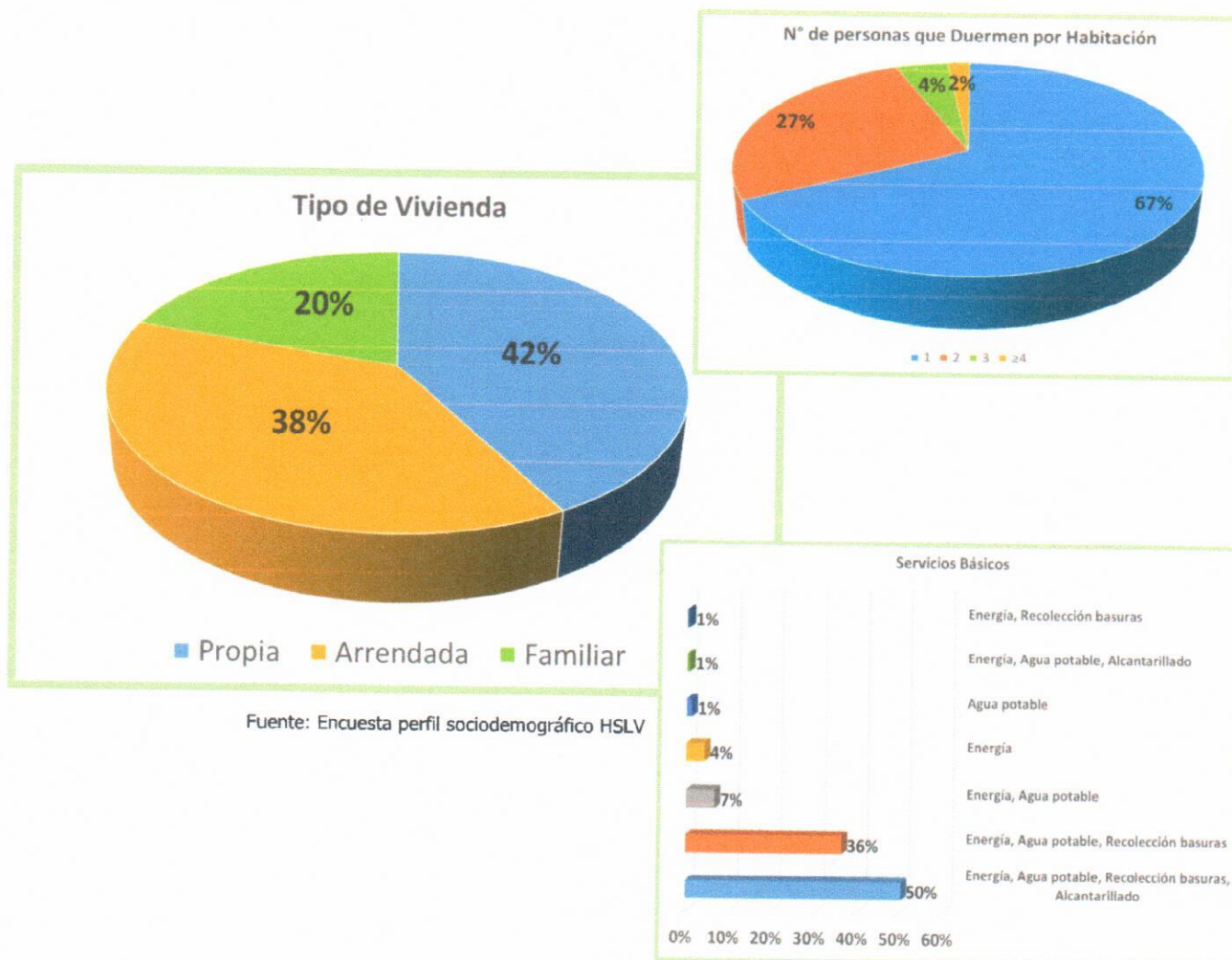


Fuente: Encuesta perfil sociodemográfico HSLV

11.1.6. Vivienda

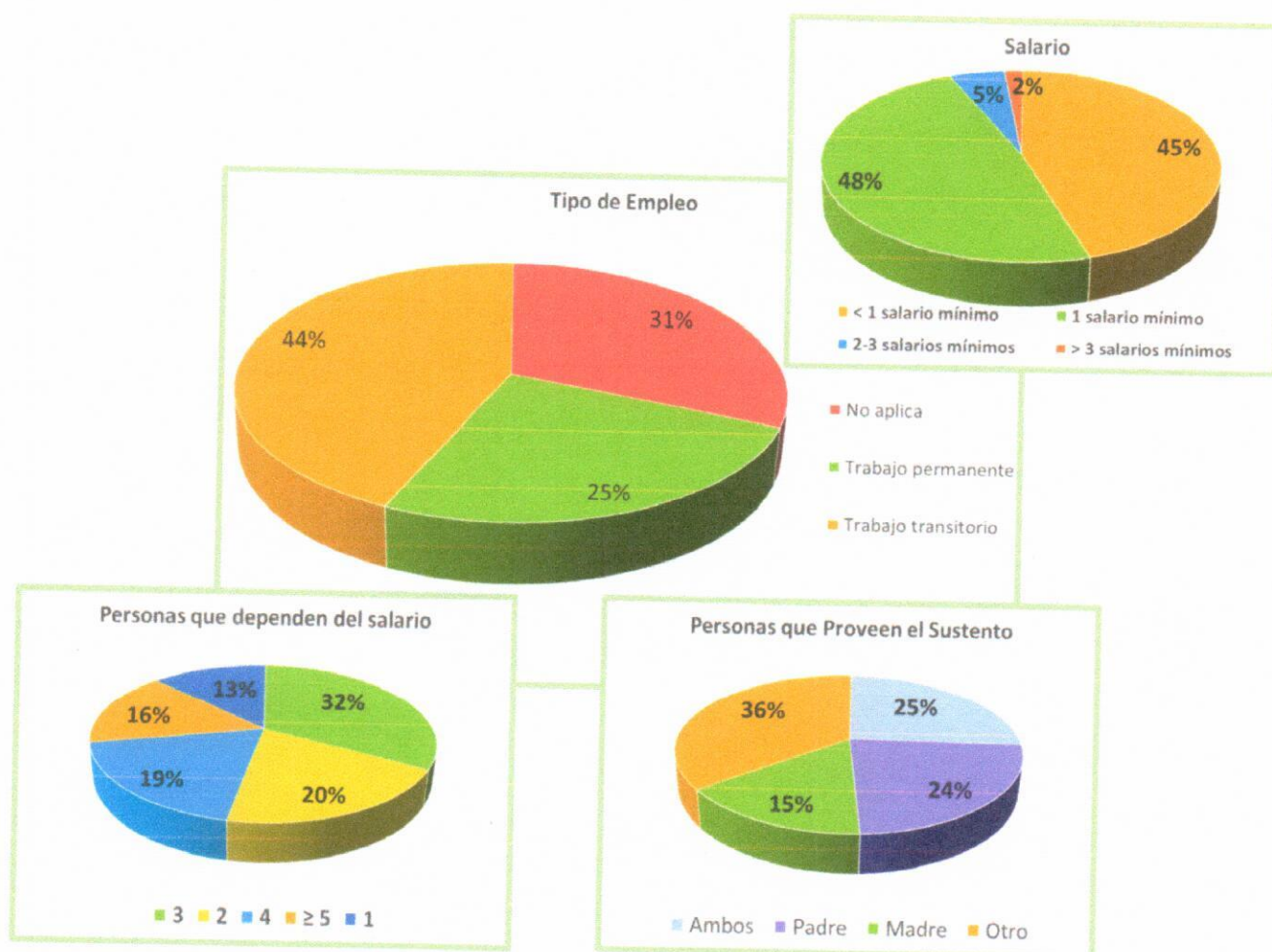
De la población atendida en el Hospital Susana López de Valencia el 42% cuenta con una vivienda propia y el 58% tiene una vivienda arrendada o familiar de las cuales solo el 50% tiene servicios básicos de agua potable, energía, alcantarillado, recolección de basuras y el resto varía entre los servicios de agua y energía o uno de los dos.

En las condiciones de la vivienda se puede establecer que duermen 3 o más personas por habitación en el 6% de la población, criterio que puede relacionarse con las necesidades insatisfechas y el grado pobreza en la población.



11.1.7. Ingresos por Familia

Del 69% de la población que labora solo el 31% cuenta con un trabajo permanente y los ingresos oscilan entre menos de un salario mínimo y un salario mínimo en el 93% de las personas, generando fuente de sustento para un rango de 2 a más de 5 personas en el 87%.



Fuente: Encuesta perfil sociodemográfico HSLV



11.2. Perfil epidemiológico Hospital Susana López de Valencia

11.2.1. Morbilidad por eventos según CIE-10 -Consulta externa Hospital Susana López de Valencia ESE

Diez Primeras Causas De Morbilidad Por Consulta Externa - Año 2016			
Nº	Código	Descripción diagnostico	Cantidad
1	Z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	1278
2	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	987
3	H527	Trastorno de la refracción, no especificado	701
4	E039	Hipotiroidismo, no especificado	646
5	H110	Pterigion	533
6	S525	Fractura de la epífisis inferior del radio	457
7	Z489	Cuidado posterior a la cirugía, no especificado	412
8	N40X	Hiperplasia de la próstata	402
9	Z488	Otros cuidados especificados posteriores a la cirugía	358
10	B977	Papilomavirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos	353
		Las demás causas	29520
		TOTAL	35647

Fuente. Oficina de estadística Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

Dentro de las principales causas de morbilidad por total de consulta, presentadas en el Hospital durante el año 2016, se encuentra en los primeros lugares la supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación que corresponde al énfasis materno infantil del hospital donde somos centro de referencia y es acorde al morbilidad el departamento que inicia desde la adolescencia(12-18), la juventud(14-26), la adultez(27 a 59) e incluso en las personas mayores(>60) hay incremento, la hipertensión esencial ocupa el segundo lugar acorde al perfil del departamento con una prevalencia de 5,09, incrementadas con respecto al año anterior.

Sigue siendo objeto de mejora la identificación de los diagnósticos "demás causas" que representan el 82% de la morbilidad de la consulta externa.



11.2.2. Morbilidad por eventos según CIE-10.- Urgencias Hospital Susana López de Valencia ESE

Diez Primeras Causas De Morbilidad Urgencias - Año 2016			
Nº	Código	Descripción diagnóstico	Cantidad
1	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1518
2	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1372
3	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	1173
4	O200	Amenaza de aborto	1079
5	Z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	715
6	Z349	Supervisión de embarazo normal no especificado	646
7	O234	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	457
8	R51X	Cefalea	421
9	O034	Aborto espontaneo: incompleto, sin complicación	387
10	K297	Gastritis, no especificada	380
		Las demás causas	42257
		TOTAL	50405

Fuente. Oficina de estadística Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

Dentro de las principales causas de morbilidad por urgencias, en el Hospital durante el año 2016, se encuentra en primer lugar la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, que al igual que en el Departamento está priorizado en la mayoría de grupos poblacionales por su prevalencia.

El resto del perfil de urgencias siguen siendo los diagnósticos relacionados con el embarazo que como se indicó es prevalente en todos los ciclos vitales de atención.

11.2.3. Morbilidad por eventos según CIE-10.- Hospitalización Hospital Susana López de Valencia ESE.

Diez Primeras Causas de Morbilidad por Hospitalización - Año 2016			
Nº	Código	Descripción diagnóstico	Cantidad
1	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	606
2	P369	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	556
3	J459	Asma, no especificada	338
4	P599	Ictericia neonatal, no especificada	298
5	J159	Neumonía bacteriana, no especificada	254
6	O411	Infección de la bolsa amniótica o de las membranas	254
7	J189	Neumonía, no especificada	253
8	O234	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	226



Diez Primeras Causas de Morbilidad por Hospitalización - Año 2016			
Nº	Código	Descripción diagnostico	Cantidad
9	Z489	Cuidado posterior a la cirugía, no especificado	208
10	K800	Calculo de la vesícula con colecistitis aguda	145
		Las demás causas	9299
		TOTAL	13692

Fuente. Oficina de estadística Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

La principal causa de morbilidad por hospitalización se encuentra asociada con la atención del parto, seguida por las infecciones de vías urinarias que están acorde con lo manifestado anteriormente en la morbilidad de urgencias y consulta externa. Para esta vigencia tiene relevancia la sepsis bacteriana en el Recién Nacido, referida con la Unidad de Neonatología que aporta un gran número de egresos hospitalarios.

12. ASPECTOS ECONOMICOS Y FINANCIEROS DEL HOSPITAL

Teniendo en cuenta las condiciones permanentes establecidas por la normatividad vigente en el sector salud, que generan exigencias de funcionamiento y calidad lo que significa para la institución una inversión continua de servicios, frente a una falta de pago por parte de las EPS, y los parámetros de cobro y pago que traen para las IPS altos porcentajes de glosa, cartera e iliquidez, situación que ha hecho que el Hospital permanentemente este estructurando nuevas estrategias para lograr la permanencia en el mercado, que ha desbordado la capacidad de respuesta del subproceso de auditoría, causando un retraso en el registro de las objeciones e incrementando el riesgo de aceptación de glosas por respuesta extemporánea y la falta de información clara respecto de la cartera inicialmente reconocida para pago.

12.1. Venta de Servicios

La venta de servicios del Hospital Susana López de Valencia en la vigencia 2016 se realiza principalmente con entidades del régimen subsidiado con una participación 68,57% seguido del régimen contributivo con el 14,73% donde es representativo la PPNA, SOAT, FOSYGA y otras aseguradoras como la Policía Nacional, los docentes han disminuido su participación con la apertura de otra IPS propia.

Con respecto a la PPNA, registra una leve recuperación al incrementar su participación del 4% al 6% entre los años 2015 y 2016 respectivamente con relación al total del ingreso reconocido por venta de servicios, justificado en el cambio del modelo de facturación de lo No Pos con cargo directamente a la Secretaria Departamental de Salud del Cauca.



Los demás pagadores con menor representatividad como fuente de ingresos por venta de servicios (9% del total reconocido por venta de servicios) agrupa los servicios de salud prestados a entidades como Compañías aseguradoras, Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, Administradoras de Riesgos Laborales, Policía Nacional, entre otras.

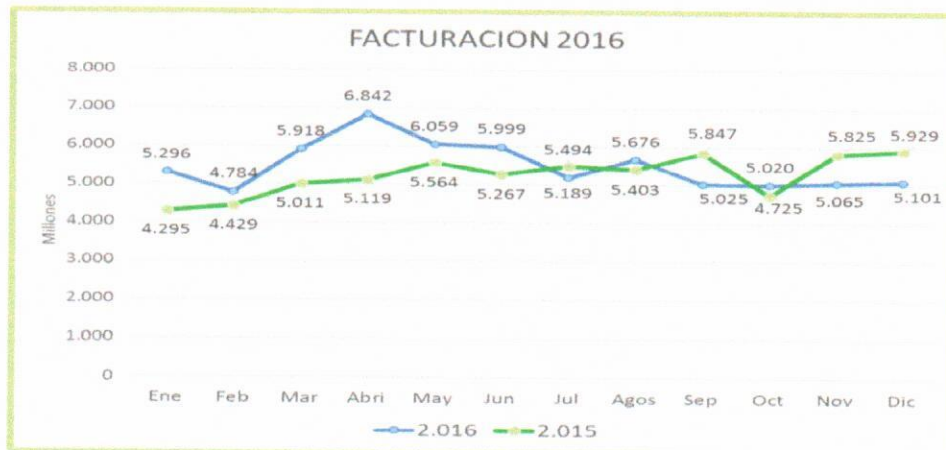
12.2. Otros Ingresos

Dentro de los ingresos de capital se incluyen los rendimientos financieros por la permanencia de recursos en bancos, registrando una disminución en un 42.15% con relación al compromiso y recaudo del año anterior, generado por el bajo flujo de recursos que hace que el dinero no se estacione en las cuentas bancarias, sino que se pague rápidamente a los proveedores y acreedores. Se registran otros ingresos generados por arrendamientos, aprovechamientos, constancias, reciclaje, descuentos por pronto pago a proveedores entre otros.

Se incluye también el concepto de recuperación de cartera correspondiente a cuentas por cobrar de vigencias anteriores cuyo porcentaje frente al ingreso total reconocido a Diciembre 31 es mayor en 2 puntos porcentuales al del año anterior arrojando un 23% (años 2015 y 2016), el cual constituye el soporte principal de financiamiento de las obligaciones por pagar de vigencias anteriores y parte de la actual.

12.3. Facturación, Costos y Rentabilidad

Durante el año 2016 el total facturado generado por los centros de costos operativos del Hospital, fue de \$65.932.509.913, es decir un promedio mensual de \$ 5.494.375.826 millones de pesos, de los cuales en promedio el 40% de la facturación es generado por el centro de atención de la unidad materno infantil (UMI).



Fuente. Oficina de Facturación Hospital Susana López de Valencia E.S.E.



El comportamiento de la facturación hasta el cuarto trimestre del año 2016 presenta un aumento del 4,9% frente a la facturación del mismo periodo en el año inmediatamente anterior, equivalente a \$ 3.231.897.488

Durante la Vigencia 2016 el costo total presentado fue de \$ 53.457.970.732, que comparados con la facturación total, el Hospital, presentó un margen de rentabilidad de 23.34%, equivalente a \$ 1.039.544.932 en promedio mes.

A continuación se realiza un análisis detallado de la productividad de cada uno de los centros de costos operativos que hacen parte de la estructura del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

CENTRO DE COSTOS	COSTOS	TOTAL FACTURADO	MARGEN UTILIDAD	%UTILIDAD
Farmacia	8.460.941.483	13.123.424.391	4.662.482.908	55,11
Laboratorio	3.246.972.121	6.811.839.598	3.564.867.477	109,79
Quirófano	8.020.502.297	11.442.169.389	3.421.667.092	42,66
Uci neonatal	5.323.738.374	7.294.560.364	1.970.821.990	37,02
Imagenología	2.297.530.009	4.122.901.059	1.825.371.050	79,45
Terapia respiratoria	1.085.640.201	2.490.199.727	1.404.559.526	129,38
Hospitalización	4.471.654.124	5.153.871.577	682.217.453	15,26
Fisiatría	267.514.817	375.796.714	108.281.897	40,48
Unidad materno infantil	368.790.047	447.502.563	78.712.516	21,34
CPCU	298.427.440	291.168.232	(7.259.208)	(2,43)
Uci pediátrica	2.645.158.378	2.566.270.566	(78.887.812)	(2,98)
Fisioterapia	395.657.177	351.378.900	(44.278.277)	(11,19)
Ambulancias	313.586.004	266.069.182	(47.516.822)	(15,15)
Consulta ext.	1.673.653.088	1.269.080.243	(404.572.845)	(24,17)
Sala partos	1.228.378.918	787.520.884	(440.858.034)	(35,89)
Urgencias	10.447.746.453	6.194.890.628	(4.252.855.825)	(40,65)
Costo/gasto total anual	53.457.970.732	65.932.509.913	12.474.539.181	23,34
Costo/gasto promedio mes año	4.454.830.894	5.494.375.826	1.039.544.932	23,34

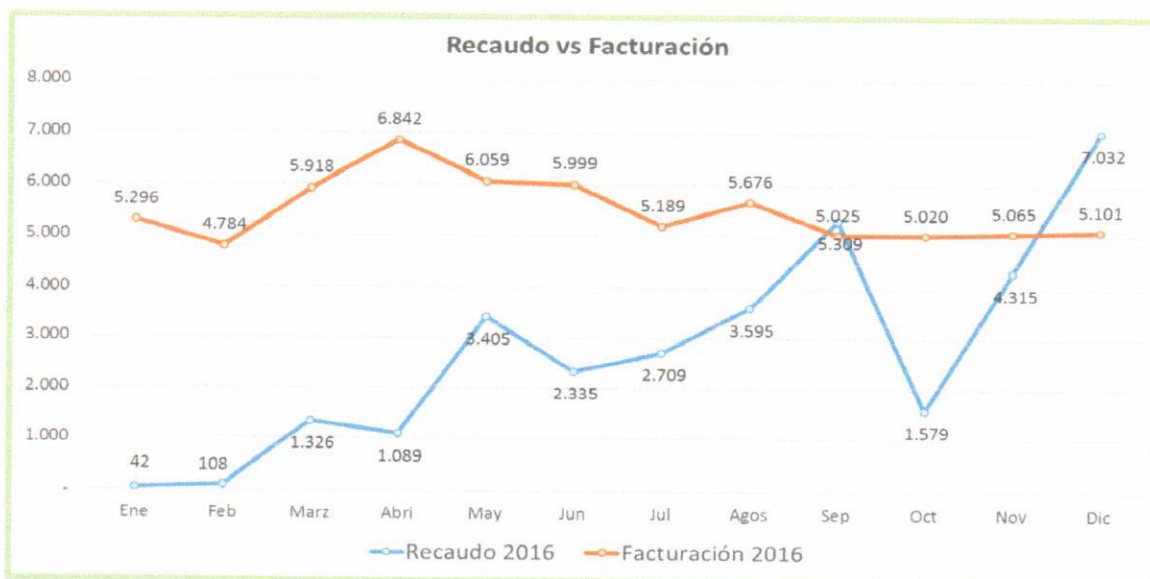
Fuente. Oficina de costos Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

En el cuadro anterior se puede observar que el centro de costos que mayor rentabilidad absoluta generó al hospital, a diciembre del año 2016, Farmacia e Insumos con el 55.11% como margen de rentabilidad; en segundo lugar se encuentra Laboratorio Clínico generó con un porcentaje de rentabilidad del 109.79%; Imagenología con un 79.45%, Seguidamente quirófanos con una rentabilidad de 42.66%; así mismo UCI Neonatal generó 37.02% de rentabilidad. Por ultimo dentro de los centros de costos más representativos en utilidad, se encuentra Terapia Respiratoria, con un 129.38%.



De otro lado es importante mencionar antes de efectuar el análisis general de los centros de costos que generan pérdida, que algunos de ellos son la entrada principal y generadores de servicios de ayudas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos, apoyo terapéutico, entre otros, los cuales aportan utilidad que apalanca la pérdida.

12.4. Recaudo



Fuente. Oficina de Cartera Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

Recaudo de la Vigencia Actual

Promedio indicador a Diciembre 2014	:	57.10%
Promedio indicador a Diciembre 2015	:	45.13%
Promedio indicador a Diciembre 2016	:	51%

Recaudo de la Vigencia

EPS	Facturación 2016	Recaudo 2016
Asmet Salud ESS	21,25%	62,67%
Emssanar ESS	20,49%	54,96%
Asociación Indígena del Cauca EPSI	11,94%	65,68%
Salud Vida EPS	11,24%	10,95%
Nueva EPS	8,12%	54,78%
Secretaria Departamental de Salud del Cauca	5,82%	0,18%
Cooameva EPS	3,63%	11,35%
Policía Metropolitana	3,26%	56,92%
EPS Sanitas	3,21%	54,45%
Mallamas EPSI	2,36%	54,59%
	91,33%	

Fuente. Oficina de Cartera Hospital Susana López de Valencia E.S.E.



El mayor porcentaje de facturación lo constituyen 10 entidades con el 91,33%, cuyo comportamiento de recaudo de la vigencia es variable. Se destaca el comportamiento en los pagos de Asmet Salud EPS y Emssanar ESS durante el último trimestre de 2016, lo que mejoró el indicador anual. Desafortunadamente existen comportamientos que desmejoran el panorama global de recaudos, como es el caso de Salud Vida EPS, Coomeva EPS y la Secretaria Departamental de Salud del Cauca.

El hecho que la facturación se halla concentrado en tan pocas EPS, ha hecho que su incumplimiento en las expectativas de pago genere problemas de liquidez al Hospital, situación que empeora cuando no se tiene contrato de prestación de servicios ya de pertenecer a su red, no se priorizan los pagos para la ESE.

Con respecto al recaudo el régimen subsidiado incrementó su indicador respecto de la facturación del IV trimestre y fue el más elevado de la vigencia, destacando que entidades morosas con cesación de pagos como Salud Vida EPS, realizó abonos durante noviembre y diciembre de 2016, gracias a acuerdos de pago y compra de cartera.

El régimen contributivo incrementó considerablemente el porcentaje de recaudo respecto de la facturación del trimestre, siendo el más elevado de la vigencia, mejorando bajos indicadores (Trimestre I= 2.25%, Trimestre II=15,93%, Trimestre III=55.72%), incluso el recaudo superó el valor facturado, a consecuencia de la aplicación presupuestal de los pagos de Nueva EPS y un abono por compra de cartera de Coomeva EPS.

El régimen de excepción presenta una disminución considerable y un recaudo representativo dentro del IV trimestre, como consecuencia de los pagos realizados por la Policía Metropolitana de Popayán y Sanidad Militar, quien antes del cierre de la vigencia realizó abonos a los servicios de urgencias prestados a sus afiliados.

Recaudo de vigencias Anteriores (Rezago de Cartera)

Indicador 2014	:	64.88%
Indicador 2015	:	79.72%
Indicador 2016	:	47.28%

Al finalizar la vigencia 2016 se ha recaudado el 47.29% del total de la cartera con la que se cerró la vigencia 2015, equivalente a \$20.192 millones.

Para el recaudo del rezago, debemos considerar que a 31 de Diciembre de 2015, Caprecom EPS, figura como el principal deudor de la ESE, situación que impacta sobre las metas de recaudo del rezago, toda vez, que declarada la liquidación de la entidad, nos sometemos a procesos administrativos y legales a mediano plazo que



impiden las expectativas de recaudo de dicha cartera. La celeridad en el proceso de liquidación y la posibilidad de pago de aquello reconocido se convierte en algo primordial para la ESE, y en general, para muchos prestadores con grandes volúmenes de cartera con Caprecom EPS, quien en su primera revisión de la reclamación ha aceptado un total del 57.29% del total reclamado que asciende a \$8.105 millones de pesos. A la fecha se han reconocido \$5.800 millones y se está a la espera de que el liquidador determine el plan de pagos de lo reconocido.

A renglón seguido, entre los mayores deudores se encuentra Emssanar ESS, quien contribuyó con el 24.8% del total de recaudo de vigencias anteriores, y en resumen los 10 principales deudores se comportan de la siguiente forma:

Entidad	Cartera Dic 2015	Recaudo Rezago 2016
Caprecom EPS	18,13%	0,00%
Emssanar ESS	12,73%	95,92%
Salud Vida EPS	11,70%	89,63%
Asmet Salud EPS	8,75%	85,65%
Nueva EPS	6,81%	79,43%
Coomeva EPS	5,34%	38,75%
Secretaria Salud Cauca	3,22%	26,16%
Policía Metropolitana Popayán	2,41%	62,23%
Mallamas EPS	1,29%	98,49%
EPS Sanitas	1,22%	54,74%
AIC EPI	1,21%	88,10%
Total	72,81%	

El mejoramiento de los niveles de recaudo de la vigencia y de recaudo de vigencias anteriores, durante el tercer y cuarto trimestre del año, se ve reflejando en que los saldos de cartera disminuyeron respecto del anterior corte a 30 de Junio de 2016.

Los comportamientos de deuda entre regímenes se mantienen y se resume de la siguiente forma:

Régimen	2015	2016
Subsidiado	61,15%	57,87%
Subsidio a la Oferta	7,37%	8,74%
Contributivo	20,32%	21,96%
SOAT	5,30%	6,22%
Otros	5,85%	5,21%
TOTAL	100%	100%

Fuente: Depuración de cartera. Ley 1797 de 2016

En cumplimiento de la Ley 1797 de 2016 y de aquellas que regulan el nuevo marco contable, se realizó el siguiente castigo de cartera por valor de \$3.823.093.328.



12.5. Equilibrio Financiero

La relación de los reconocimientos/compromisos totales reporta al mes de diciembre de 2016 un superávit presupuestal de 19.985 millones, menor al del año anterior 24.547 millones y mayor a 15.473 millones del año 2014. Los valores facturados en todos los regímenes presentan un incremento en el periodo comparado, cumpliendo con la meta prevista para el año 2016. En cuanto a otras ventas de servicios de salud el porcentaje de crecimiento se mantiene comparado al año inmediatamente anterior por factores como: la atención de población docente actualmente su asegurador los atiende en una IPS propia y que en esta clasificación se encuentra la población fluctuante.

Frente al proceso de facturación se ha mejorado en la implementación de medidas para el cierre de ingresos dentro del periodo y seguimiento y control a las radicaciones de las entidades para mejorar el flujo. En el área asistencial se están realizando retroalimentaciones a los médicos generales y especialistas sobre las dificultades en el registro y soporte de actividades, para lo que en año 2017 se tiene un plan de integración y capacitación en temas clasificados como prioritarios como correcto y completo diligenciamiento de Historia Clínica y conocimiento de correcto diligenciamiento de factores de la Resolución 3374 de 2000.

12.6. Equilibrio Corriente

En la relación recaudos/compromisos totales reporta al mes de diciembre un déficit presupuestal de 11.625 millones, generado por el comportamiento de los ingresos que ha estado afectado por el no pago oportuno de las entidades aseguradoras de planes de beneficio, generando iliquidez y con ello aumento de las cuentas por cobrar y por pagar de la vigencia y de periodos anteriores. Frente a esto la gerencia apoyado por la Secretaria Departamental de Salud realiza gestión de recaudo de cartera y continua con la implementación de medidas administrativas relacionadas con la racionalización del gasto, incremento de la productividad, análisis del gasto-costos, mejora en la auditoría de cuentas, trámite de glosas y devoluciones entre otras, buscando siempre cumplir con la meta inicial de lograr equilibrio corriente en cada vigencia, cancelación de los pasivos de vigencias anteriores y finalmente la generación de ahorro o superávit con la operación corriente.



13. ANALISIS ESTRATEGICO

El análisis de entornos se desarrolló a partir de un diagnóstico participativo con la gerencia, subdirectores, junta directiva, coordinadores, líderes y subdirectores a partir de la metodología DOFA teniendo en cuenta los criterios base tomados de la metodología del Plan integral de gestión del riesgo los cuales son: población área de influencia, población por pagador, perfil epidemiológico, IPS áreas de influencia, portafolio de servicios, capacidad instalada vs capacidad de oferta, producción, calidad, procesos prioritarios, SOGC, TICS, gestión documental, mantenimiento hospitalario, sistema integral de gestión, procesos judiciales, impacto financiero, procesos en contra, pasivos, cuentas por cobrar, estados financieros, costos por servicio, venta de servicios, otros ingresos, competitividad, desarrollo tecnológico y desarrollo del talento humano. Con la información recolectada, se aplicó una metodología de priorización, realizando una lista de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, a partir de las cuales se determinaron los factores internos y externos que permitieron la estructuración de estrategias, como se puede evidenciar en los siguientes cuadros:

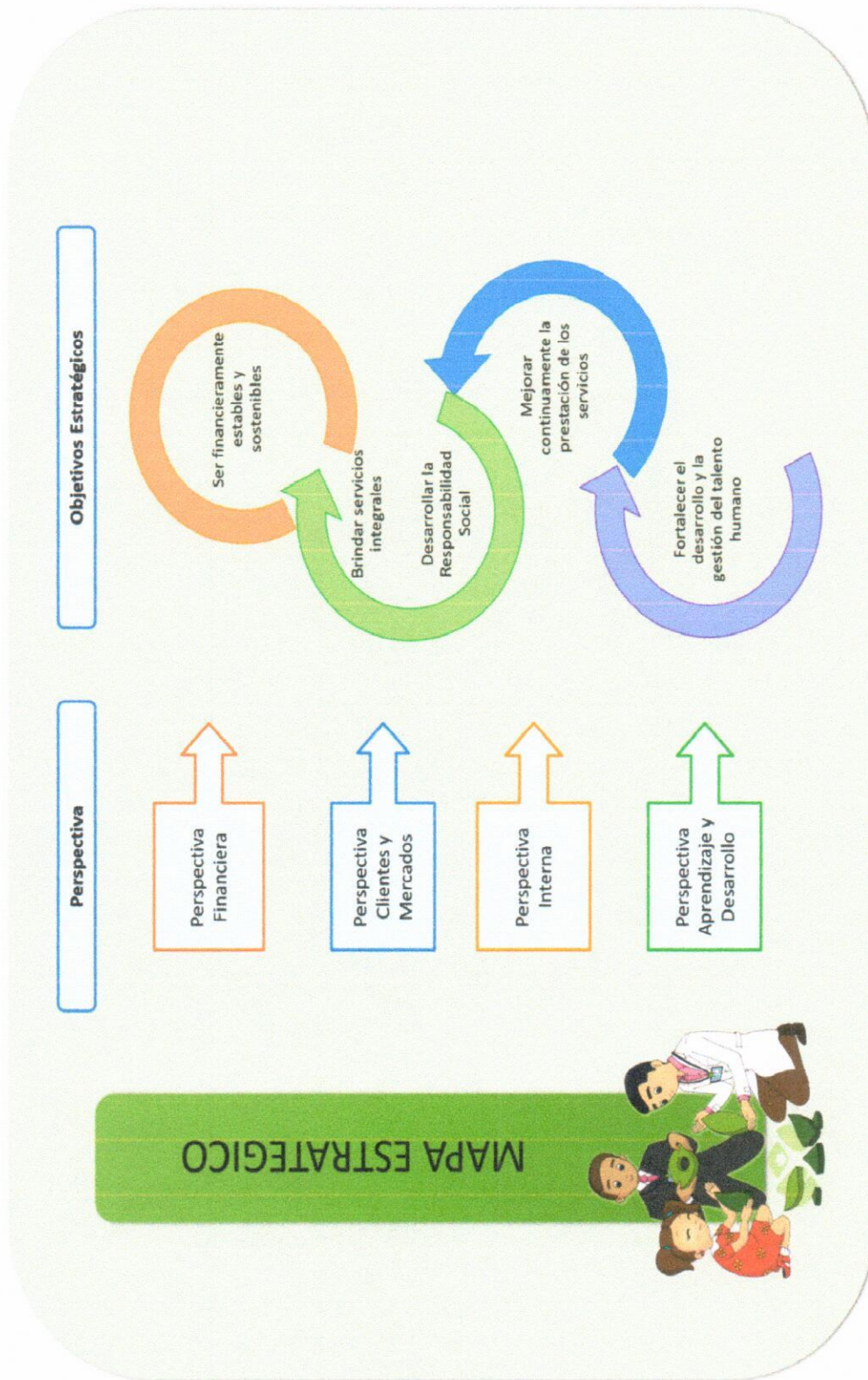
ANALISIS INTERNO		ANALISIS EXTERNO	
FORTALEZAS	Compromiso de la Junta Directiva y el equipo directivo	Alto porcentaje de población del sur occidente colombiano que requiere servicios integrales de salud con énfasis infantil.	OPORTUNIDADES
	Existe espacio físico que permita la ampliación de servicios	Fortalecer la atención materno infantil dado que el Departamento presenta alta mortalidad en este grupo	
	Renovación tecnológica	Articularse a las políticas de salud diseñadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y entes gubernamentales	
	Alto grado de satisfacción al usuario	La implementación del modelo SIAS y las rutas integrales de atención	
	Cultura organizacional	Alianzas estratégicas para la prestación de servicios	
	Rentabilidad	Nuevos mercados con entidades privadas y usuarios particulares	
	Servicios de Imagenología por telemedicina	Nuevos servicios para la población dentro del postconflicto	
	Equipos seguros de buena calidad	Recursos por parte de entes Gubernamentales para la financiación de proyectos	
	Servicios con énfasis pediátricos especializados	Negociación de tasas de rendimiento en inversiones	
	Instalaciones del bloque pediátrico	Ser beneficiados con la compra de cartera	
	Se cuenta con personal idóneo para dar respuesta a la demanda y se trabaja coordinadamente con los procesos asistenciales	Existencia de fallos jurisprudenciales que generan precedentes para disminuir o mitigar la responsabilidad	
	Servicios y procedimientos costeados	Hacer parte de las mesas de conciliación realizadas con la Supersalud	



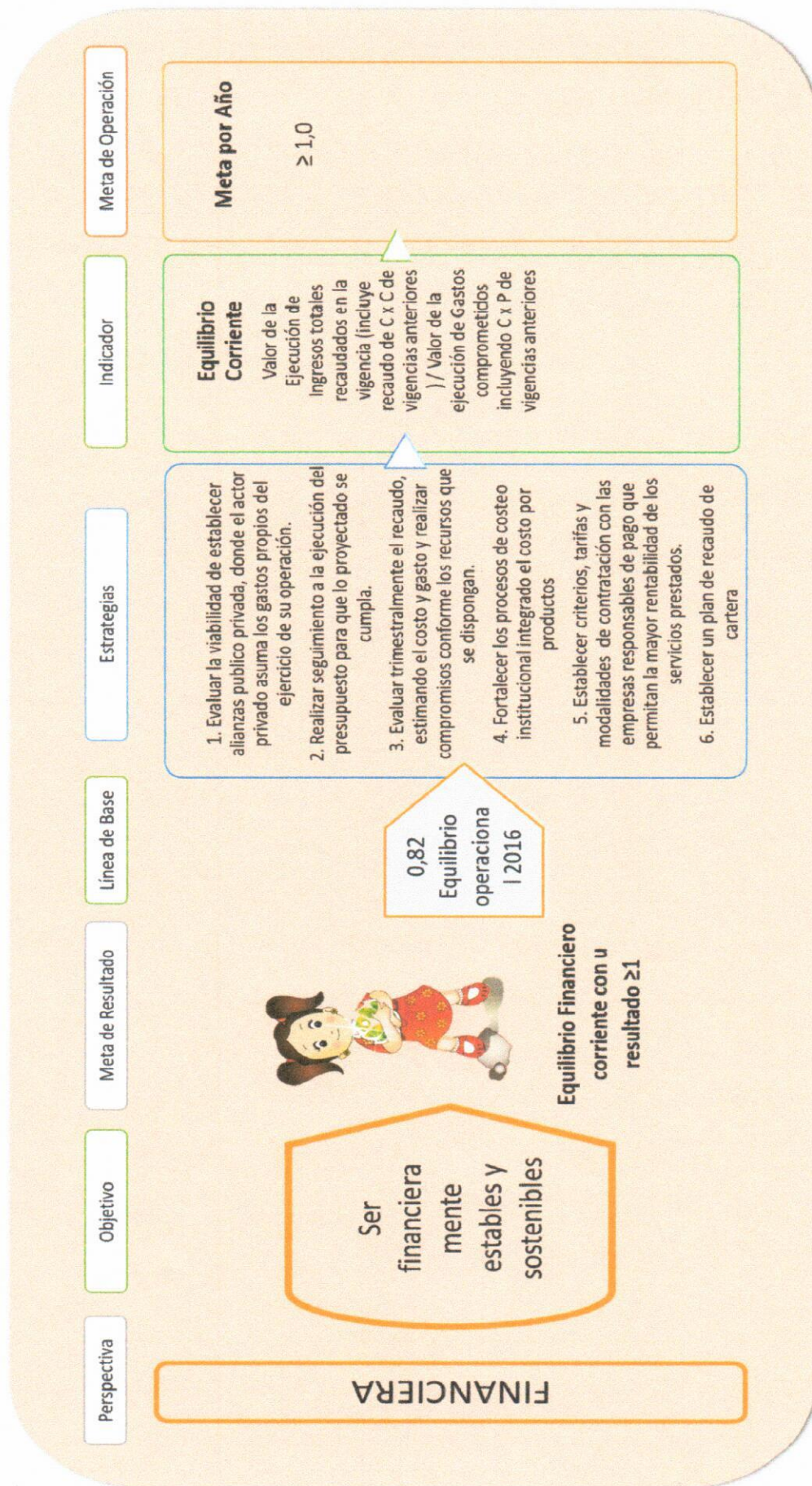
ANÁLISIS DOFA		
DEBILIDADES	Falta de integralidad y complementariedad del portafolio	Facilidad de los procesos de contratación en las IPS privadas
	Capacidad instalada subutilizada (quirófanos y consultorios)	Apertura de nuevos servicios de salud sin restricciones y mayor poder económico IPS privadas para la adquisición de tecnología de punta
	Pérdida de mercado	Generación de un perfil epidemiológico no real
	Servicios urgencias adultos (pequeña Hospitalización)	Deficiencia en el sistema de referencia y contra referencia de las EAPB
	No se cuenta con un programa de mercadeo	Integración vertical de clientes
	Disminución de la producción en la mayoría de los servicios	Red deficiente para la demanda de salud
	No apertura de servicios que mejoren la producción e innovadores	Disminución de la población infantil entre 0-14 años en los últimos 8 años
	Tarifas no competitivas	No cumplimiento de la normatividad de las EPS para las autorizaciones de los procedimientos y un alto índice de tramitología para la admisión y el manejo de los pacientes
	Glosas y anulaciones	Población enfocada a la atención en curación y no en prevención
	Obsolescencia de redes	La tasa de desempleo de los usuarios del sistema de salud, lo que genera poco poder adquisitivo para el pago de copagos y cuotas de recuperación.
	Baja inversión en propiedad, planta y equipo	Las EAPB no tienen red para garantizar la continuidad en la atención
	Activos representados en altos porcentajes de cartera	Normatividad cambiante en las políticas de salud del país
		AMENAZAS

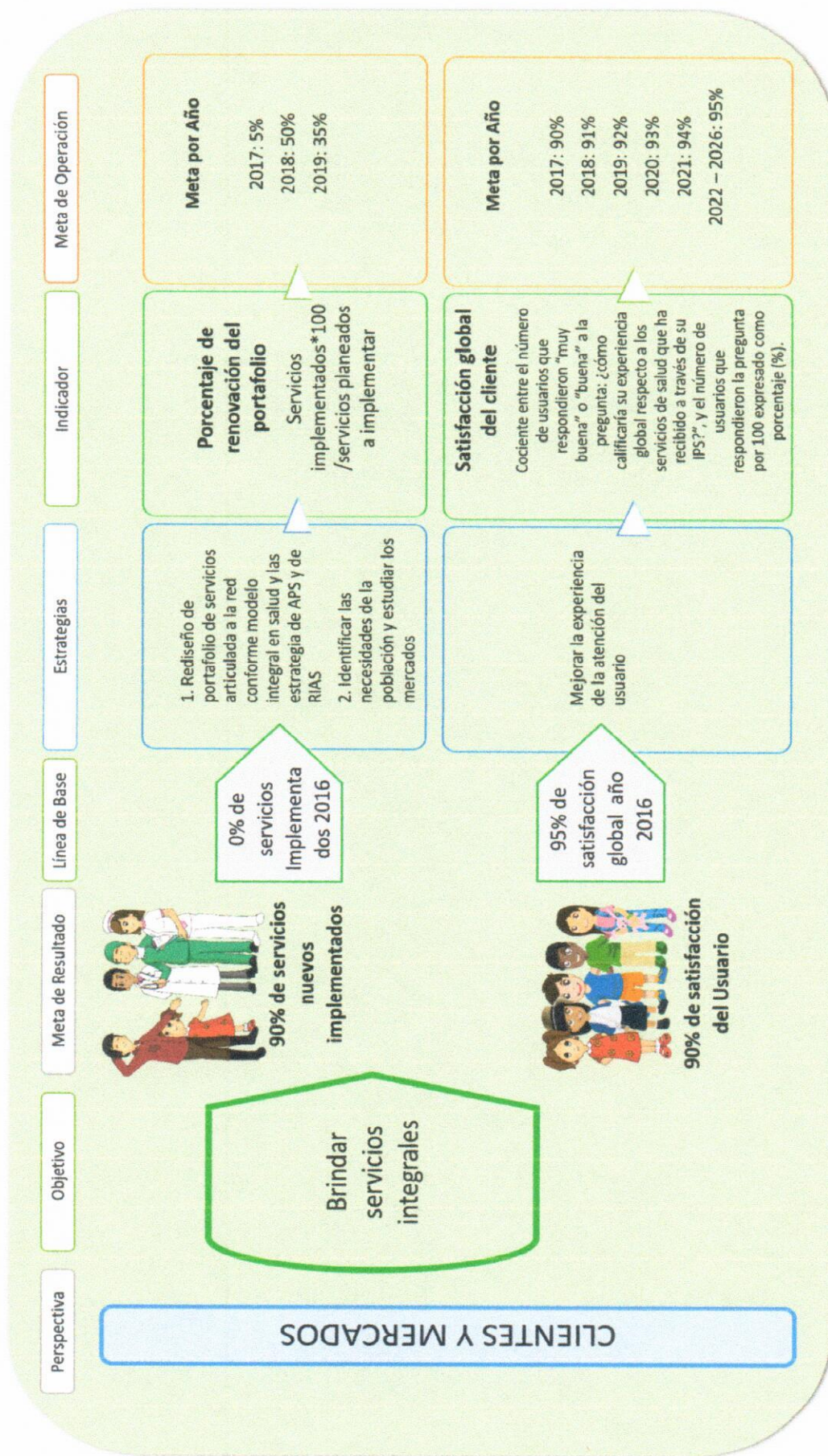
ESTRATEGIAS FORTALEZAS-OPORTUNIDADES	ESTRATEGIAS DEBILIDADES-AMENAZAS
Realizar transición a la Resolución 123 del 2012 "Manual de estándares acreditación versión 3", mediante la autoevaluación e implementación del plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	Realizar un presupuesto conforme a las proyecciones financieras, de crecimiento, comportamiento histórico y de PGIR y hacer seguimiento a su ejecución.
Gestionar las oportunidades de mejora de seguimiento del ICONTEC	Determinar un portafolio como prestador primario, complementario de media y de alta.
Establecer las acciones para la implementación del modelo integral en salud, mediante la estrategia de APS y de RIAS	Evaluar trimestralmente el recaudo, estimando el costo y gasto y realizar compromisos conforme los recursos que se dispongan.
Implementar la estrategia IAMI	Fortalecer los procesos de costeo institucional integrando el costo por productos.
Fortalecer los procesos de gestión clínica	Establecer criterios, tarifas y modalidades de contratación con las empresas responsables de pago que permitan la mayor rentabilidad de los servicios prestados.
Evaluar la viabilidad de establecer alianzas público privada, donde el actor privado asuma los gastos propios del ejercicio de su operación.	Formular un plan para la disminución gradual y porcentual de la cartera, glosas y devoluciones
Fortalecer el sistema de información	Toma de decisiones a partir de indicadores

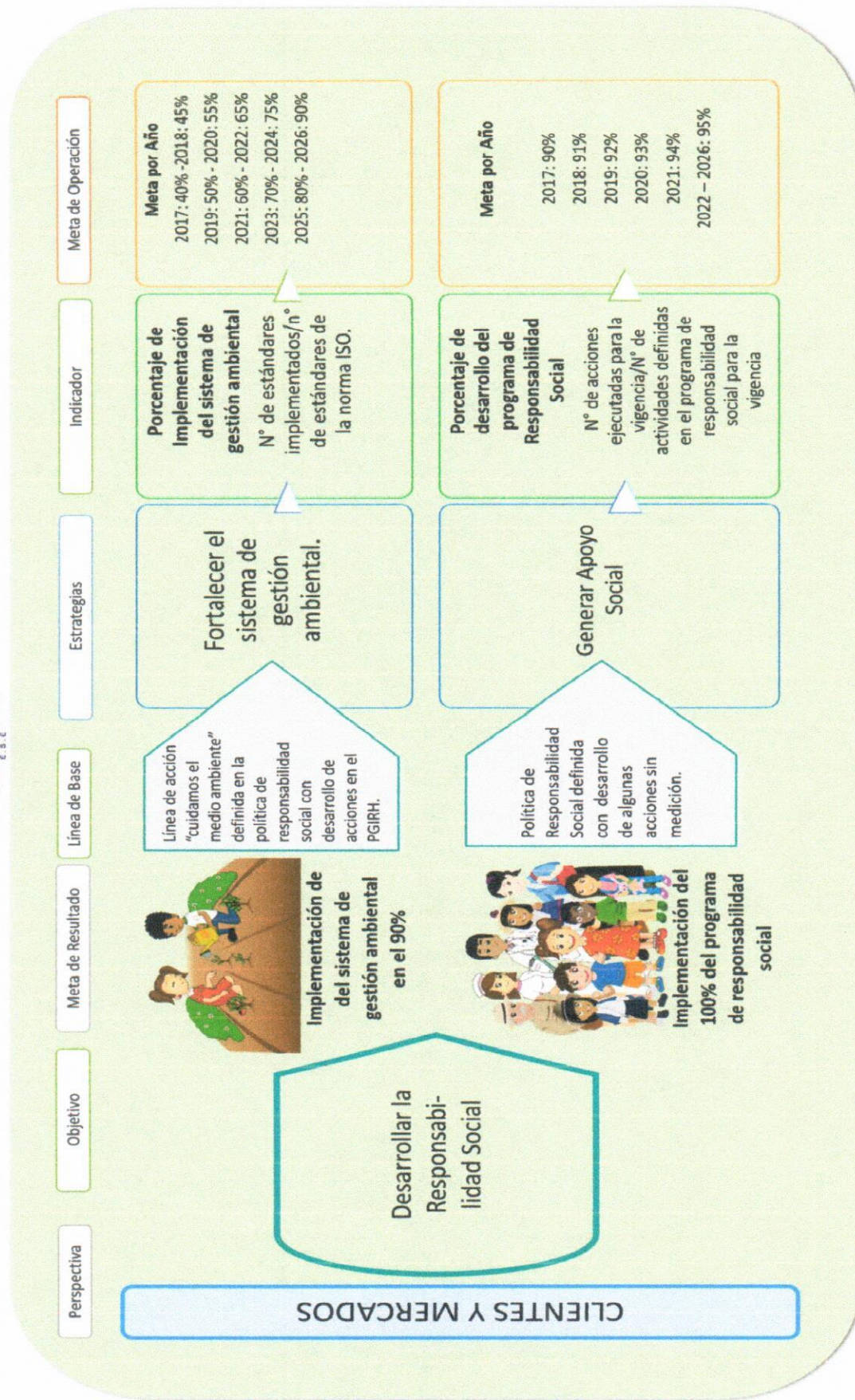
14. MAPA DE OBJETIVOS ESTRATEGICOS

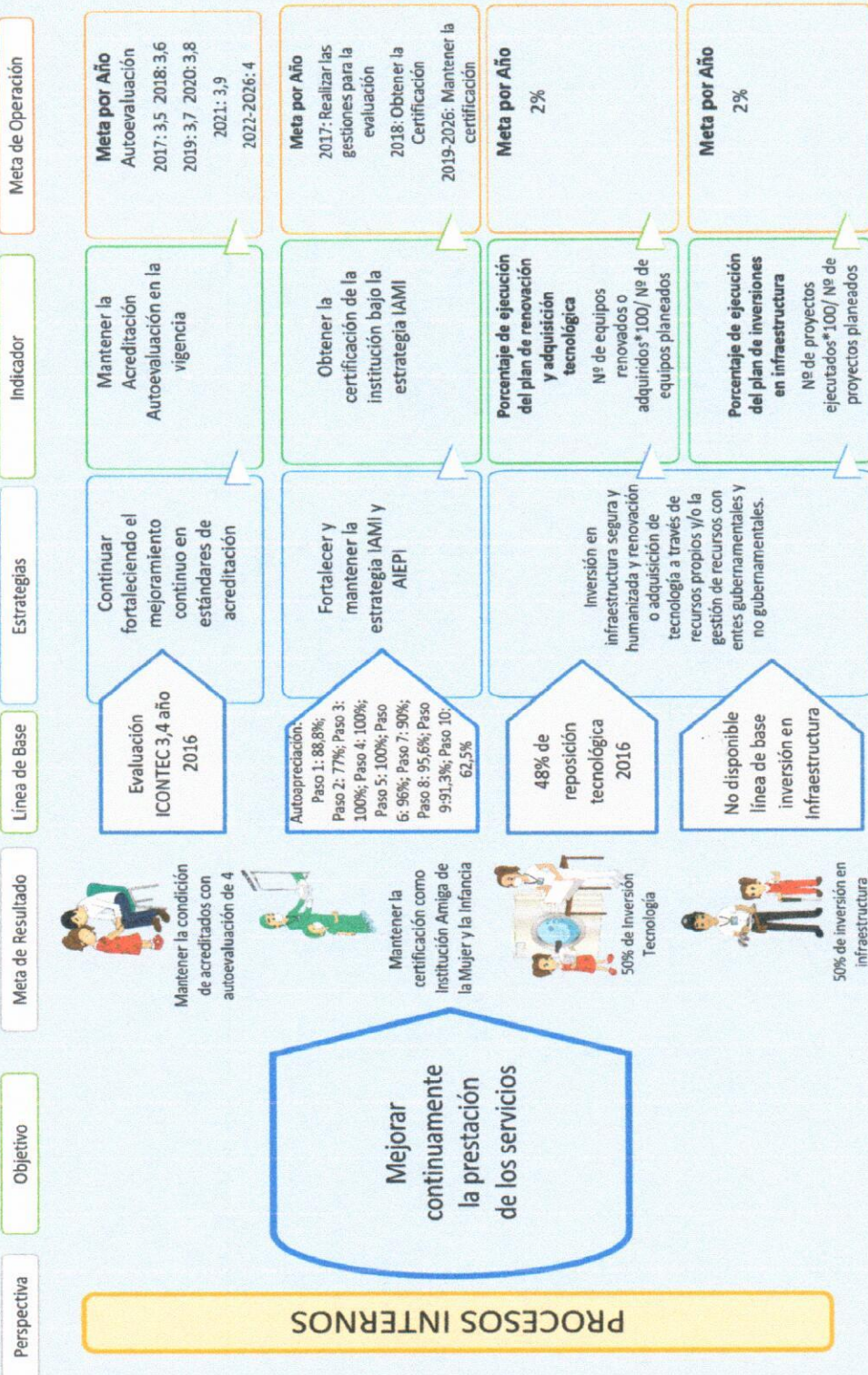


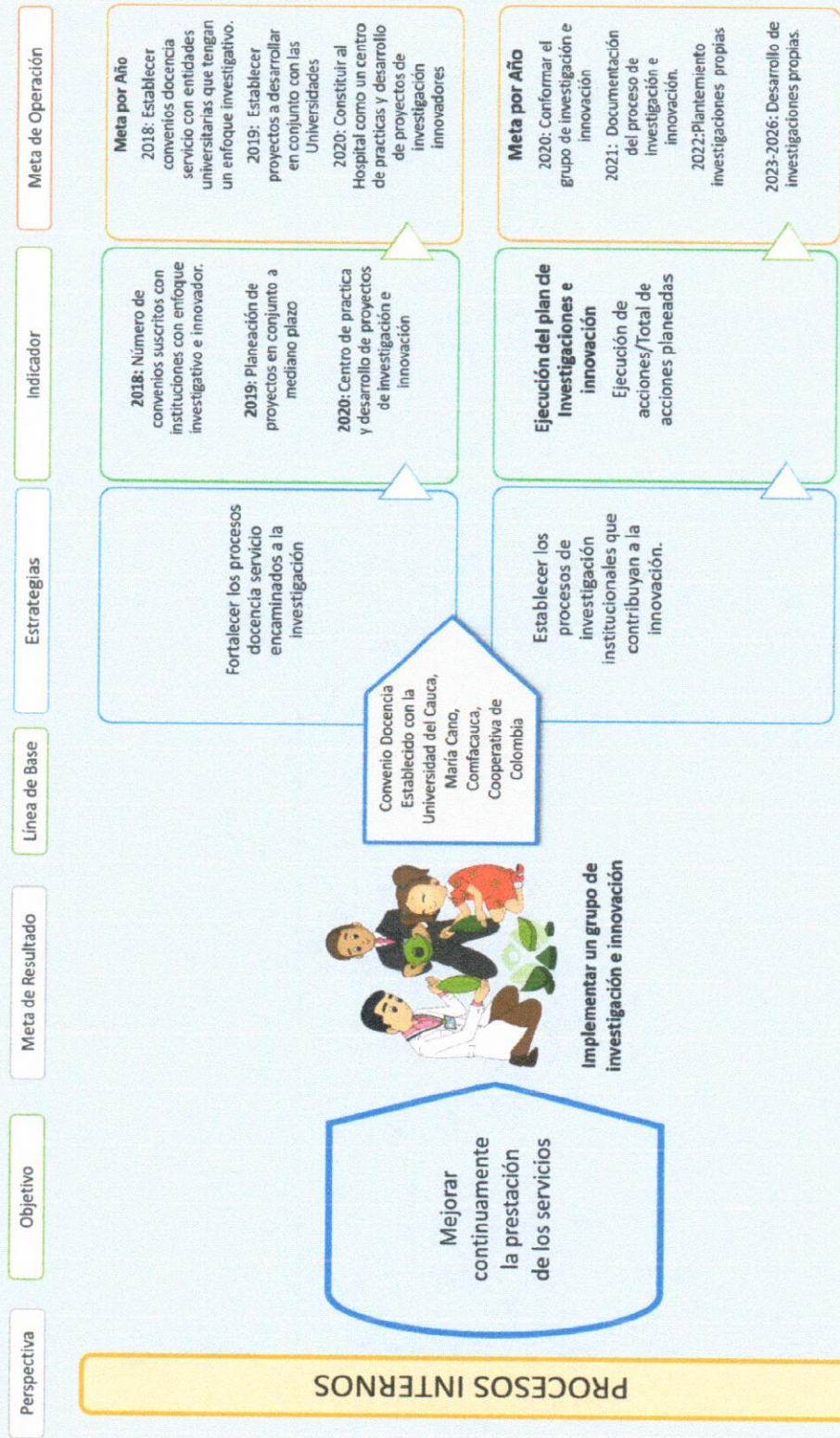
15. OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y METAS

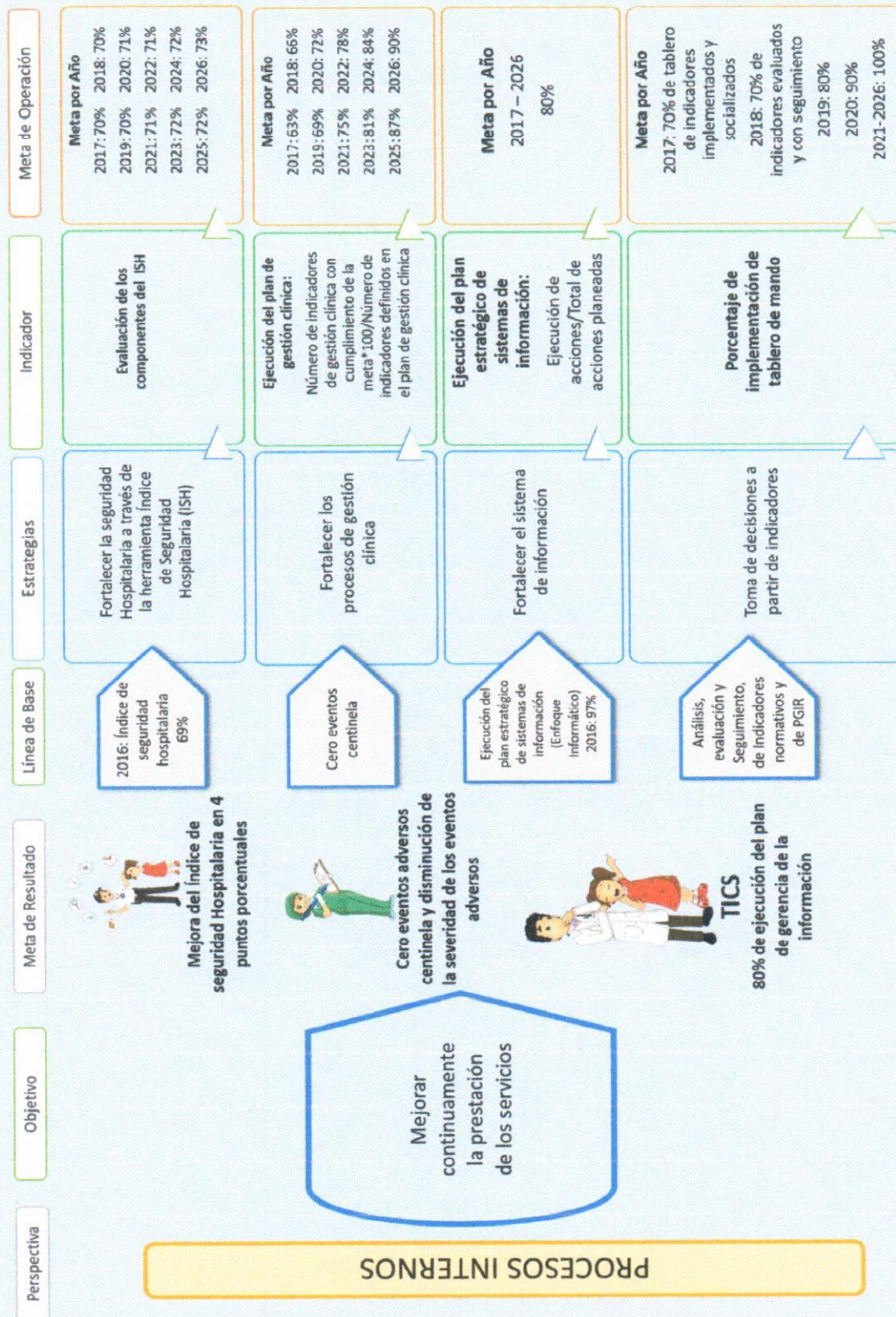


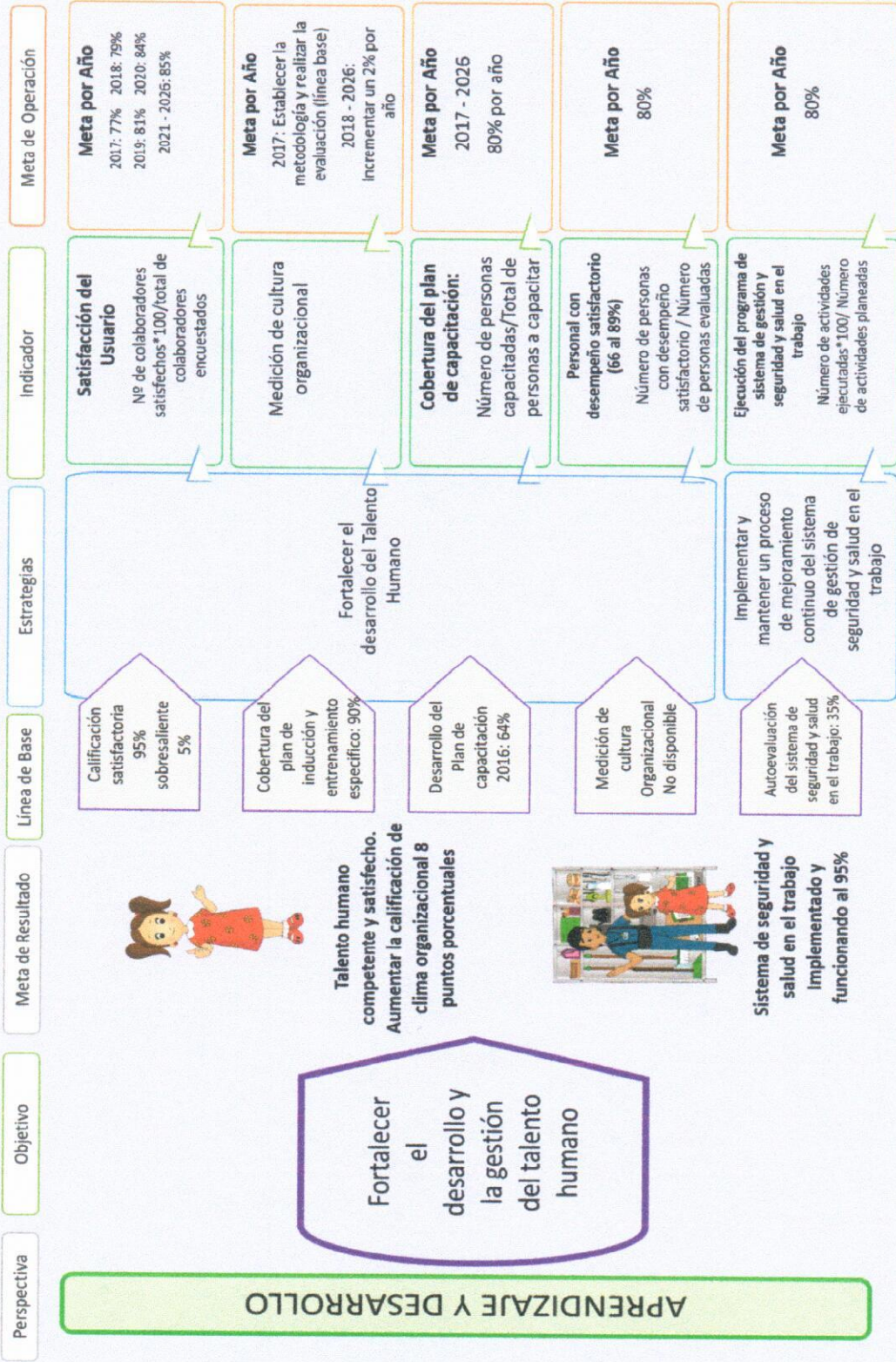














16. PLAN DE INVERSION 2017-2026

Teniendo en cuenta el diagnóstico, los objetivos y las estrategias organizacionales, se han identificado los siguientes proyectos, que permitan mejorar la calidad y la integralidad de los servicios y lograr la sostenibilidad financiera del Hospital:

Proyecto	Infraestructura	Equipos
Construcción del bloque integral críticos y quirúrgicos:	18.098.500.000	23.200.000.000
Urgencias	5.425.000.000	500.000.000
Imágenes diagnósticas	1.400.000.000	12.200.000.000
Unidades críticas (30)	4.375.000.000	3.800.000.000
Adecuación y ampliación de quirófanos para trasplantes, un quirófano adicional y modernización de la central de esterilización	4.798.500.000	6.500.000.000
Hospitalización adultos	2.100.000.000	200.000.000
Fortalecimiento de urgencias de ginecología	1.225.000.000	300.000.000
Fortalecimiento de la unidad de cuidado intensivo neonatal	420.000.000	800.000.000
Ampliación de la hospitalización en el edificio adultos	1.249.500.000	650.000.000
Endoscopia y CEPER	553.000.000	500.000.000
Implementación de banco de trasplante de órganos, tejido humano y sangre	500.500.000	600.000.000
Implementar un Centro de rehabilitación funcional	2.100.000.000	840.000.000
Centralización de todos los procesos administrativos	360.000.000	300.000.000
Servicio farmacéutico	1.890.000.000	756.000.000
Sistemas de Transporte Neumático de Muestras, Documentos y Medicamentos		3.000.000.000
Modernización de la subestación eléctrica y redes asociadas		1.000.000.000
Implementación de un centro de investigación e innovación	375.000.000	300.000.000
Fortalecimiento de los sistemas de información y comunicación		5.500.000.000
Implementación de telesalud		4.500.000.000
Mejorar la eficiencia energética		2.580.000.000
Recambio de luminarias		180.000.000
Renovación tecnológica por equipos autogeneradores en lavandería		1.500.000.000
Implementación de agua caliente ecológica (solar)		700.000.000
Uso de energías renovables para suministro eléctrico		200.000.000



Proyecto	Infraestructura	Equipos
de edificaciones (administrativo, auditorio, suministros y mantenimiento)		
Producción más limpia		1.500.000.000
Implementación de sistemas eco-eficiente de aire acondicionado en el edificio adultos		
Adquisición de ambulancias híbridas		750.000.000
Modernización y ampliación de las líneas vitales (energía y gases)		400.000.000
Gestión eficiente del recurso agua (PTAR, cosecha de agua lluvia, recirculación y tanque de almacenamiento y modernización de sistema hidrosanitario)		1.200.000.000
Fortalecimiento de la seguridad hospitalaria (código cerrado de televisión, salidas de emergencias, sistema contra incendio .- mejoramiento funcional y no estructural)		3.000.000.000
Subtotal	26.771.500.000	51.676.000.000
Total Inversión		78.447.500.000

La ejecución del plan de inversiones estará supeditado al flujo de recursos y a la gestión con entes gubernamentales y no gubernamentales.

17. EVALUACION PLAN DE DESARROLLO

Anualmente la gerencia debe presentar a la Junta Directiva el informe de cumplimiento de los logros establecidos en el Plan de Desarrollo, en el indicador No. 3 del componente Direccionamiento y Gerencia del Plan de Gestión presentado por el Gerente.

La ejecución de las medidas se realizarán conforme el siguiente indicador:

Gestión del plan de Desarrollo = No de metas del plan operativo cumplidas / No de metas programadas

Estándar para cada año: $\geq 0 = 90\%$ (cumplimiento mayor o igual al 90%)

Caminamos juntos hacia la excelencia en un territorio de paz



ANEXO

FICHA TECNICA ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E			
			
Fórmula utilizada	$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1)) + k^2 \cdot p \cdot q}$		
Tipo de muestreo	Muestra aleatoria o probabilística		
Técnica de muestreo probabilístico	Muestreo proporcional		
Universo representado (N)	Es el número de Egresos Hospitalarios que según información estadística del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. para el año 2016 fue de 12,437.		
Margen de error (e)	Es el porcentaje de incertidumbre, es el riesgo estimado que la muestra elegida no sea representativa. Para el Hospital Susana López de Valencia el margen de error es del 5%, es decir E= 0.05		
Nivel de confianza (K)	Es el nivel de confianza que indica la probabilidad de que los resultados sean ciertos. El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., utiliza el 95% de nivel de confianza, es decir un valor Z de 1,96.		
Valor p	Porcentaje de éxitos: p=0,5		
Valor q	Porcentaje de fracasos: 1-p, es decir q= 0.5		
Tamaño de la muestra (n): muestra a evaluar	EGRESOS 2016	% EGRESOS	MUESTRA POR PROCESO ANUAL
	12437	100%	299
Bibliografía	- GOMEZ, E. Muestreo simple aleatorio. Maestría en investigación y proyectos. Universidad Rural de Guatemala. 2011 - CANTONI, N. Técnicas de muestreo y determinación del tamaño de la muestra en investigación cuantitativa. Revista Argentina de Humanidades y Ciencias Sociales. Vol. 7 No. 2. 2009		