



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2020-2024



German Andrés Losada Liévano
Gerente General

Introducción

El gran desafío de cualquier institución, es alinear toda una organización hacia el propósito de alcanzar un objetivo común. De este modo alinear significa encauzar todos los miembros de la organización en una única dirección estratégica, con el propósito de generar sinergia, es decir que el todo sea más que la suma de las partes.

Las reformas del Estado invocan las nuevas tendencias de Gestión Administrativa al interior de los hospitales en Colombia, su implementación y evolución en el sector hospitalario se enmarcan en términos de sistemas de salud, gerencia pública, empresa y competitividad; la productividad, la rentabilidad y el mercado son factores determinantes en la transformación de las Instituciones en Empresa Social del Estado, con autonomía administrativa y financiera, las cuales con generación de ingresos, producto de la venta de los servicios de salud, se permiten alcanzar el equilibrio de la operación, bajo la premisa de la eficiencia y la eliminación de los malos hábitos administrativos.

El Plan de Desarrollo Institucional de la ESE Hospital Ana Silvia Maldonado Jiménez se estructura a partir de la adopción de un esquema organizacional funcional y flexible que le permita a la E.S.E., sobrevivir, desarrollarse y crecer, a través del fortalecimiento en el desempeño colectivo y organizacional a nivel científico, financiero, operacional y administrativo, tal y como lo exigen los programas de modernización estatal que está emprendiendo el gobierno nacional, las exigencias del sector y las realidades presentes y futuras de la población a la que atiende.

Objetivo General

Elaborar el documento del Plan de Desarrollo Institucional establecido para el periodo comprendido del año 2020 al 2024, que permita el direccionamiento de la gestión institucional, con la participación de cada una de las áreas de la ESE, ANA SILVIA MALDONADO donde se construyan procesos articulados que permitan la atención integral en salud con humanización, calidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad a la población del municipio de Colombia

Objetivos Específicos

- Realizar el diagnóstico situacional de la E.S.E, incluyendo el análisis de Oportunidades y Amenazas que se puedan presentar al exterior de la institución y Fortalezas y debilidades, al interior de las diferentes áreas de la ESE ANA SILVIA MALDONADO.
- Replantear la plataforma estratégica de la E.S.E ANA SILVIA MALDONADO del municipio de Colombia, con el fin de involucrar desde allí, además del usuario a su familia y/o comunidad
- Diseñar un plan de acción a partir del diagnóstico situacional, de acuerdo a las posibilidades y recursos institucionales orientándolo hacia la atención integral en salud al usuario y su familia con humanización y calidad en el servicio que redunden en la satisfacción del usuario.
- Establecer los mecanismos que permitan la realización del seguimiento, control y evaluación del Plan Desarrollo propuesto.

Marco Normativo

- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991.**

artículos 1o, 2o, 4o, 5o, 7o, 11, 13, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 322, 336, 352, 353, 356 y 357.

- **Ley 100 de 1993:**
expone claramente los fundamentos, principios y procedimientos relacionados con el aseguramiento de los riesgos en salud y la forma de prestación de servicios de salud.

- **Decreto 1876 del 03 de agosto de 1.994**
Reglamenta lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado

- **El Decreto 4747 de 2007:**

En su Art. 3, literal d, define que el Modelo de atención comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contra referencia.

- **Ley 489 de 1998:**

Establece como marco legal que: *Artículo 107.* Convenios para la ejecución de planes y programas, con la periodicidad que determinen las normas reglamentarias, la Nación y las entidades territoriales podrán celebrar convenios con las entidades descentralizadas del correspondiente nivel administrativo, para la ejecución de los planes y programas que se adopten conforme a las normas sobre planeación.



- **Ley 1122 de 2007:**

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

- **El Decreto 1011 de 2006**

Define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este enmarca los componentes tanto de carácter obligatorio como voluntario al que deben apuntar las instituciones que pertenecen a él, generando un reto adicional para las instituciones públicas, las cuales además de lo anterior debe cumplir con la Norma Técnica Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 y el Modelo estándar de Control Interno MECI 1000:2005, de manera armónica.

- **La Resolución 3047 de 2008:**

Define los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

- **Ley 1438 de 2011:**

Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y dicta otras disposiciones.

- **El Decreto 19 de 2012 (Ley Anti-trámite):**

Establece el cumplimiento en la oportunidad de la asignación de citas de medicina general y odontología, por parte de los prestadores de servicios de salud.

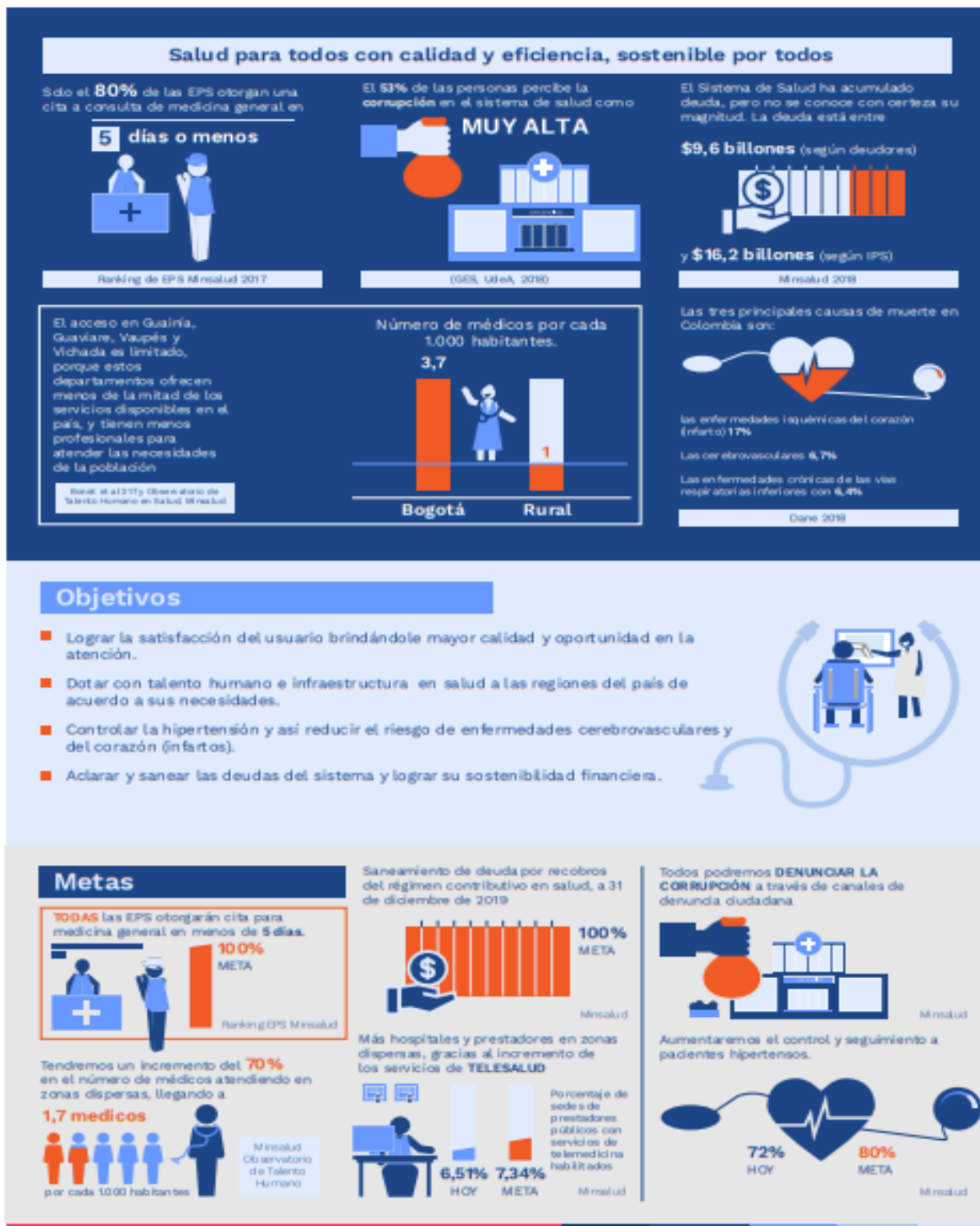
- **Resolución 2003 de mayo 28 de 2014:**

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Articulación con los Niveles Territoriales

Nivel Nacional:

Plan Nacional de Desarrollo



Retos

Hacer un mejor seguimiento a la calidad de la atención de IPS y EPS, y a los resultados en salud de la población.

Mejorar el acceso a los servicios de salud con mayores recursos humanos y de infraestructura, en particular en zonas apartadas.

Reducir la vulnerabilidad de los colombianos frente a la corrupción en el sector de la salud.

Acarbar con el círculo vicioso de las deudas entre los actores del sistema de salud.

Reducir los hábitos de vida poco saludables como el sedentarismo y las prácticas alimentarias inadecuadas.

¿Qué vamos a hacer?

Estrategias



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

Para dónde vamos

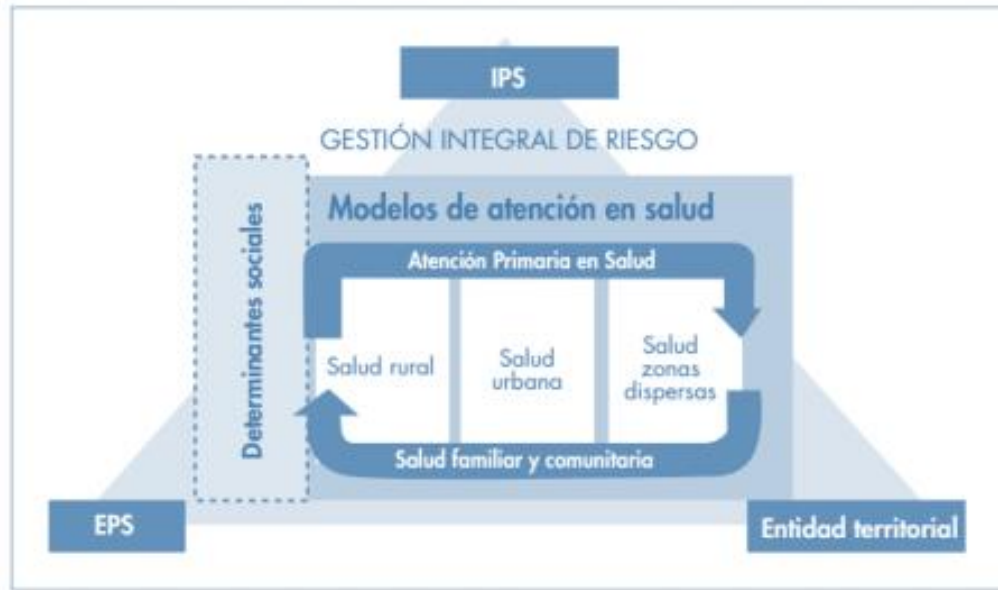
Ruta al 2030

Tendremos un sistema de salud sin corrupción, reconocido por los colombianos por su alta calidad, con usuarios saludables y satisfechos. Así todos estaremos comprometidos con nuestra salud y conscientes de que la sostenibilidad de nuestro sistema es responsabilidad de todos.

ODS relacionados con este pacto:



Política de Atención Integral en Salud



La Política de Atención Integral en Salud, está fundamentada en cuatro líneas bases: atención Primaria en Salud, Cuidado de la Salud, la Gestión Integral del Riesgo en Salud y el Enfoque Diferencial de Territorios y Poblaciones; pero esta política, se dinamiza a través del:

MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD:

El MIAS enlaza las acciones intersectoriales y sectoriales, colectivas e individuales, incluyendo los procesos clínicos para mejorar la capacidad integral de respuesta del Sistema, lo cual implica que la prestación médica deja de ser la unidad básica de la atención. Se define entonces como un conjunto de herramientas técnicas que facilitan la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva, incrementan la capacidad resolutoria de los servicios y permiten el flujo de información, usuarios y servicios de una manera efectiva, acorde con las funciones y competencias de las diferentes entidades.

El Modelo está compuesto por 10 componentes operacionales, basados en la definición de Rutas de atención integrales en salud (RIAS): caracterización de la población y grupos de riesgos, redes integrales de prestadores, rol de aseguradores, funciones y requerimientos para habilitación técnica, características del recurso humano en salud, los esquemas de incentivos y pago, reportes obligatorios de información, los retos de investigación, innovación y apropiación del conocimiento, instrumentos regulatorios en el plan de beneficios e instrumentos regulatorios en el plan de intervenciones colectivas.

Como herramienta de respuesta a las necesidades identificadas en la salud de la población, incorpora las RIAS clasificadas en tres tipos: Rutas integrales de atención para la promoción y mantenimiento de la salud (desarrolladas en entornos donde transcurre la vida y se desarrollan personas), Rutas integrales de atención para grupos de riesgo (identificación oportuna de riesgos e intervención) y Rutas integrales de atención específica (recuperación, rehabilitación y paliación).

Líneas de acción de la Política de Atención Integral en Salud:

1. Atención Primaria en Salud:

Como enfoque de dirección para las empresas prestadoras de servicios de salud, se integraría la Atención Primaria en Salud, que busca proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como “primer elemento de asistencia sanitaria”. De acuerdo a la Ley 1438 de 2011, “La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios” Esta Estrategia, propende enmarcar la atención en salud en los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia,

progresividad e irreversibilidad. El objetivo del enfoque de la salud familiar y comunitaria es coordinar el proceso de cuidado primario de la salud, integrando las diferentes intervenciones que se deben realizar con la población para resolver la mayor parte de los problemas de salud que no requieren alta tecnología médica. Es decir, este enfoque mejora la capacidad resolutive y la calidad de la prestación de servicios de salud en el componente primario y permite controlar la remisión al componente complementario sin demérito de la calidad y continuidad de la atención.

2. Cuidado de la Salud:

Esta estrategia, propende dirigir la forma en que los servicios de salud se aproximan a la población, fundamenta su respuesta a la efectiva manera de involucrar al individuo en el cuidado y promoción de su salud y en la protección y prevención de la enfermedad. Debe estructurarse en base a los ciclos vitales, el capital social y de salud y entorno en el que permanece cada individuo, es decir, como lo determina el curso de vida de la persona. A pesar de que esta estrategia involucra directamente las intervenciones del Sistema, debe ser un conjunto de nociones que el individuo construye a lo largo del curso de vida y con base en la información que obtiene en su familia, la escuela, pero por encima de todo en la cotidianidad. Es por esto que la primera medida de respuesta de las empresas prestadoras de salud, deberá ser el conocimiento de su población y la planificación de estrategias internas de aproximación a los individuos que atiende.

3. La Gestión Integral del Riesgo en Salud:

La GIRS promueve la participación de un tercero en el sistema, que sea el principal agente de manejo de riesgos en salud en función de una gestión económica que no afecte a los individuos y que se limite por los tipos de aseguramiento, privado o público. Es el papel de las IPS entonces, contribuir con la correcta identificación de los riesgos en salud a los que se enfrenta su población, como insumo primordial de trabajo de las EPS en la anticipación a enfermedades y traumatismos que permitan una intervención precoz para prevenir o

acortar su evolución o consecuencias. Lo anterior afecta directamente el equilibrio financiero, apalanca un sistema dinámico que permita minimizar costos asociados al tratamiento de enfermedades prevenibles.

4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones:

Enfoque diferencial en la atención adoptado según las necesidades de la población en función de su ubicación en el territorio, condiciones de vulnerabilidad y potencialidad asociadas a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales (creencias y valores), económicos, ambientales, entre otros. La Política de Atención Integral en Salud, frente al enfoque diferencial de territorios, genera la necesidad de ajustar el Sistema de Salud, al contexto territorial, en primera medida, ubicándolo como el principal factor de definición de riesgos en salud a nivel poblacional, pues geográficamente también se evidencia la tendencia cultural y social que caracteriza entornos. La Política de Atención Integral en Salud, requiere un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas.

Nivel Departamental:

Plan de Desarrollo Departamental

El programa de gobierno en salud “HUILA CRECE EN SALUD” , motiva desde la rectoría y gobernanza la descentralización del territorio para la implementación de acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales que promuevan la salud de la población huilense y orienten a la

administración departamental a fortalecer el aseguramiento con base en la gestión integral del riesgo en salud, lo que con seguridad conlleva a ejecutar intervenciones colectivas efectivas , así como coordinar la articulación de las acciones de salud pública con las actividades individuales realizadas por todos los agentes del sistema articulado con el plan nacional de desarrollo “Pacto por Colombia. Pacto por la equidad” en el cual la estrategia es «Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos» que pretende los siguientes objetivos: Consolidar la rectoría y la gobernanza del sistema de salud, definir prioridades en salud pública e implementar las intervenciones correspondientes, articular los agentes del sistema en torno a la calidad, incrementar y mejorar la infraestructura y dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y la calidad, mejorar la formación y empleo de calidad para los trabajadores de la salud y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos del sector y generar nuevos con el aporte de todos. Las siguientes propuestas han sido formuladas con el fin de dar solución a los problemas detectados en el diagnóstico del sector salud del departamento del Huila y están orientadas a los objetivos de desarrollo planteados por HUILA CRECE EN SALUD, como son transparencia y acciones de buen gobierno, fortalecimiento del ser y valores en todos los programas de impacto social con carácter transversal y el desarrollo sostenible del departamento Huila con un modelo de desarrollo que le apueste a la innovación, tecnología y generación de empleo y al plan nacional de desarrollo “pacto por Colombia, pacto por la equidad”.

Características Generales De Colombia

Colombia es un municipio colombiano ubicado en el departamento de Huila. Está bañado por las aguas del río Cabrera. Constituye el centro de una región agropecuaria, dedicada fundamentalmente al cultivo del café, en las laderas montañosas andinas, caña de azúcar, cereales (maíz y sorgo) y fique, así como a la cría de ganado vacuno, ovino y porcino.

En el informe arqueológico rendido por Thomas Myer y otros, de la Universidad Indiana U.S.A. sobre los cementerios del alto Tacayó (Hoy Río Cabrera), y publicado por el Magister César Javela en la Revista Huila No.

24 de la Academia Huilense de Historia; se insinúa que los aborígenes que ocuparon la parte alta del Río Tacayó corresponden a los chibchas posiblemente venidos de la Sabana de Bogotá; mientras que hacia la parte baja del mismo río se encontraron sitios como monte velo, el coyol, pelazal y cardonal que hacen pensar que esta zona fue posiblemente ocupada por los aborígenes de tierra caliente, Dochés o Tamas.

El nombre de Colombia no tiene antecedente que compruebe la razón de su denominación; según relatos de algunos ancianos dicen que el nombre surgió porque a los ancianos de Dolores y Alpujarra se les hacía muy lejos llegar a dicha población, “que era como viajar a otra Colombia”.

El Municipio de Colombia también fue conocido con el nombre de San Francisco, en los textos históricos de la Academia Huilense de Historia, se cuenta que San Francisco era el nombre de la hacienda que cubría la zona donde hoy está el Municipio de Colombia. Hoy queda en el caso urbano de Colombia un barrio que lleva ese nombre.

El 24 de septiembre de 1845 los señores José María Acevedo con sus hijos Fortunato y Policarpo, Don Crispulo Cedeño y Don Lorenzo Lozada, procedentes del municipio de Alpujarra Tolima, llegan y se avecinan de la hacienda San Francisco, quienes encontraron apoyo, de los pocos habitantes que se hallaban en la región y construyeron las pequeñas viviendas en paja.

Luego de un largo período de evolución, la aldea de Colombia fue erigida en distrito en el año de 1848 y en virtud de tal hecho fue nombrado alcalde – juez el señor JOSÉ MARÍA ACEVEDO. El sustento legal de la elevación de rango de Colombia desde aldea a distrito, fue una Ley promulgada por la Asamblea Legislativa del Estado Soberano del Tolima.

Posteriormente, mediante resoluciones número 13 y 30 de 1878, el Estado Soberano del Tolima definió los límites entre los poblados de Alpujarra, Colombia y Dolores.

Las difíciles condiciones de Colombia hicieron que el poblado perdiera su condición de distrito. No obstante, habiendo demostrado de nuevo las características necesarias, el 13 de octubre de 1887 el Estado Soberano del Tolima, mediante Decreto 650, le devuelve a Colombia la categoría de distrito y establece que el ente habrá de iniciar su vida jurídica el 01 de Noviembre de ese mismo año.

Ya en el siglo XX, durante el año 1912 y mediante Ordenanza 026 de la Asamblea del Huila, se definen los límites del municipio en los términos siguientes: “Desde el nacimiento del río Riachón en la Cordillera Oriental

hasta la desembocadura del río Cabrera, éste aguas abajo hasta la confluencia del río El Venado, éste aguas arriba hasta el nacimiento en la citada Cordillera, de aquí hacia el norte a ponerse en frente de la vertiente del Riachón, de este punto a dar a dicha vertiente punto de partida”. El Municipio de Colombia Huila colinda con tres (3) Departamentos los cuales son: Tolima, Cundinamarca y Meta. Es el Municipio más grande del Huila en extensión, tiene 67 veredas, y esta a una distancia de 87 km, de la ciudad de Neiva. Matronas distinguidas del Municipio las señoras: Teresa Sterling de Chacón, Argemira Garcia de Chacón y la señora Eloisa Jimenez de lozano. Las fiestas del san pedro fueron inventadas por la señora matrona doña Teresa Sterling de Chacón la cual se apropiaba de todo lo referente a la organización de dicho evento tan importante por la muestra cultural que ella demostraba por intermedio de las personas colaboradoras y todo corría por cuenta de ella sin pedirle un peso a nadie.



Localización de Colombia en Colombia



Ubicación de Colombia



Localización de Colombia en Huila

Coordenadas	 3°22'30"N 74°48'07"O
Entidad	Municipio
• País	 Colombia
• Departamento	Huila
• Subregión	Norte
Alcalde	Isauro Lozano Díaz ¹ (2016-2019)
Eventos históricos	
• Fundación	5 de abril de 1845 ²
Superficie	
• Total	1698 km ²
Altitud	
• Media	850 ² m s. n. m.
Población (2015)	
• Total	12 413 hab. ^{3 4}
• Urbana	2529 hab.
Gentilicio	Doblemente Colombiano
Huso horario	UTC -5

La ESE ANA SILVIA MALDONADO se encuentra ubicada en el municipio de Colombia en el Departamento del Huila. Es importante precisar que en el área urbana, el Municipio de Colombia se encuentra distribuida en 7 barrios que son: Carmelitano, San Francisco, Los Almendros, Ventilador, Santander y Unicentro. Cuenta además con 7 inspecciones: Potrero Grande, Las Lajas, San Antonio Alto, San Marcos, Santa Ana, Monguí, Los Ríos.

En el área rural cuenta con las siguientes veredas:

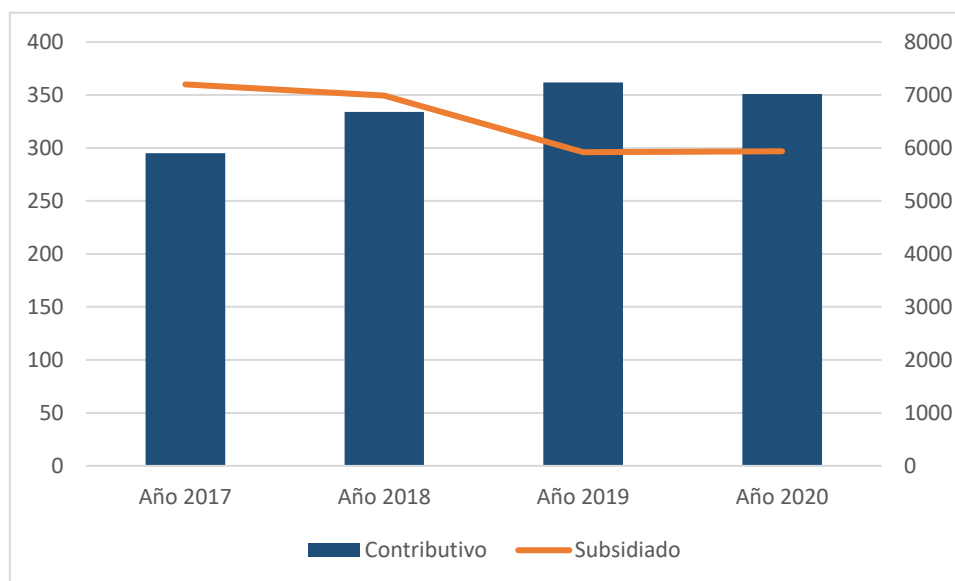
VEREDAS DEL MUNICIPIO DE COLOMBIA					
1	SAN ANTONIO	21	EL SILENCIO	37	NAZARETH
2	ANTILLAS	22	EL TRIUNFO	38	LOS RIOS
3	ARMENIA	23	EL VALLE	39	LUCITANIA
5	AZUCARAL	24	GALILEA	40	NUEVA
6	BELEN	25	LA HOLANDA	41	PALACIO
7	BERNAZA	26	HORIZONTE	42	QUEBRADA
8	BOCA DE LA	27	LAS LAJAS	43	DORADO
9	BOQUERON	28	MONGUI ALTO	44	SAN AMBR SIO
10	ALCAPARRROSA	29	POTREROG	45	SAN ANTONIO
11	CARRASPOSO	30	SANTA ANA	46	SAN EMILIO
13	EL AMPARO	31	LA ESPERANZA	47	SAN EZEQUIEL
14	EL ARIARI	32	LA FLORIDA	48	SAN ISIDRO
15	EL DIAMANTE	33	LA GRANJA	49	SANTA ANA
16	EL HIGUER N	34	LA HONDIT	50	LA CABAÑA
17	EL MIRADOR	35	LA LEGIOSA	51	SAN JERONIMO
18	EL PARAISO	36	LA SONORA	52	SAN JOAQUIN
19	EL PLAYON	36	LA UNIÓN	53	SAN MARC S
20	EL RUBI	37	LAS MERCEDES	54	SAN PEDRO
				55	SAN RAFAEL
				56	SANTA
				57	SANTA ELE A
				58	SAN JOSE DE
				59	UCRANIA
				60	ZARAGOZA
				61	EL LIBANO
				62	EL DARIEN
				63	BELLAVISTA
				64	BUENOS AI ES
				65	VERSALLES
				66	BETANIA
				67	MONGUI BAJO

La ESE ANA SILVIA MALDONADO Para la Prestación de servicio de salud que oferta cuenta con una infraestructura física única que se encuentra ubicada en el área urbana del municipio de Colombia con la Siguiete capacidad instalada

						
1	2	6	1	2	1	3
URGENCIAS	AMBULANCIA	HOSPITALIZACION	LABORATORIO CLINICO	ODONTOLOGIA	FARMACIA	CONSULTA EXTERNA
• Consultorio • Sala de Procedimientos, Reanimación • Sala de Observación	• Ambulancias Básica	• 2 Camas H. Hombres • 2 Camas H. Mujeres • 2. Cunas Pediatría Habitaciones	• Toma de Exámenes Ambulatorios y Hospitalarios	• Consultorio Odontológico • Consultorio de Higienista	• Dispensación de Medicamentos Ambulatorios y Hospitalarios	• 2 Consultorios Médicos • Sala de Vacunación • Por Contingencia COVID se Adeco 1 consultorio para Atención de Sospechosos.

Población Objeto

De acuerdo con la información suministrada por la institución la población a atender es la siguiente de acuerdo a las entidades o aseguradores con las que se tiene contrato.



Regimen VS Año	2017	2018	2019	2020
Contributivo	295	334	362	351
Subsidiado	7201	6988	5921	5939

EPS	NUMERO
COMFAMILIAR	6245
NUEVA EPS	154
EMCOSALUD	111
OTROS	92
TOTAL	6602

Actividades Básicas en Salud

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS				
Variable	2016	2017	2018	2019
Camas de hospitalización	7	7	7	7
Total, de egresos	98	89	99	63
Porcentaje Ocupacional	8,36	5,36	6,41	4,99
Promedio Días Estancia	1,8	1,43	1,55	1,48
Giro Cama	14	12,71	14,14	9
Consultas Electivas	5.644	3.879	5.810	7.058
Consultas de medicina general urgentes realizadas	1.780	1.845	1.875	2.203
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	0	0	0	0
Total, de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	0	0	0	0
Número de partos	23	38	28	17
% Partos por cesárea	0	0	0	0
Exámenes de laboratorio	7.316	6.674	8.346	8.225
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Dosis de biológico aplicadas	3.082	3.877	3.475	5.154
Citologías cervicovaginales tomadas	431	525	458	694
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	1.608	1.615	1.682	2.052
Producción Equivalente UVR	45.794,46	42.697,07	51.645,37	56.780,43

Indicadores de Gestión

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)

Variable	2016	2017	2018	2019
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	14,382	17,127	15,68	13,164
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	1,826	1,684	2,357	2
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0,748	0,162	1,813	1,054
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,007	0,002	0,018	0,011
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,246	1,481	1,148	1,106
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	1,088	1,092	1,095	1,142
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	13,72	12,92	19,411	23,592
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,899	0,929	0,771	0,965

Perfil Epidemiológico

PERFIL EPIDEMIOLOGICO AMBULATORIO

CIE 10	DIAGNOSTICO	EVENTOS
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	2195
M255	DOLOR DE ARTICULACION	257
R51X	CEFALEA	225
K297	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	216
R509	FIEBRE NO ESPECIFICADA	199
R42X	MAREO Y DESVANECIMIENTO	186
J00X	IRA-RINOFARINGITIS AGUDA	159
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	145
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	143
N760	VAGINITIS AGUDA	140

PERFIL EPIDEMIOLOGICO URGENCIAS

CIE 10	DIAGNOSTICO	EVENTOS
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	258
B349	INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	119
R104	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	86
R51X	CEFALEA	41
K291	OTRAS GASTRITIS AGUDA	40
S610	HERIDA DE DEDOS DE LA SIN DAÑO DE LAS UÑAS	37
R11X	NAUSEAS Y VOMITOS	35
N23X	COLICO RENAL ESPECIFICADO	33
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	32
J189	IRA-NEUMONIA. NO ESPECIFICADA	26

Datos Financieros

PLANTA DE PERSONAL				
Variable	2016	2017	2018	2019
Total Cargos Planta de Personal (Provistos)	17	15	18	18
Empleados Públicos	7	5	6	6
Trabajadores Oficiales	0	0	1	1
Libre Nombramiento y Periodo Fijo	10	10	11	11
Planta Temporal	0	0	0	0

GASTO COMPROMETIDO (miles de pesos corrientes)				
Variable	2016	2017	2018	2019
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	1.506.271,07	1.908.644,04	1.728.289,57	1.701.604,66
Gasto de Funcionamiento	1.334.137,40	1.311.185,11	1.417.738,76	1.509.465,98
Gastos de Personal	1.025.318,07	1.038.632,85	1.126.599,50	1.204.733,21
Gasto de Personal de Planta	655.768,94	679.793,91	752.190,56	784.079,77
Servicios Personales Indirectos	369.549,13	358.838,94	374.408,94	420.653,44
Gasto de Sueldos	383.742,53	370.108,25	420.902,26	430.930,64
Gastos Generales	308.819,33	272.552,26	291.139,26	304.732,77
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	172.133,67	171.074,34	191.498,78	192.138,67
Otros Gastos	0	426.384,58	119.052,03	0
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	0	66.156,56	90.226,06	44.340,02
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	1.506.271,07	1.974.800,60	1.818.515,63	1.745.944,68

INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2016	2017	2018	2019
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	1.498.957,51	1.949.016,41	1.786.282,29	1.645.108,56
Total Venta de Servicios	1.498.190,32	1.463.227,69	1.527.486,92	1.551.451,18
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	95.594,25	5.932,21	129,29	0
.....Régimen Subsidiado	1.012.402,99	1.081.682,68	1.152.842,14	1.162.077,42
.....Régimen Contributivo	61.134,56	49.707,22	80.566,62	77.688,96
Otras ventas de servicios	329.058,52	325.905,59	293.948,88	311.684,80
Aportes	0	482.948,44	205.071,47	88.019,44
Otros Ingresos	767,2	2.840,28	53.723,90	5.637,94
Cuentas por cobrar Otras vigencias	96.044,22	66.156,56	90.226,06	110.928,15
Ingreso Total Reconocido	1.595.001,73	2.015.172,97	1.876.508,35	1.756.036,71

INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2016	2017	2018	2019
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	1.401.957,99	1.847.330,96	1.641.768,53	1.527.111,09
Total Venta de Servicios	1.401.191,29	1.361.542,24	1.382.973,15	1.433.453,71
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	88.019,44	4.142,63	129,29	0
.....Régimen Subsidiado	976.355,88	1.051.823,68	1.072.620,10	1.115.197,20
.....Régimen Contributivo	27.448,27	35.916,67	40.817,77	32.872,35
Otras ventas de servicios	309.367,70	269.659,26	269.406	285.384,16
Aportes	0	482.948,44	205.071,47	88.019,44
Otros Ingresos	766,7	2.840,28	53.723,90	5.637,94
Cuentas por cobrar Otras vigencias	96.044,22	66.156,56	90.226,06	110.928,15
Ingreso Total Recaudado	1.498.002,21	1.913.487,52	1.731.994,58	1.638.039,23

RECAUDADOS / RECONOCIMIENTOS				
Variable	2016	2017	2018	2019
% de recaudos / reconocimientos	93,53	94,78	91,91	92,83
Total Venta de Servicios	93,53	93,05	90,54	92,39
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	92,08	69,83	100	
.....Régimen Subsidiado	96,44	97,24	93,04	95,97
.....Régimen Contributivo	44,9	72,26	50,66	42,31
Otras ventas de servicios	94,02	82,74	91,65	91,56
Aportes		100	100	100
Otros Ingresos	99,93	100	100	100
Cuentas por cobrar Otras vigencias	100	100	100	100

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA				
Variable	2016	2017	2018	2019
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,06	1,02	1,03	1,01
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,99	0,97	0,95	0,94
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1	1,02	1,03	0,97
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,93	0,97	0,95	0,9
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	32.715,54	34.269,98	29.576,45	27.323,70
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	32.891,99	34.715,72	31.159,38	29.968,15
Gasto de personal por UVR (\$)	22.389,57	24.325,62	21.814,14	21.217,40

CARTERA DEUDORES (miles de pesos corrientes)				
Variable	2016	2017	2018	2019
Total Cartera	342.363,55	384.401,10	427.146,72	420.845,16
< 60 días	23.512,70	67.709,57	37.001,69	25.203,05
61 a 360 días	103.523,58	52.420,72	105.072,62	81.193,88
> 360 días	215.327,27	264.270,81	285.072,41	314.448,23
Régimen Subsidiado	204.183,83	226.871,15	284.425,68	269.275,53
< 60 días	4.608,57	21.176,75	13.923,33	11.039,45
61 a 360 días	35.999,97	27.328,47	63.071,71	24.264,78
> 360 días	163.575,29	178.365,94	207.430,64	233.971,30
Población Pobre No Asegurada	0	1.789,58	0	0
< 60 días	0	1.789,58	0	0
61 a 360 días	0	0	0	0
> 360 días	0	0	0	0
Régimen Contributivo	77.971,23	75.272,38	89.247,86	96.455,50
< 60 días	3.758,24	5.698,19	12.442,25	6.744,41
61 a 360 días	29.798,35	8.092,36	27.633,16	36.753,88
> 360 días	44.414,65	61.481,83	49.172,44	52.957,21
SOAT ECAT	10.163,35	18.167,49	13.826,29	13.938,78
< 60 días	930,68	6.820,21	1.315,37	1.563,78
61 a 360 días	6.340	4.396,99	3.395,85	2.075,26
> 360 días	2.892,67	6.950,29	9.115,08	10.299,74
Otros Deudores	50.045,14	62.300,50	39.646,89	40.435,17
< 60 días	14.215,21	32.224,84	9.320,74	5.855,41
61 a 360 días	31.385,27	12.602,91	10.971,89	17.359,78
> 360 días	4.444,66	17.472,75	19.354,25	17.219,98

PASIVOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2016	2017	2018	2019
TOTAL PASIVO	415.687,35	421.103,84	400.584	448.004,32
...SERVICIOS PERSONALES	119.411,17	0	0	0
Otros Acreedores	296.276,18	421.103,84	400.584	448.004,32

Direccionamiento Estratégico

- **MISION:**

Prestar servicios de salud de baja complejidad en el Municipio de Colombia a los usuarios, la familia y la comunidad de manera humanizada, segura, oportuna, asequible y efectiva, contribuyendo a su bienestar mediante la atención integral y personalizada en cada uno de los momentos de la atención en salud.

- **VISION:**

Ser reconocidos en el año 2024 como la Institución modelo en el norte del Huila, en la prestación de servicios de salud de baja complejidad, garantizando la calidad de la atención, la seguridad del paciente y el trato humanizado; demostrando sostenibilidad, competitividad y efectividad.

- **VALORES CORPORATIVOS:**

- **COMPROMISO:**

Reflejar en su trabajo el compromiso con la Institución y la comunidad para satisfacer las expectativas y necesidades de los usuarios y sus familias.

- **RESPETO:**

valorar los intereses y necesidades de otro individuo.

- **TRANSPARENCIA:**

Proceder con claridad, sin ambigüedades, proyectando confianza, ajustando su conducta al derecho que tiene la sociedad de estar informada sobre la actividad de la administración y su gestión.



- **SOLIDARIDAD:** Se refleja en el Hospital en el servicio y búsqueda del bien común, actuar a favor de otras personas desinteresadamente, con alegría, teniendo en cuenta la utilidad y la necesidad del aporte para los usuarios.
- **HONESTIDAD:** Es el respeto a la verdad en relación con el mundo, los hechos y las personas; comportarse y expresarse con coherencia y sinceridad.
- **AMABILIDAD:** La amabilidad se relaciona con el respeto, la solidaridad, la tolerancia y la sociabilidad.
- **EQUIDAD:** justicia e igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres respetando la pluralidad de la sociedad.

Matriz DOFA



- Voluntad política de la administración Municipal para el desarrollo empresarial de nuestra entidad.
- El compromiso de una Gestión Gerencial eficaz y eficiente
- Recurso Humano Comprometido

- Situación financiera actual con indicadores positivos
- Única ESE Publica de I nivel en el Municipio de Colombia
- Institución en convenio de saneamiento fiscal



- Baja cobertura en la intervención en el desarrollo de estrategia de salud extramural (BRIGADAS)
- No cumplimiento de actividades e indicadores de promoción y prevención.
- Modelo de prestación de servicios de salud que no tiene en cuenta al usuario con su familia y/o acompañante.
- Baja adherencia de la política de seguridad y humanización del servicio.
- Desconocimiento de PAIS, MIAS, RIAS
- Baja adherencia al sistema de calidad y al PAMEC

- Verticalización de las EPS y salida de varias aseguradoras por iliquidez
- Falencia en el proceso de aceptación de referencias por insuficiencia en capacidad instalada de red de prestadores de mediana y alta complejidad.
- El permanente cambio en la normatividad
- Deficiencia en la base de datos reportadas por cada EPS

Enfoques Gestión Gerencial

En la Gerencia de la ESE 2020 - 2024 estos serán los enfoques estratégicos de la administración, los cuales están correlacionados con los Ejes de Acreditación en alta calidad en salud, de la resolución 5095 versión 3.1, del Icontec, para el logro y cumplimiento de los indicadores de Gestión Gerencial, se realizará desde control interno y calidad una validación de los procesos con los líderes para poder establecer procedimientos, formatos e información de cada área que permitirá medir la gestión interna de cada área, realizar acciones de mejora y seguimiento continuo.

Responsabilidad Social



ENFOQUE RESPONSABILIDAD SOCIAL

Comprometidos con la salud de los huilenses

Atención Centrada en usuario y Familia



ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Brindamos la atención primaria en salud de manera oportuna identificando a tiempo el riesgo en salud.

Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente



SEGURIDAD Y RIESGOS

Atentos a identificar y disminuir los riesgos existentes y prevenirlos

Humanización de la atención



SERVICIO HUMANIZADO

Brindamos una atención calida y oportuna a nuestros usuarios.

Gestión de la tecnología



ENFOQUE TECNOLÓGICO

Dispuestos a automatizar la operación Mediante nuevas tecnologías

Transformación Cultural



MEJORAMIENTO CONTINUO

Trabajamos diariamente en la identificación de planes de Mejora y en su intervención



Metas de la Gerencia

Meta 1

Garantizar la calidad y Oportunidad de la atención en nuestros usuarios

Meta 2

Estructurar un plan de Auditoria , Modelo de atención y dirección Medica

Meta 3

Mejorar la comunicación Efectiva entre los clientes Interno y externo.

Meta 4

Mejorar el clima laboral entre Colaboradores, Para el logro de las Metas Institucionales-

Meta 5

Implementar un Plan de Capacitación e inducción que garantice el buen desarrollo de las Funciones de los Colaboradores

Meta 6

Implementar un sistema de información que garantice la integralidad de los procesos y la calidad del dato para toma de decisiones y estadística.

Meta 7

Realizar un Plan de Reducción del gasto Operacional, garantizando el correcto Funcionamiento de la institución.

Meta 8

Plan de Recuperación de Cuentas por Cobrar y Modelamiento de Flujo de Caja Gradual para el Plan de Saneamiento de Cuentas por Pagar

Meta 9

Incrementar el ingreso Operacional

Meta 10

Garantizar la Cobertura de los Planes de Atención Básica en salud - Promoción y prevención a la zonas Rurales Extremas.

Meta 11

Identificar Oportunamente aquellos factores de riesgo y Seguridad del Paciente para adoptar medidas.

Meta 12

Trabajar Fuertemente en la Implementación de los estándares de Acreditación con el fin de Avanzar en el proceso Autoevaluativo.

[illegible]