



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

2013-2016

Empresa Social del Estado Hospital Rosario Pumarejo de López





**Hospital Rosario Pumarejo de López
Empresa Social del Estado
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
“PIENSA EN TÙ SALUD 2013-2016”**

**RUBÉN SIERRA RODRÍGUEZ
GERENTE**

VALLEDUPAR, NOVIEMBRE DE 2013



**Hospital Rosario Pumarejo de López
Empresa Social del Estado
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
“PIENSA EN TÚ SALUD 2013-2016”**

**Presentado a:
JUNTA DIRECTIVA
E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ**

**Presentado por:
RUBÉN SIERRA RODRÍGUEZ
GERENTE**

VALLEDUPAR, NOVIEMBRE DE 2013

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. OBJETIVO DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.....	8
2.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8
3. PANORAMA INSTITUCIONAL.....	9
3.1. PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL.....	9
3.2. RESEÑA HISTÓRICA.....	10
3.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	11
3.4. PLATAFORMA CORPORATIVA.....	13
3.4.1. Misión.....	13
3.4.2. Visión.....	13
3.4.3. Principios Corporativos.....	13
3.4.4. Valores.....	14
3.4.5. Objeto Social.....	15
3.5. MAPA DE PROCESOS.....	15
3.6. MARCO LEGAL DE LA E.S.E.....	17
4. PLATAFORMA ESTRATEGICA DEL PDI.....	18
4.1. MARCO LEGAL DEL PDI.....	18
4.1.1. Fundamento Constitucional.....	18
4.1.2. Fundamentos Legales.....	19
4.2. INSUMOS INSTITUCIONALES PARA EL PDI.....	20
4.3. OBJETIVOS, DECISIONES ESTRATEGICAS Y CREACIÓN DE VALOR.....	20
4.3.1. Objetivos Estratégicos.....	20
4.4. PRINCIPIOS RECTORES DEL PLAN DE DESARROLLO	

INSTITUCIONAL.....	22
4.5. ARTICULACIÓN CON OTROS PLANES DE DESARROLLO JERÁRQUICOS.....	23
4.6. ARTICULACIÓN CON POLÍTICAS NACIONALES.....	23
4.7. ARTICULACIÓN CON POLÍTICAS INSTITUCIONALES.....	24
4.8. ARTICULACIÓN CON COMPROMISOS INSTITUCIONALES.....	29
4.9. ARTICULACIÓN CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO 2002-2015.....	30
4.10. ARTICULACIÓN CON EL PLAN DE DESARROLLO NACIONAL Y PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL.....	32
4.11. ARTICULACIÓN CON EL PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL.....	36
5. PERFIL DEL ENTORNO TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR.....	39
5.1. DIVISIÓN POLÍTICO-ADMINISTRATIVA.....	39
5.2. PERFIL DEMOGRÁFICO.....	41
5.3. DINÁMICA DE LA POBLACIÓN.....	45
5.4. ENTORNO INSTITUCIONAL.....	45
5.4.1. Población objetivo de la E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López por zona de influencia.....	45
5.5. DIAGNOSTICO SITUACIÓN E.S.E. SEGÚN LA ULTIMA EVALUCION DE DESEMPEÑO JUNIO DE 2013.....	47
5.5.1. Árbol de Problemas.....	47
5.5.2. Árbol de Objetivos.....	49
5.5.3. Sistema Único de Habilitación.....	50
5.5.4. Sistema Único de Acreditación.....	50
5.5.4.1. Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la atención en salud PAMEC.....	50
5.6. ANÁLISIS FINANCIERO Y PRESUPUESTAL.....	53

5.6.1. Mecanismos de pago por las principales entidades.....	53
5.6.2. Reconocimiento.....	58
5.6.3. Recaudo.....	59
5.6.4. Comportamiento de la cartera.....	64
5.7. ANÁLISIS DEL EQUILIBRIO FINANCIERO.....	72
5.8. COMPORTAMIENTO DE LOS PASIVOS.....	75
5.9. GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL.....	79
5.10. CAPACIDAD INSTALADA.....	98
5.11. PRODUCCIÓN Y EFICIENCIA HOSPITALARIA.....	99
6. ANALISIS DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO.....	112
6.1. INDICADORES DE EFICIENCIA, TECNICA Y CALIDAD.....	113
6.2. INDICADORES DE CALIDAD POR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN.....	117
7. COMPONENTE SALUD – ENFERMEDAD.....	122
7.1. PERFIL DE MORBILIDAD.....	122
7.2. PERFIL DE MORTALIDAD.....	128
7.3. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.....	148
8. SEGUIMIENTO, EVALUACION Y CONTROL A LA GESTIÓN DEL PDI.....	164
9. METAS INSTITUCIONALES.....	168
9.1. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO.....	168
9.2. ARTICULACION CON PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL “PROSPERIDAD A SALVO.....	170

PRESENTACIÓN

El Plan de Desarrollo Institucional de la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López 2013-2016, es la herramienta que consolida los propósitos corporativos con los cuales, la Directiva pretende estructurar la posición futura de la institución aun corto y mediano plazo, la cual gestionará a través del desarrollo de los objetivos y estrategias construidos mediante el enfoque de planeación estratégica, determinando con ello el escenario actual de la empresa, el que se quiere lograr y lo requerido para alcanzarlo. Parte de un Diagnóstico institucional, realizando un análisis interno y del entorno de la misma, seguidamente se estructura la plataforma estratégica, para luego definir el plan de acción general, planteando las metas y acciones encaminadas a conseguir los objetivos propuestos.

El presente Plan de Desarrollo, más que un cumplimiento de la norma, está concebido como el instrumento estratégico para la funcionalidad de la empresa teniendo conciencia de la necesidad de adaptabilidad a los cambios progresivos del sistema y el entorno, que le permitan garantizar la viabilidad social y económica y cumplir sus competencias, con la prestación de servicios de salud con oportunidad, calidad, calidez, competitividad y la máxima utilización de sus recursos.

1. INTRODUCCIÓN

La planeación constituye un instrumento primordial de gestión que cumple el rol de carta de navegación, orientando las acciones de la entidad a todos sus niveles, propiciando la evaluación de los resultados con base en indicadores apropiados que faciliten los ajustes y reformulaciones requeridos en la marcha de la entidad.

En esta medida, puede entenderse el Plan de Desarrollo como un documento en el cual se plasma la realización de un proceso sistémico, flexible y participativo, coherente con las políticas y principios institucionales, que a su vez se convierte en derrotero para cada una de las áreas de la Institución.

Es por esto que se diseña el Plan de Desarrollo 2013 – 2016 para la ESE Hospital ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ, que pretende servir como derrotero para llevar a cabo los procesos institucionales, abarcándolos desde el nivel directivo hasta el operativo, a los cuales se les aporten elementos que brinden calidad en la prestación de los servicios, para contribuir al desarrollo de la institución y al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.

Éste fue elaborado por fases, teniendo en cuenta las actividades del proceso de direccionamiento estratégico (formulación, implementación y evaluación) y se contó con la auto evaluación de la institución.

2. OBJETIVO DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Definir y proveer los lineamientos estratégicos de la E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ, dentro de las políticas públicas formuladas por el gobierno nacional, departamental a través del PLAN DE DESARROLLO INSTIUCIONAL: PIENSA EN TU SALUD 2013-2016.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar diagnóstico de la situación institucional.
2. Permitir la participación del talento humano que integran el Hospital ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ ESE.
3. Definir las oportunidades de mejora, teniendo en cuenta amenazas, debilidades, oportunidades y fortalezas en el contexto municipal, departamental y Nacional de salud.
4. Definir la Plataforma Estratégica Institucional.
5. Documentar la Plataforma Operativa, acorde con las mejores oportunidades de crecimiento y mejora institucional, de manera eficiente y alcanzable.

3. PANORAMA INSTITUCIONAL

3.1 PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL.

La Empresa Social del Estado, Hospital Rosario Pumarejo de López, es una IPS de naturaleza Pública, enmarcada dentro de las características definidas en la Ley 100 de 1.993; creada por Ordenanza No. 048 del 10 de diciembre de 1994, adquirió su Personería Jurídica promulgada por la Honorable Asamblea del Departamento del Cesar el 6 de diciembre de 1995.

Su portafolio de servicios actualmente, de acuerdo a la constancia emitida por la Oficina de Vigilancia y Control del Ente Territorial, tiene declarados en el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y se considera habilitado para prestar 79 servicios así: 7 servicios de baja complejidad, 63 servicios de mediana complejidad y 9 servicios de alta complejidad contiene servicios de mediana complejidad con algunas actividades de alta complejidad habilitados ante la Secretaria de Salud del Departamento del Cesar.

La ESE está ubicada en el Municipio de Valledupar en la calle 16 # 17-192 avenida la Popa y su área de influencia de mercadeo se extiende al Departamento del Cesar, el Sur de La Guajira, sur de Magdalena e inclusive Bolívar y Santander. Además de la prestación de servicios de salud en sus instalaciones realiza actividades Docente-Asistencial Universitaria y Técnica, cuenta con 66 empleados de planta.

3.2 RESEÑA HISTÓRICA

En la década de los 30 durante la presidencia del Dr. Alfonso López Pumarejo se ordenó la construcción del Hospital Rosario Pumarejo de López en unos predios ubicados en el Barrio Hernando de Santana en la cabecera municipal de Valledupar, lleva el nombre en honor a la matrona Vallenata, madre del Presidente en mención.

10

Su primer director fue el Dr. Ciro Pupo Martínez, nombrado por Decreto en el año 1.942, cargo éste que no pudo desempeñar, ya que las instalaciones del Hospital fueron tomadas, hasta el año 1.949, como albergue de una compañía del Batallón Bomboná frente a un conflicto bélico entre las Repúblicas de Colombia y Venezuela.

Sólo hasta 1.950 abrió sus puertas como ente Administrativo-Asistencial, bajo la dirección científica del Dr. José Antonio Socarrás apoyado en una Junta Directiva, seguido en los años siguientes por un sin número de destacados directores, terminando el milenio con la ampliación y adecuación de su infraestructura en las áreas de Urgencias y Consulta Externa, con las cuales cuenta actualmente.

El 26 de diciembre de 1.999 se firman los Convenios de Desempeño y de Eficiencia entre la ESE., Ministerios de Desarrollo y Secretaria de Salud y el Departamento del Cesar, con metas de cumplimiento a cinco años, evaluables de acuerdo a lo establecido por el Comité Técnico Territorial.

El 15 de diciembre de 2004 en la nueva torre de hospitalización, comenzó a prestar los servicios, con un proyecto arquitectónico aprobado por el Ministerio de la Protección Social.

En el 2006, la ESE atendiendo lo establecido en el Convenio entre el Ministerio de la Protección Social y el Departamento del Cesar para la Reorganización Rediseño y Modernización de las Redes de Servicios de Salud del Departamento del Cesar, suscribe con el Departamento Convenio de Desempeño bajo el cual se

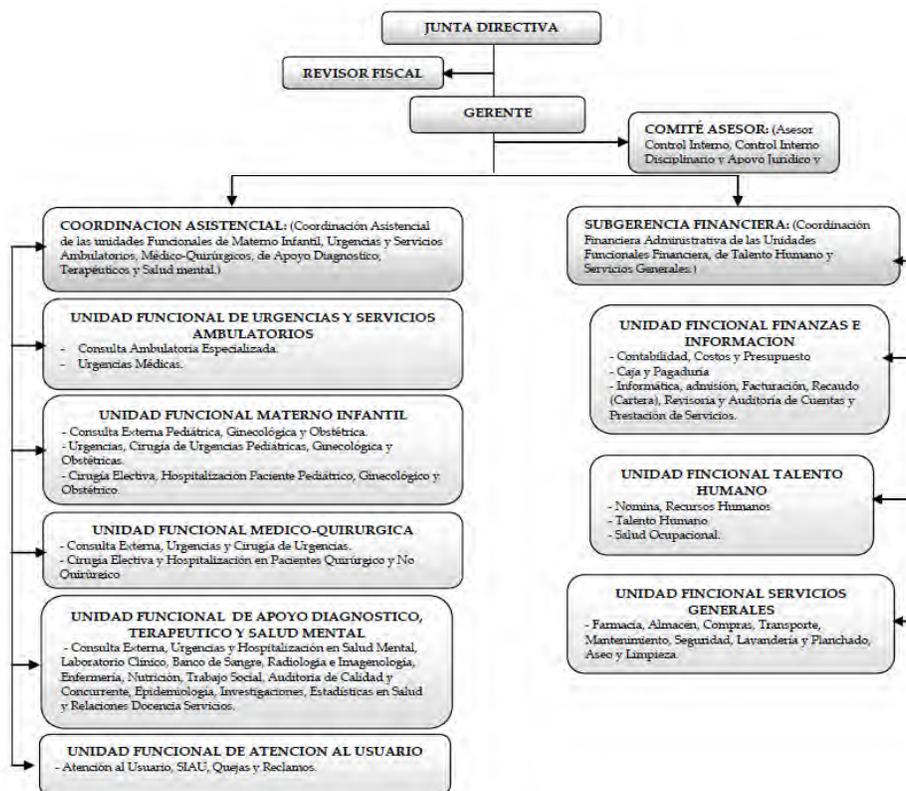
formalizaron los términos y condiciones bajo los cuales la IPS se obliga a establecer las metas, indicadores y compromisos en materia de rediseño o ajuste institucional, portafolio, producción y calidad de servicios, reducción, racionalización y control del gasto, sostenibilidad financiera, mejoramiento de gestión y sistema de referencia y contrarreferencia garantizando la correcta destinación de los recursos que otorga la Nación y demás recursos territoriales que concurren en el financiamiento del programa.

Actualmente el Hospital Rosario Pumarejo de López es una institución reorganizada y fortalecida en sus áreas asistenciales y administrativas, la cual busca Acreditarse para ofrecer servicios de excelente calidad en forma efectiva, diseñando planes y programas que respondan a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios del Cesar y zona de influencia.

3.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.

El nivel directivo está conformado por la Junta Directiva como ente administrativo y la Gerencia, que incluye los Asesores de las Oficinas de Control Interno, Control Interno Disciplinario y Apoyo Jurídico, Planeación y Mercadeo, dependiendo de este la gerencia Subgerencia científica y la Coordinación Asistencial.

Grafico N°1 Organigrama institución



FUENTE: Programa MECI – 2013.

3.4 PLATAFORMA CORPORATIVA

3.4.1 Misión.

Somos una Empresa Social del Estado que brinda servicios de salud de mediana complejidad, reconocida en el departamento del Cesar y áreas de influencia, por tener un recurso humano altamente capacitado para brindar atención con calidad, centrada en las necesidades del usuario y sus familias.

3.4.2 Visión.

Nuestra Hospital en el año 2016 será una institución de mediana y alta complejidad, líder y acreditada en calidad, reconocida por responder a las necesidades de salud de nuestro usuarios, respetuosa del medio ambiente, comprometida con el mejoramiento de la salud de los cesarenses.

3.4.3 Principios Corporativos

- HUMANIZACIÓN: Trato con calidez y dignidad
- PERTINENCIA: Atención científica con el mínimo riesgo de acuerdo a la necesidad
- OPORTUNIDAD: Garantizar los servicios requeridos sin retraso
- INTEGRALIDAD: Cobertura de las necesidades de salud y satisfacción del usuario
- RESPETO: Equidad frente a la necesidad y derechos del usuario
- TRABAJO EN EQUIPO: Cooperación y armonía para el logro de objetivos.

3.4.4 Valores.

- **HONESTIDAD:** Este valor busca en los servidores del Hospital generar confianza y credibilidad en la sociedad a través de comportamientos y actitudes íntegras y transparentes.
- **RESPONSABILIDAD:** Este valor busca en los servidores de la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López el cumplimiento estricto de sus funciones y deberes, promoviendo actitudes que mejoren el clima laboral y satisfacción del usuario.
- **SENTIDO DE PERTENENCIA:** Este valor busca que nuestros servidores se apropien del objeto social del hospital y según competencias asuman roles proactivos y actitudes colaborativas.
- **LEALTAD:** Este valor busca en los servidores del hospital desarrollar comportamientos de fidelidad, sinceridad en beneficio de los clientes y la Institución, orientando nuestras acciones al cumplimiento de los objetivos institucionales.
- **EQUIDAD:** Este valor busca que los servidores del hospital actúen con justicia e igualdad social, reconociendo que los derechos terminan donde empiezan los deberes.
- **SOLIDARIDAD:** Este valor busca que los servidores del hospital desarrollen actitudes de fraternidad y ayuda mutua, promoviendo condiciones que permitan el crecimiento de las personas en todas las dimensiones posibles, dentro de un ambiente de equidad y justicia social.
- **TOLERANCIA:** Este valor busca que los servidores del hospital actúen respetando y aceptando las diferencias que caracterizan a las personas, sin distinción de raza, color, credo, orientaciones sexuales, etcétera

3.4.5 Objeto Social.

Prestar Servicios de Salud de Mediana Complejidad, en concordancia con su capacidad tecno-científica. Complementariamente, su objeto social incluye la investigación, adiestramiento y formación como Centro Docente-Asistencial.

3.5 MAPA DE PROCESOS

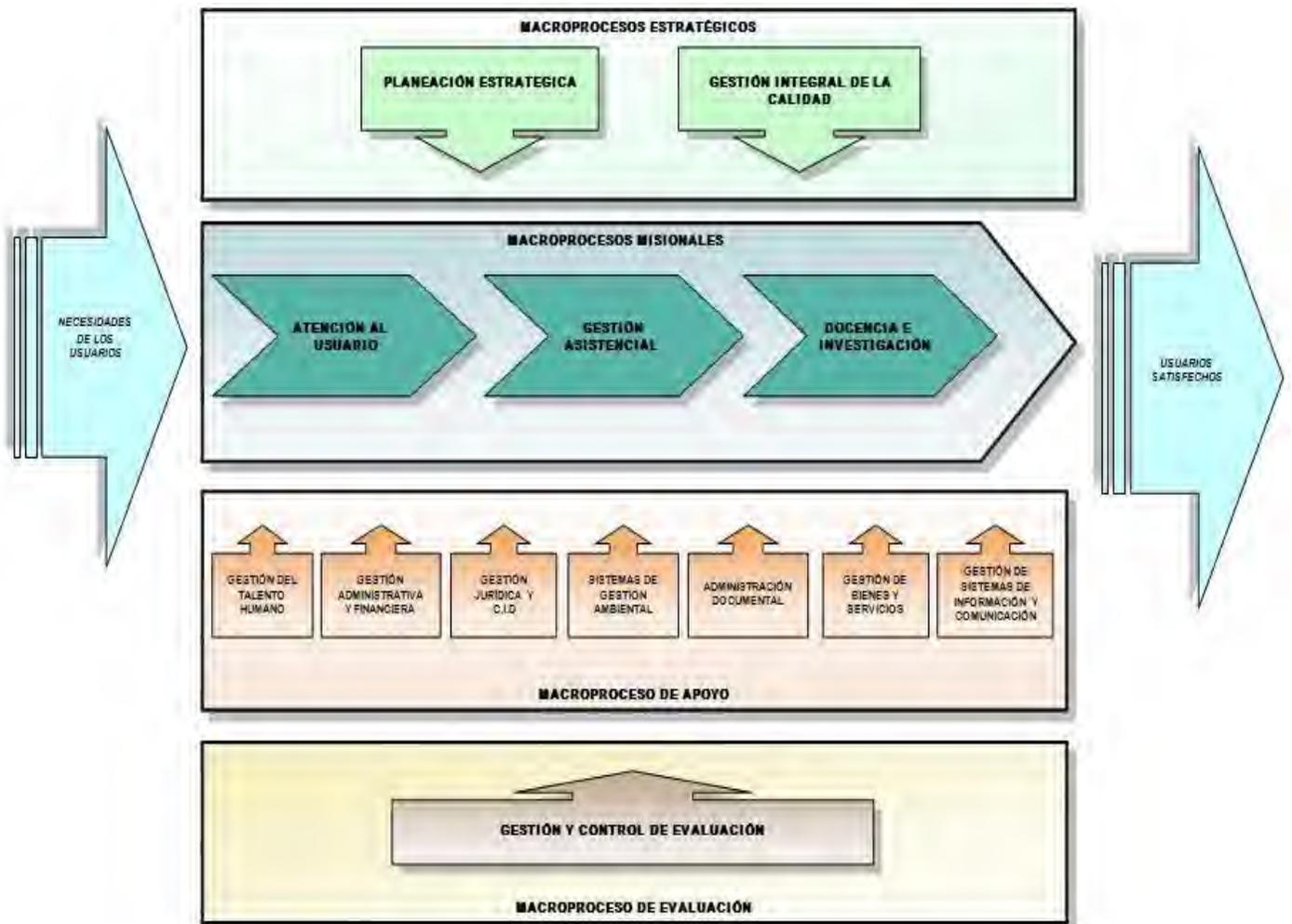
El mapa de procesos institucional, tal como lo indica su definición, representa una visión general del sistema organizacional de la E.S.E., en donde además se presentan los procesos que lo componen así como sus relaciones principales.

Dentro de los procesos cabe destacar gestión de la organización como planificación estratégica, establecimiento de políticas, procesos de medición, análisis y mejora. Estos últimos incluyen procesos para medir y obtener datos sobre el análisis del desempeño y mejora de la efectividad y eficiencia, pueden incluir la medición, seguimiento y procesos de auditoría, acciones correctivas y preventivas y ser aplicados a todos los procesos de la organización siendo una parte integral en la gestión.

En consecuencia, tenemos que el principal objetivo de los procesos institucionales es la atención con calidad al usuario externo que acude al centro hospitalarios de mayor envergadura del departamento.

Ver Gráfico No. 2. Mapa de Procesos. HRPL – ESE.

Grafico N°2 Mapa de procesos





3.6 MARCO LEGAL DE LA E.S.E.

El fundamento jurídico de la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, está sustentado en la Ley 10 de 1.990, la Ley 100 de 1.993 y demás disposiciones legales que la modifican y complementan en estricta sujeción a los lineamientos jurídicos y administrativos del Ministerio de la Protección Social.

El Decreto 1876 de 1.994 define la naturaleza jurídica de la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López; como tal, *constituye una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con patrimonio propio y autonomía administrativa*. El derecho privado rige el régimen contractual, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a las normas sobre la materia, con la posibilidad de aplicar discrecionalmente, las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. La vinculación de personal otorga el carácter de empleados públicos.

En el marco de la ley 715 de 2001, de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política se dictan disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Con el acompañamiento del Ministerio de la Protección Social se inicia la aplicación del Decreto 1011 de 2.006, 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 SOGC.

4. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL “PIENSA EN TU SALUD 2013-2016”

4.1 MARCO LEGAL DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

4.1.1 Fundamentos Constitucionales

Art. 298 Los Departamentos tienen autonomía para la administración de los asuntos seccionales y la planificación y promoción del desarrollo económico y social dentro de su territorio en los términos establecidos en la Constitución Nacional.

Art. 339 Las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el gobierno nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les hayan sido asignadas por la Constitución y la Ley. Los Planes de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones de mediano y corto plazo.

Art. 342 La correspondiente Ley orgánica reglamentará todo lo necesario con los procedimientos de elaboración, aprobación y ejecución de los planes de desarrollo y dispondrá los mecanismos apropiados para su armonización y para la sujeción a ellos de los presupuestos oficiales.

4.1.2. Fundamentos legales

- Ley 152 de 1.994. Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
- Ley 1151 de 2.007. Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010; "Estado Comunitario: Desarrollo para Todos".
- Ley 1438 del 2011. Por medio del cual se Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1454 del 2011. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014.

Ley 1454 de 2011. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre ordenamiento territorial y se dictan otras disposiciones. Y las demás normas vigentes.

4.2 INSUMOS INSTITUCIONALES PARA EL PLAN DE DESARROLLO

Los importantes insumos que sustentan la formulación y creación del Plan de Desarrollo Institucional del Hospital ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ ESE, tenemos nuestro Plan de Gestión Gerencial, el cual se define dentro del marco de la Resolución No.0743 de 2013. Este Plan de Gestión Gerencial fue aprobado por Acta de Junta Directiva No. 0183 del 31 de junio del 2013.

Dicho plan identifica la integración que debe tener con el Plan de Desarrollo Institucional, siendo parte fundamental el uno del otro. Es el Plan de Desarrollo Institucional "PIENSA EN TÚ SALUD 2.013 – 2.015" el que desplegará el Plan de Gestión Gerencial, para que finalmente en su estructura operativa se logre el cumplimiento de metas e indicadores definidos.

4.3 OBJETIVOS, DECISIONES ESTRATEGICAS Y CREACION DE VALOR

Con base en el análisis institucional y epidemiológico poblacional, atendiendo las potenciales necesidades de la población en general, el Plan de Desarrollo “PIENSA EN TU SALUD 2013-2016”, realiza una apuesta fundamental para a través de tres (3) Prospectivas:

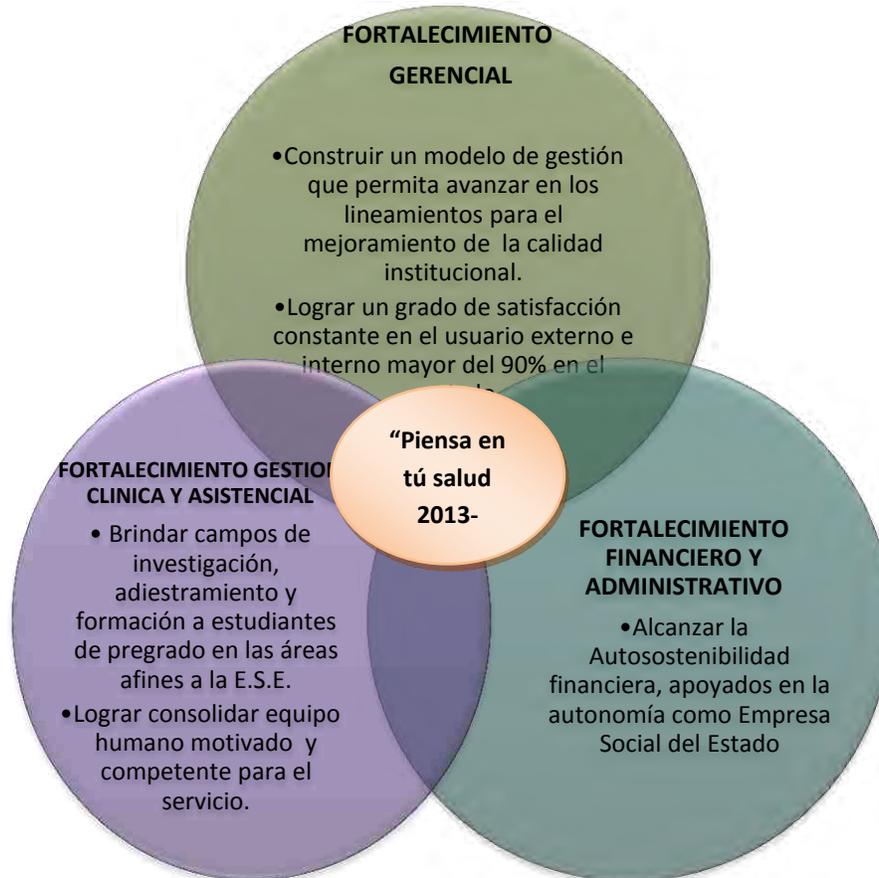
20

- Primera Prospectiva: FORTALECIMIENTO GERENCIAL
- Segunda Prospectiva: FORTALECIMIENTO FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO.
- Tercera Prospectiva: FORTALECIMIENTO GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL.

4.3.1 Objetivos Estratégicos.

1. Construir un modelo de gestión que permita avanzar en los lineamientos para el mejoramiento de la calidad institucional.
2. Lograr posicionamiento, reflejado en productividad y rentabilidad social y económica.
3. Alcanzar la Autosostenibilidad financiera, apoyados en la autonomía como Empresa Social del Estado.
4. Brindar campos de investigación, adiestramiento y formación a estudiantes de pregrado en las áreas afines a la E.S.E.
5. Lograr consolidar equipo humano motivado y competente para el servicio.
6. Lograr un grado de satisfacción constante en el usuario externo e interno mayor del 90% en el periodo.

Gráfico No.3: Prospectiva del Planteamiento Estratégico “PIENSA EN TU SALUD 2013-2016”:

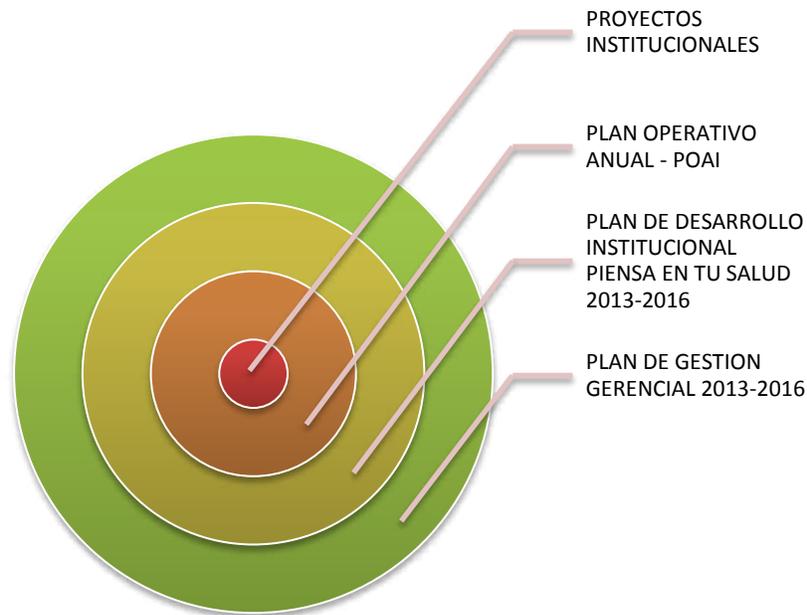


Fuente: Oficina de Planeación HRPL.2013.

En consecuencia, se indica que a través de los diferentes programas, proyectos, actividades y tareas son desplegados para lograr la meta estándar aprobado en el Plan de Gestión Gerencial, aunado al jalonamiento del cumplimiento del presente Plan de desarrollo Institucional.

El Plan de Gestión Gerencial está directamente integrado con nuestro Plan de Desarrollo Institucional “PIENSA EN TÚ SALUD 2013 – 2016”, lo que se traduce en el grafico siguiente:

Gráfico No.4: esquematización de los diferentes planes institucionales 2013-2016.



Fuente: Oficina Planeación HRPL.2013.

4.4. PRINCIPIOS RECTORES DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

- **TRANSPARENCIA:**

Trabajaremos por un ambiente de confianza, seguridad y franqueza entre el gobierno y la sociedad, de tal forma que los ciudadanos estén informados y conozcan las responsabilidades, procedimientos, reglas, normas y demás información generada por la institución.

- **EFICIENCIA**

Las decisiones y ejecuciones gerenciales, tácticas y operativas, obtendrán el resultado deseado en beneficio de nuestros usuarios a menor costo y gasto.

- **RESPONSABILIDAD SOCIAL:**

El Hospital concibe su Responsabilidad Social como un compromiso y su esencia como institución prestadora de servicios de salud. Es un encargo de carácter transversal a toda la institución.

4.5. ARTICULACIÓN CON OTROS PLANES DE DESARROLLO JERARQUICOS

Complementario a lo anterior es soporte importante los insumos externos al Hospital Rosario Pumarejo de López E.S.E., que son norte y orientador en el levantamiento del Plan de Desarrollo Institucional.

Entre los mismos tenemos:

1. Plan de Desarrollo Nacional “Prosperidad Para Todos 2010-2014”.
2. Plan de Desarrollo Departamental “Prosperidad A Salvo 2012-2015”
3. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2000-2015
4. Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud para la Hospital Rosario Pumarejo de López ESE.

5.6 ARTICULACIÓN CON POLÍTICAS NACIONALES

Se identifica que son 8 ejes los que estructuran el Plan de Desarrollo Nacional, identificando el interés especial que del Gobierno imparte en la unificación y estructuración de los adecuados sistemas de información y del ataque frontal a los cinco (5) intolerables que son:

1. Cero casos de sífilis congénita.
2. Cero casos de muertes maternas

3. Ciento por ciento de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA con tratamiento integrales oportunos.
4. Cero casos de mortalidad infantil.
5. Cero casos de desnutrición en los primeros 1.000 días de vida.

5.7 ARTICULACIÓN CON POLÍTICAS INSTITUCIONALES

La E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ, en cumplimiento a los lineamientos de orden nacional, regional ha valorado programas y/o estrategias, que para su cumplimiento ha adoptado a través de Políticas Institucionales a beneficio de la comunidad que asiste en este claustro hospitalario, en razón a ello, se enuncian las políticas institucionales:

- **POLÍTICA DE IDENTIDAD CORPORATIVA**

La E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ está comprometida con la adopción y puesta en marcha de una identidad corporativa integral, a través de estrategias organizacionales que permitan el posicionamiento de la filosofía Institucional y la personalidad de la Empresa, acordes a los lineamientos de mejoramiento continuo de los procesos y la proyección social de toda la población CESARENSE.

- **POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ en el marco de la calidad del proceso de atención en salud se compromete a disponer de

recursos para desarrollar acciones que promuevan una institución más segura con estrategias de identificación, seguimiento y análisis de eventos adversos, prevención y minimización de riesgos a través de campañas de sensibilización hacia una cultura de limpieza y desinfección, mantenimiento de equipos, capacitación continua al personal asistencial y administrativo, auditorias de autocontrol y adherencia a guías con el fin de prevenir la ocurrencia de situaciones que puedan afectar la seguridad del paciente y sus familias.

- **POLÍTICA PARA LA GESTIÓN ÉTICA**

El Hospital se compromete a luchar contra la corrupción, velando por el cumplimiento de los protocolos éticos adoptados en este código por parte de sus servidores públicos y contratistas. En el desarrollo de esta política de lucha anticorrupción el Hospital fomentará espacios de capacitación y socialización tanto al personal vinculado directa o indirectamente, como a todos aquellos que se vinculen, incluido sus grupos de interés cuando lo crea conveniente.

- **POLÍTICA DEL TALENTO HUMANO PARA LA GESTIÓN ÉTICA.**

El Hospital implementa el Sistema de Gestión por competencias y por procesos del personal de planta según las funciones del cargo, delegando en los operadores externos, responsables de proveer el talento humano de la gestión el desarrollo conjunto de actividades concernientes a la salud ocupacional, bienestar social, fomento de la motivación, capacitación permanente y la compensación oportuna, como requisitos para el logro del mejoramiento continuo en de Institución en procura de elevar significativamente la productividad.

- **POLÍTICA AMBIENTAL.**

En este marco diseña la política ambiental como un compromiso de Protección al Medio Ambiente a través de la implementación de acciones que aseguren el buen manejo, disposición, transporte y almacenamiento de los residuos y desechos peligrosos y no peligrosos previniendo el riesgo inherente al ambiente intrahospitalario.

- **POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN.**

La ESE Hospital Rosario Pumarejo de López; se compromete a cumplir con su misión Y principios corporativos, brindando un trato cálido, humano y respetuosos al enfermo, su familia y el entorno prestando servicios de salud que propendan por la vida y dignidad de las persona; promoviendo un medio organizacional en donde las relaciones humanas conviertan a esta E.S.E. en una gran familia hospitalaria.

- **POLÍTICA DE CONTRATACIÓN.**

En el manejo de las relaciones comerciales y contractuales con proveedores de bienes y servicios, el Hospital se aplican los principios de buena fe, transparencia, igualdad, responsabilidad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad, selección objetiva y publicidad; principios desarrollados a través del cumplimiento del estatuto contractual del Hospital y demás normatividad vigente al respecto.

- **POLÍTICA DE CALIDAD.**

Como Empresa Social del Estado de mediana y alta complejidad en salud, prestamos servicios ambulatorios, hospitalarios, quirúrgicos, cuidados intensivos de adultos y neonatales, bajo criterios de calidad competitivos, buscando satisfacer las necesidades de usuarios, mediante aplicación de directrices reglamentarias del SOGCS y la mejora continua en procesos que permitan mantener una institución integral, sólida y posicionada en la sociedad gracias a la reconocida idoneidad del talento recurso humano, la auto sostenibilidad financiera y rentabilidad social.

- **POLÍTICA SOBRE RIESGOS.**

El Hospital se compromete a adoptar mecanismos y acciones necesarias para la gestión integral de riesgos, de tal forma que se prevengan o minimice su impacto. Para ello adoptará mecanismos que permitan identificar, analizar, valorar, priorizar y administrar los riesgos propios de su objeto misional, determinando el nivel de exposición de riesgo ante los diferentes factores que lo afecten.

- **POLÍTICA FRENTE A LOS ORGANISMOS DE CONTROL EXTERNO.**

La Alta Dirección del Hospital, se compromete a mantener relaciones armónicas con los Organismos de Inspección, Vigilancia y Control, a suministrar la información que en el ejercicio se demanden en forma oportuna, completa y veraz. Igualmente se compromete a implementar acciones de mejoramiento recomendados en los respectivos informes que se sugieran.

- **POLÍTICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INICIATIVA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA IAMI INTEGRAL.**

La ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ dispondrá por escrito de una política institucional para la promoción, protección, atención y apoyo en salud y nutrición a la población materna e infantil, con enfoque de derechos y perspectiva diferencial, que garanticen la integralidad, calidad, y continuidad de la atención en los servicios y programas dirigidos a gestantes, madres, niñas y niños menores de 6 años y que se ponga sistemáticamente en conocimiento de todo el personal de la institución.

- **POLÍTICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA - AIEPI:**

La E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ, busca lograr el mejoramiento de la calidad en la atención a niños y niñas menores de 5 años con enfoque de derechos humanos, perspectiva de género y criterios de calidad a través de la integración de servicios y utilizando los instrumentos establecidos para la estrategia de Atención integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI en su componente clínico.

Teniendo en cuenta para las políticas expuestas lo relacionado y en cumplimiento en lo expuesto en la Ley 1098 de 2006, por el cual se establece el Código de Infancia y Adolescencia, en el artículo 41, numeral 5: Garantizar la atención oportuna y de calidad a todos los niños, las niñas y adolescentes, en especial en los casos de urgencias y en el numeral 14: Reducir la morbilidad y mortalidad infantil, prevenir y erradicar la desnutrición, especialmente en menores 5 años, adelantar los programas de vacunación y prevención de las enfermedades de la infancia y la adolescencia y de los factores de riesgo de la discapacidad.

4.8 ARTICULACIÓN CON COMPROMISOS INSTITUCIONALES

- **COMPROMISO CON LA COMUNICACIÓN PÚBLICA.**

El Hospital se compromete a asumir la comunicación y la información como bienes públicos, a diseñar e implementar estrategias orientadas hacia el fortalecimiento de la cultura, identidad e imagen institucional con el propósito de cumplir los objetivos misionales, manteniendo interacción constante con la comunidad, medios de comunicación y cliente interno, adelantando acciones de acuerdo a parámetros que establezca el plan de comunicación e información de la Institución.

- **COMPROMISO CON LA COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL.**

La comunicación organizacional está orientada hacia la difusión de la información generada por las diferentes áreas de la Institución, fortaleciendo la medición, análisis y mejora de la información para su utilización, buen uso y diligenciamiento veraz y oportuno, de la información solicitada por las entidades de dirección, vigilancia y control que la requieran.

- **COMPROMISO CON LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

El Hospital se compromete a garantizar la difusión de información sobre su funcionamiento, gestión y resultados en forma amplia, transparente y confiable hacia la comunidad en general, usuarios y órganos de control.

- **COMPROMISO DE GOBIERNO EN LÍNEA.**

La entidad se compromete al desarrollo de las acciones necesarias para mantener actualizada la página WEB, con información sobre su funcionamiento, plataforma estratégica, procesos y resultados de la contratación, política de calidad, Portafolio de servicios, estados financieros, indicadores e informes de gestión.

30

4.9 ARTICULACION CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO 2002 – 2015.

Los ODM son un compromiso internacional del país que deben alcanzarse en el año 2015, y el gobierno tiene una responsabilidad especial de articularlos en las estrategias de la formulación del Plan de Desarrollo Institucional “PIENSA EN TU SALUD 2013-2016”,

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre: dirigido a la disminución de la población con hambre, al establecimiento de políticas para mejorar los ingresos de los ciudadanos y la consecución de empleo y trabajo digno para todos, incluyendo mujeres y jóvenes.

Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil: disminuir en dos terceras partes, la mortalidad en niños y niñas menores de cinco años.

Objetivo 5. Mejorar la salud materna: reducir en tres cuartas partes, la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades: haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA. Lograr, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten. Haber detenido y comenzado a reducir, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves, específicamente el Dengue.

La institución busca a través de los programas de materno infantil, disminuir las cifras de la tasa de mortalidad infantil por hambre y/o desnutrición aguda o crónica, el cual se establece por medio de una detección temprana de casos, atención oportuna en el Centro de Recuperación Nutrición, apoyando y promoviendo la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de nacido el menor, promoviendo el contacto piel a piel al nacimiento, entre otros aportes a la comunidad cesareense.

Igualmente, al aumentar la oferta de servicios institucionales, se incentiva el empleo directo e indirecto, generando trabajo digno para las mujeres, jóvenes y generaciones que con sus experticias apoyan el mejoramiento de la calidad de la atención.

Así mismo, se implementará las estrategias de órdenes internacionales y adoptados por la nación como: 1. la iniciativa de Atención a las enfermedades prevalentes de la infancia – AIEPI en sus componentes: clínico, neonatal y social. 2. La iniciativa Instituciones Amiga de la Mujer y la Infancia – IAMI, constituyéndose en la primera IPS pública de mediana complejidad en ser IAMI.

Trabajar por el 4º objetivo de desarrollo del milenio, indica, trabajar por los derechos de niños y niñas, se creará el punto de vacunación institucional, donde todo recién nacido cuente con la primera gama de vacunas del Plan Nacional de Inmunizaciones.

Fortalecer el registro civil, en garantía de los derechos como ciudadanos Colombianos a todo menor que nazca en la institución.

Implementar y desarrollar la Estrategia MADRE CANGURO, permitirá disminuir la franja de la tasa de mortalidad en menores de un año a nivel del departamento y la nación.

Disminuir la mortalidad materna, es contribuir a los derechos de la mujer, es una apuesta de disminuir en mínimo un 80% la mortalidad materna por causas evitables a nivel institucional. En conjunto, promover la planificación familiar, a todas las mujeres que acuden al centro hospitalario.

La entidad a través de los programas de infectología y la detección temprana de gestantes con VIH/SIDA, para disminuir la propagación por transmisión vertical o por accidentes laborales, es una apuesta de gran envergadura para la E.S.E., la cual no debe ser superior al 0.5% de los casos presentados a nivel departamental.

4.10 ARTICULACION DEL PLAN DE DESARROLLO NACIONAL Y PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL.

El Hospital Rosario Pumarejo de López Nivel ESE, como Empresa Social del Estado articula sus acciones con el cumplimiento del El Plan Nacional de Desarrollo **“prosperidad para todos 2010-2014”** y El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021” y el **Plan de Desarrollo Departamental “Prosperidad a Salvo 2012-2015”**, esta articulación permite aunar esfuerzos para mejorar la calidad de vida de la población, mejorar la dotación técnico científica de las entidades estatales en materia de salud y organizar la Red Prestadora de Servicios de Salud del Departamento.

Es de interés de la Gerencia de la ESE, aportar a la consecución de los objetivos e invertir todos sus esfuerzos a una atención con estándares superiores de calidad que se vean reflejados en la satisfacción de nuestros usuarios. Ver gráfico No.3. Articulación Planes de desarrollo jerárquicos.

Grafico No.3. Articulación Planes de desarrollo jerárquicos.



Así las cosas, nuestro Plan de Desarrollo Institucional, se articula con el Nacional en los siguientes mecanismos de ejecución del Plan Nacional:

Mecanismo 3: Igualdad de oportunidades para la prosperidad social:

Algunos lineamientos estratégicos para generar un entorno de igualdad de oportunidades para la prosperidad social son:

1. Primer infancia, niñez y adolescencia:
 - *Diseñar e implementar la estrategia de atención integral a la primera infancia, denominada “Estrategia de cero a siempre”, que será liderada por la Presidencia de la República, estará focalizado especialmente en la población más pobre y vulnerable, y contará con estrategias en temas como: el recurso humano y la infraestructura de los centros de atención, los sistema unificado de información y la evaluación de los programas.*

Este ítems, estará articulado con nuestra institución a través de la integración a los diferentes servicios del programa materno infantil con apoyo de la nación del

PROGRAM MADRE CANGURO, que se articula con las demás estrategias institucionales para ir cerrando la brecha de los ciclos vitales de CERO A SIEMPRE.

- *Promover y garantizar la protección de los derechos de la niñez y la adolescencia: (i) mejorar los programas de nutrición y hábitos saludables, (ii) ejecutar estrategias de capacitación a los padres, agentes educativos y cuidadores, en la comprensión de los niños y jóvenes como sujetos con derechos, (iii) desarrollar estrategias para la prevención de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y el abuso sexual de menores, (iv) diseñar e implementar estrategias intersectoriales para reducir los embarazos de adolescentes.*

A través de los programa de nutrición institucionales que se articulan con el departamento, tal es el caso del Centro de Recuperación Nutricional y Banco de Leche Humana.

Se destaca que el propósito de contar la entidad con el primer Banco de Leche Humana de la costa Atlántica, genera una articulación en otros ejes transversales del Plan de Desarrollo Nacional, como son:

“Eje transversal 3: Un mayor y mejor posicionamiento de Colombia en los mercados internacionales, en las relaciones internacionales, y en la agenda multilateral de desarrollo y de la cooperación para alcanzar la relevancia internacional propuesta”

2. Acceso y calidad en salud, universal y sostenible

- *Revisar, actualizar y unificar gradual y sosteniblemente los planes de beneficios.*
- *Regular los servicios excluidos del plan de beneficios mediante: una instancia de evaluación de tecnología, mecanismos de regulación de precios, y sistemas de información y seguimiento.*
- *Promover estilos de vida saludable y reducir la prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas: (i) Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, (ii) Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, (iii) Plan Nacional Operativo de Salud Mental, y (iv) Plan Decenal de Actividad Física.*

La institución E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ, en avanzar en la adopción luego se reglamente cada uno de los ítems anteriormente anotados del Plan de desarrollo nacional, teniendo en cuenta que se avanza en el cumplimiento de:

- Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional,
- Plan Nacional Operativo de Salud Mental.

Mecanismo No. 7: Buen Gobierno, participación ciudadana y lucha contra la corrupción

Según el Plan de desarrollo Nacional, se enmarca una de las principales acciones:

- *Fomentar una cultura de transparencia y rendición de cuentas: (i) incrementar la capacidad de respuesta de las entidades, (ii) impulsar programas de formación y capacitación a servidores públicos y ciudadanos, y (iii) racionalizar trámites a través de estrategias en información pública y gobierno en línea.*

- *Estrategias contra la corrupción:*

Diseñar e implementar la Política Integral contra la Corrupción: (i) conocer el fenómeno; (ii) identificar los aspectos, procesos y oportunidades que facilitan los actos de corrupción, y (iii) establecer correctivos y acciones que impidan su realización, entre otros.

- *Participación ciudadana y capital social:*

Fortalecimiento a Expresiones Asociativas de la Sociedad Civil.

La ESE HRPL, como Empresa Social del Estado, implementará los programas de buen gobierno, priorizando los componentes de Gobierno en línea y capacidad de gestión pública. Apoyará los mecanismos de control y de prevención que minimicen los riesgos de corrupción que se puedan presentar; así mismo,

fortalecerá los procesos de participación ciudadana que legalmente deben estar constituidos y garantizando su funcionalidad.

4.11 ARTICULACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL.

La HONORABLE ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR, a través de la ORDENANZA N°. 047 de 2012 del 15 DE MAYO de 2012: “por medio del cual se aprueba y adopta el Plan de Desarrollo para el Departamento del Cesar 2012-2015 “PROSPERIDAD A SALVO”.

La apuesta estratégica del departamento, se articula con la E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ, en lo siguiente apuesta estratégica:

1. DE FRENTE CON LA POBREZA: *“Contempla las líneas estratégicas sectoriales y transversales que aseguran la prestación de los servicios sociales del gobierno con equilibrio, calidad y oportunidad para garantizar la calidad de vida e impactar el desarrollo humano.”*

1.1 *Primera Infancia, niñez, adolescentes y jóvenes “Por Siempre a Salvo”:*

- a. *Realizar acciones afirmativas para impulsar la garantía de los derechos de la primera infancia, niñez, adolescentes y jóvenes.*
- b. *Aumentar las acciones que garanticen la atención integral a los niños y niñas de la primera infancia.*

Acciones estratégicas

- *Fortalecer los hospitales de mediana complejidad en Valledupar, Aguachica y Chiriguana, para el mejoramiento de la prestación del servicio materno infantil.
Mantener la cobertura de vacunación.*
- *Disminuir la desnutrición crónica y global en menores de cinco años.*

Metas de Producto

- *Lograr, anualmente, que 3.500 niños y niñas menores de seis meses de edad, reciba lactancia materna exclusiva*
- *Brindar atención integral a 2.700 niños y niñas menores de cinco años en los Centros de Recuperación Nutricional de la Primera Infancia*
- *Vacunar anualmente a 22.212 niños y niñas menores de un año, con todos los biológicos del esquema PAI.*
- *Educar anualmente a 14.000 familias en prácticas saludables alimentarias*

1.2 Salud sin fronteras

La salud está concebida como un derecho fundamental de la población, que obliga entre otras cosas, a cumplir un compromiso de control y vigilancia sobre el sistema.

- Gestionar y apoyar el proceso de conformación de un Hospital Universitario, en Valledupar.*
- Mejorar las unidades de prestación del servicio de urgencias en la Red Pública Departamental.*
- Fortalecer las cuatro ESE de mediana complejidad de atención, a través de un Sistema de información que les permita operar en Red.*
- Fortalecer al personal de la salud, mediante la formación médica continuada, haciendo énfasis en el área de urgencias.*
- Mejorar la infraestructura hospitalaria y/o dotación en las Empresas Sociales del Estado (ESE) de baja y mediana complejidad de atención en la Red Pública del departamento, en los municipios de El Copey, Astrea, Chimichagua y otros.*
- Incrementar las acciones de seguimiento a la calidad de la prestación de servicios en salud para gestantes, infancia, adolescencia, juventud y personas mayores.*
- Hacer seguimiento a los modelos de gestión programática de VIH y la guía para el manejo sin barreras, Hepatitis B, sífilis congénita y VIH/SIDA.*
- Fortalecer la red de referencia y contrarreferencia en Salud, mejorando oportunidad y calidad en la atención de urgencias y emergencias del departamento.*
- Impulsar los estudios, diseño, construcción y dotación del hospital mental del departamento.*

- j. *Articular, con el gobierno nacional, la búsqueda de altos niveles de calidad y cubrimiento de los servicios de salud, brindando información relevante, en línea, a los usuarios, y fortaleciendo el sector a nivel institucional, a partir de la instalación de infraestructura tecnológica y la apropiación y uso eficaz de TIC, mejorando, de esa manera, los Sistemas de Información del sector salud. Igualmente, facilitando la atención de los ciudadanos, brindando transparencia en el manejo de recursos del sector, y buscando mejorar el monitoreo y control de amenazas de salud.*
- k. *Promover el uso, apropiación y generación de contenidos de TIC, en los currículos del sector salud y en la investigación aplicada a desarrollo de contenidos.*

Metas productos:

- *Dotar e implementar en infraestructura tecnológica las 28 ESE del Departamento para mejorar los Sistemas de Información en Salud.*

5. PERFIL DEL ENTORNO TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR

El Departamento del Cesar está ubicado al nororiente del país. Limita por el norte con los departamentos del Magdalena y La Guajira; por el oriente con La República Bolivariana de Venezuela y el Departamento de Norte de Santander, al sur con Santander, y al occidente con Bolívar, Magdalena y Santander. Tiene una extensión territorial de 22.905 km², que representa el 2% del territorio nacional y una densidad de 42.71 habitantes por kilómetro cuadrado.

5.1. DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA

El departamento del Cesar, se encuentra dividido en por 25 municipios, 171 corregimientos, 990 veredas y 11 caseríos. Cuatro subregiones, conformadas:

- Subregión Norte: Becerril, Agustín Codazzi, La Paz, Manaure, Pueblo Bello, San Diego, Valledupar.
- Subregión Nor-occidental: Astrea, Bosconia, El Copey y El Paso.
- Subregión Central: Chimichagua, Chiriguaná, Curumaní, La Jagua de Ibirico, Pailitas y Tamalameque.
- Subregión Sur: Aguachica, Gamarra, González, La Gloria, Pelaya, Río de Oro, San Alberto, y San Martín. Ver gráfico No. 4. Mapa político administrativo del departamento del Cesar por subregiones.

Grafico No.4. MAPA POLÍTICO ADMINISTRATIVO POR SUBREGIONES DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR



5.2. PERFIL DEMOGRÁFICO

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR

La población del año 2012 del departamento del Cesar es de 991,584; el 49,93% (495.542) hombres, y el 50,07% (496.442) mujeres, siendo la relación hombre-mujer de 1. El 73,60% (729.791) de los habitantes viven en las cabeceras municipales, y el 26,40% (261.793) en el área rural.

El 5,67% (56,194) de la población es indígena, siendo la etnia Arhuaca la mayor con el 50% (28,055) del total, seguido por los Kankuamos con el 23% (13.137); los Yukpas representan el 14% (7.901).

Los Municipios con mayor población indígena son Valledupar con el 52%, y con el 34% en Pueblo Bello.

POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR 2012

EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Total	991.584	495.142	496.442
0-4	110.417	56.425	53.992
5-9	110.201	56.399	53.802
10-14	109.893	56.103	53.790
15-19	104.911	53.693	51.218
20-24	93.688	48.286	45.402
25-29	75.817	36.952	38.865
30-34	65.188	30.677	34.511
35-39	59.815	28.607	31.208
40-44	56.684	27.137	29.547
45-49	51.465	24.930	26.535
50-54	42.300	20.752	21.548
55-59	33.218	16.315	16.903
60-64	26.142	13.061	13.081
65-69	18.862	9.519	9.343
70-74	13.377	6.700	6.677
75-79	10.216	5.087	5.129
80 Y MÁS	9.390	4.499	4.891

Fuente. Proyección Censo DANE 2005

El conocimiento de la población por grupos de edad nos permite conocer el comportamiento específico de la morbimortalidad en el departamento. El cuadro anterior nos permite conocer la población por quinquenios en ambos sexos.

**POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR SEGÚN MUNICIPIOS AÑO
2012**

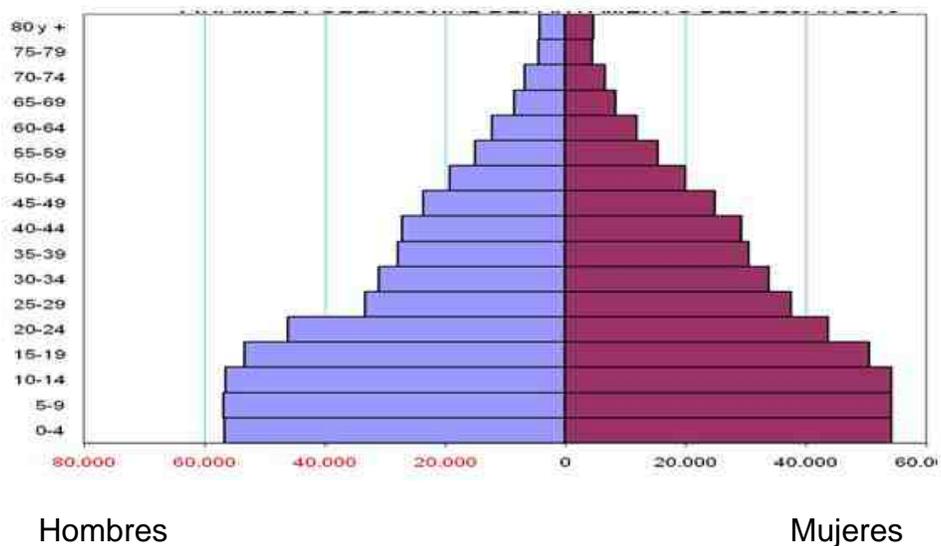
MUNICIPIO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Valledupar	423.278	205.944	217.334
Aguachica	89.935	4.0841	46.094
Codazzi	61.909	26.380	25.529
Astrea	18.982	9.862	9.120
Becerril	13.620	7.194	6.426
Bosconia	35.361	17.963	17.393
Chimichagua	30.830	16.296	14.534
Chiriguana	20.439	10.364	10.075
Curumani	25.348	12.628	12.720
El Copey	26.089	13.338	12.751
El Paso	22.273	11.271	11.002
Gamarra	15.991	8.453	7.538
González	7.621	3.904	3.717
La Gloria	13.448	6.915	6.533
La Jagua de Ibirico	22.206	11.484	10.722
Manaure	13.522	6.924	6.598
Pailitas	16.834	8.531	8.303
Pelaya	17.532	8.810	8.722
Pueblo Bello	20.677	10.925	9.752
Rio de Oro	14.169	7.325	6.844
La Paz	22.612	11.587	11.025
San Alberto	23.224	11.724	11.500
San Diego	13.521	6.953	6.568
San Martin	18.213	9.348	8.865
Tamalameque	13.950	7.73	6.777
TOTAL	991.584	495.142	496.442

Lo anterior nos muestra que la población va disminuyendo a medida que disminuye la edad.

La pirámide poblacional del Departamento es Constrictiva, lo que indica un comportamiento estable de la tasa de bruta de mortalidad, una disminución de la mortalidad infantil; una disminución de la natalidad, una disminución de la fecundidad, y el aumento de la esperanza de vida al nacer.

Por distribución de edades el más alto porcentaje se encuentra en la población en edad entre 0 y a 4 años ocupando el 40.77% de la población general, seguida por las edades entre 5 a 9 años la cual tiene un porcentaje del 24.3% a este le sigue la población con edad de 10 – 14 años con un 11.3%, dentro de la población que menos porcentaje ocupa están 80 y más con un 9.6%

PIRÁMIDE POBLACIONAL DEPARTAMENTO DEL CESAR 2012



PERTENENCIA ÉTNICA: PUEBLOS INDÍGENAS

En la actualidad el departamento del Cesar cuenta con 56.194 indígenas -

POBLACIÓN INDÍGENA SEGÚN ETNIA Y MUNICIPIOS

VALLEDUPAR	ARHUACA	9.186
	KOGUI	2.817
	WIWA	3.851
	YUKPA	23
	KANKUAMA	13.131
	TOTAL	29.008
AGUSTÍN CODAZZI	UVVAS	1
	WIWA	1
	YUKPA	5.135
	KANKUAMA	2
	TOTAL	5.139
BECERRIL	WIWA	391
	YUKPA	1.750
	TOTAL	2.141
PUEBLO BELLO	ARHUACA	18.868
	KOGUI	10
	WIWA	27
	KANKUAMA	4
	TOTAL	18.909
LA PAZ	ARHUACA	1
	WIWA	3
	YUKPA	993
	TOTAL	997

Fuente: Estimado Dusakawi EPS

5.3. DINÁMICA DE LA POBLACIÓN

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD 2005 - 2015	2.78
TASA GENERAL DE FECUNDIDAD 2010 – 2015/1000 MUJERES	89.80
MEDIA ANUAL DE NACIMIENTOS 2011	19.616
TASA BRUTA DE NATALIDAD 2011	20.004
MEDIA ANUAL DE DEFUNCIONES 2010	3242
TASA BRUTA DE MORTALIDAD/1000 HABITANTES 2010	3.35
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL/1000 NV	288
ESPERANZA DE VIDA AL NACER 2010 - 2015	HOMBRES 70.87
	MUJERES 76.84
MUJERES EN EDAD FÉRTIL 2012	14.78

FUENTE: PROYECCIÓN DANE 2005

5.4 ENTORNO INSTITUCIONAL

Valorar el entorno institucional se convierte en un ejercicio enriquecedor para el Hospital siempre que exista una articulación con modelos gerenciales de la Administración Pública, es así como el Hospital en este proceso de consolidación conto con la participación del cliente interno y externo en la construcción del panorama institucional.

5.4.1 Población objetivo de la E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo De López por zona de influencia.

La E.S.E se ubica estratégicamente en la capital del departamento del Cesar – Valledupar, y prioriza instituciones de baja complejidad que se encuentren en la región norte del departamento con el fin de generar equidad en las mismas instituciones de mediana complejidad ubicadas estratégicamente a lo largo de la superficie terrestre del departamento; teniendo en cuenta que debido a algunos

servicios de alta complejidad se convierte en entidad líder del departamento, basándonos en el documento RED CESAR vigente por el ente territorial. Ver cuadro No.1.

Cuadro No.1. Región Norte Departamento del Cesar

REGIÓN	MUNICIPIO	E.S.E. HOSPITAL
Norte	Valledupar	Eduardo Arredondo Daza Rosario Pumarejo de López IDREEC
	Agustín Codazzi	Agustín Codazzi
	Robles (La Paz)	Marino Zuleta Ramírez
	San Diego	El Socorro
	Becerril	San José
	Pueblo Bello	Camilo Villazon Pumarejo
	Manaure	José Antonio Socarras Sánchez
	Bosconia	San Juan Bosco
	El Copey	San Roque
	El Paso	Hernando Quintero Blanco
	Astrea	San Martín

Grafico No.7. MAPA DE LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA DEL CESAR



Fuente: Documento RED – Departamento del Cesar, vigencia 2012.

5.5 DIAGNÓSTICO SITUACION DE LA E.S.E. SEGÚN LA ÚLTIMA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO JUNIO DE 2013.

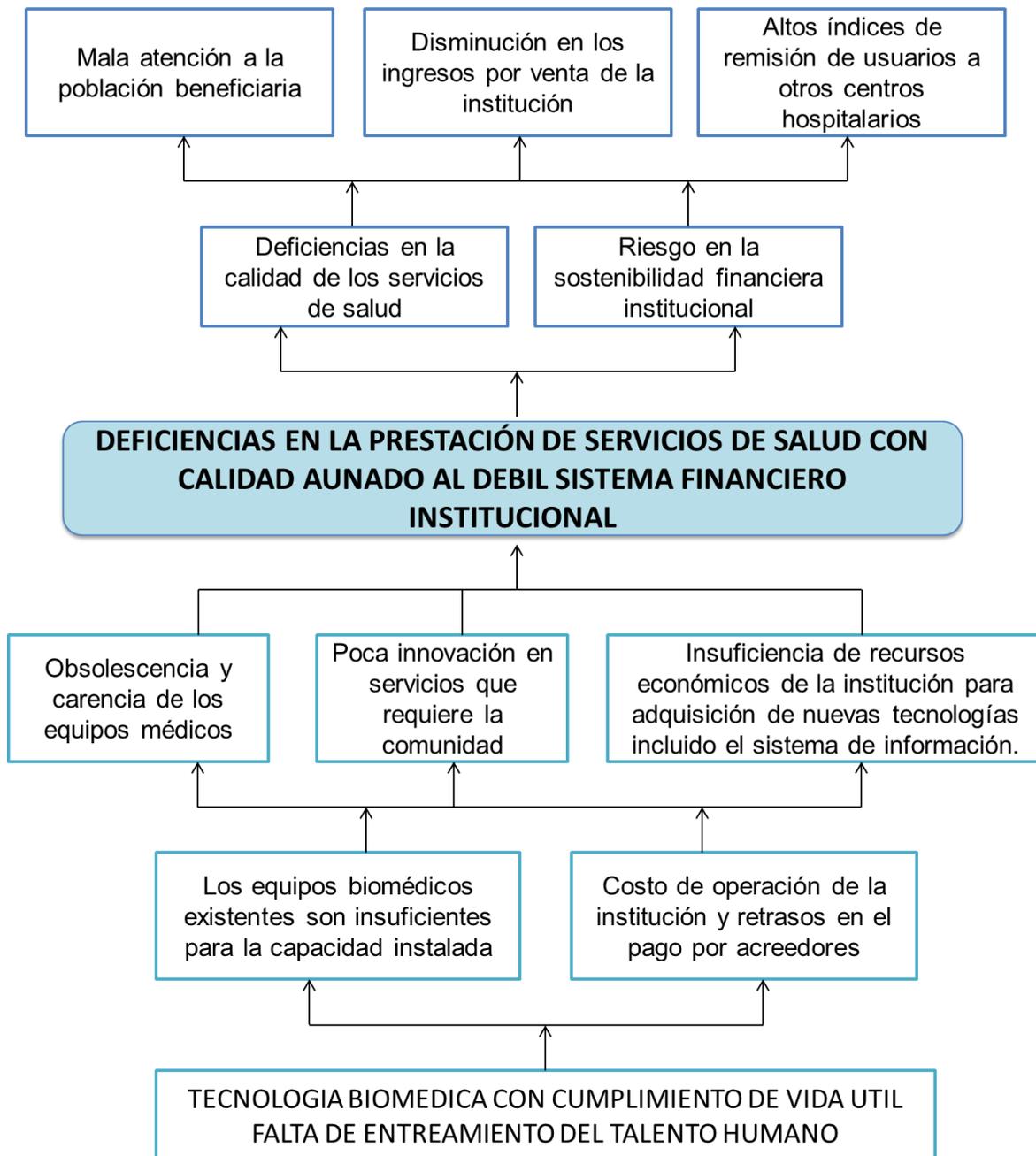
Para el presente documento se tomó como base el análisis realizado al convenio de desempeño primer semestre de 2013, dada las líneas bases documentadas que soportan el inicio de la gestión del presente Plan de Desarrollo Institucional 2013-2016.

Así entonces, en el informe se tomó como primer insumo las tablas de salida calculadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en la información reportada al Ministerio, a través del Sistema de información de gestión de IPS públicas (SIHO), en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 2193 de 2004, y el Sistema Único de Habilitación.

5.5.1 Árbol de Problemas Institucional

El árbol de problemas es un apoyo significativo para razonar acerca de la problemática en la E.S.E. En él se enuncian, las condiciones negativas distinguidas por los involucrados en relación con el problema en cuestión, siendo este el principal a nivel general. Todo este análisis se realiza en forma de encadenamiento causa/efecto, ordenando así, los problemas primordiales, para lograr identificar el conjunto de dificultades sobre el cual se concentrarán los objetivos del Plan de Desarrollo Institucional del Hospital Rosario Pumarejo de López.

Grafico No.8. ARBOL DE PROBLEMAS INSTITUCIONAL



5.5.2 Árbol de Objetivos Institucional

Grafico No.9. ARBOL DE OBJETIVOS INSTITUCIONAL



5.5.3 Sistema Único de Habilitación

Auditorías Internas: Se realiza un plan de Auditorías Internas en los diferentes servicios, aplicando los criterios de la resolución 1043 de 2006. En estas se detectaron no conformidades, relacionadas con: Infraestructura, dotación y mantenimiento, procesos prioritarios, historias clínicas, seguimiento a riesgo. Después de realizar un análisis de las no conformidades con los respectivos coordinadores se realizaron sus respectivos planes de mejoramiento con el fin de reducir las brechas encontradas.

5.5.4 Sistema Único de Acreditación

Se inicia el proceso con la planeación de la Autoevaluación, con los nuevos estándares de Acreditación resolución 123 del 2012; se da inicio al proceso, mediante la capacitación, sensibilización e interpretación de los estándares de la nueva resolución, con el compromiso de la Alta dirección el personal escogido para conformar los grupos de trabajo, le fueron garantizados los tiempos disponibles para su participación en este proceso.

5.5.4.1 Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud –PAMEC-

Con el inicio de la nueva autoevaluación, se realiza la planeación de PAMEC 2013 – 2016, teniendo en cuenta que la autoevaluación es la primera etapa de la Ruta crítica; previamente se realiza el cierre del PAMEC 2010 a 2013 de los procesos priorizados y con seguimiento a la fecha : Supervisión del Programa de Seguridad del Paciente ,Proceso de Cirugía Programada y de Urgencias, Atención del Paciente Hospitalizado, Gestión de Residuos Hospitalarios y Similares, en estos procesos las acciones de mejora realizadas fueron”:

- Fortalecimiento del comité de Infecciones,
- Programa de capacitación a los diferentes servicios y estudiantes del seguridad del paciente
- Ajustes y socialización al manual de limpieza y desinfección.
- Identificación de la flora bacteriana, perfil bacteriano, y acciones de resistencia bacteriana.
- Implementación del protocolo de aislamiento y seguimiento a las técnicas de aislamiento.
- Socialización de la política de seguridad del paciente haciendo énfasis en la puntualidad del evento.
- Diseño, y socialización del protocolo de cirugía segura.
- Seguimiento a la socialización y divulgación de los deberes y derechos.
- Implementación de la lista de chequeo en la detección de deficiencias en el proceso de eliminación de residuos peligrosos y no peligrosos.

PRIMERA PROSPECTIVA: FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DIRECTIVA Y ESTRATÉGICA.

Esta prospectiva busca medir y establecer las actividades encaminadas al cumplimiento de los principios de planeación y calidad, así como de la gestión gerencial que se dé en el marco de cada una de las vigencias planteadas, la suscripción de proyectos y la efectividad en la ejecución de los mismos.

Acciones:

- Fortalecer el departamento de calidad institucional, para cumplir con los procesos de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

- Fortalecer el programa de docencia servicio, que propenda por el liderazgo de la educación continua al talento humano de la institución para el fortalecimiento de sus competencias.
- Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento para evaluar el cumplimiento de las acciones de mejora propuestas.
- Establecer Planes Operativos Anuales (POA) por servicios para seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional y Gerencial.
- Fortalecer el sistema de información institucional, incluye:
 - Página Web.
 - Avanzar en la **fase de democracia en línea**
 - Actualización del Sistema de Información Institucional Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH)
 - Mejorar en la oportunidad de la atención al usuario, fortaleciendo el Call Center:
 - Mejoramiento de la comunicación interna aplicando estrategias como Correos Institucionales:
 - Cumplir con los requerimientos de las Redes Sociales.
 - Mejorar la oportunidad del envío de la información y consolidación Informes Reglamentarios. Fortalecer el Sistema de Información y Atención al Usuario –SIAU.

5.6 ANÁLISIS FINANCIERO Y PRESUPUESTAL

5.6.1 Mecanismos de pago por las principales entidades responsables

53

Tabla 1. Evolución de la contratación realizada por grupo responsable de pago

Concepto	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Var %	DY%
Régimen Contributivo	-	-	-	-	300,0		-	169,5
Régimen Subsidiado	10.554,1	2.684,8	13.400,6	21.444,0	12.663,3	16.761.205.904	-40,9	48,5
PPNA*	14.135,7	-	24.000,0	23.401,0	14.400,0	2.200.000.000	-38,5	-13,9
Demás Pagadores	142,8	-	900,0	-	150,0	690.026.460	-	53,5
Total Venta de Servicios de Salud	24.832,6	2.684,8	38.300,6	44.845,0	27.513,3	19.651.232.363,7	-38,6	110,4

Observando el comportamiento de la contratación semestral de la vigencia 2012/2013; se puede observar:

- Que no hay participación en la vigencia del primer semestre del 2013; en contratación para la prestación de servicios del Régimen Contributivo; lo anterior obedece a que la contratación que se tenía establecida con la EPS SOLSALUD; fue intervenida y sus usuarios ubicados en otras EAPB.
- Un ligero aumento en el Régimen Subsidiado en relación al primer semestre del año anterior; el cual no alcanza a superar el valor esperado por la unificación del POS.

- En lo relacionado al PPNA, hay una marcada diferencia debido a la unificación del POS; donde muestra una variación negativa en el comportamiento; debido a las precisiones antes realizadas. Esta contratación que antes era de preferencia con esta entidad para asegurar los eventos que no estaban contemplado dentro del Plan Obligatorio de Salud; están siendo generados por las Administradoras del Régimen Subsidiado para su Red de servicios, lo que están generando para el Hospital Rosario Pumarejo de López; es muy poco debido al direccionamiento de los usuarios para su Red de servicios.
- En la participación de otros pagadores se refleja un aumento significativo en lo relacionado al primer semestre del año anterior, debido a la gestión de la ESE logrando el ingreso de nuevas empresas a para la prestación del servicio.

EVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN

De conformidad a la información anterior se puede afirmar que la facturación del Hospital Rosario Pumarejo de López ha mantenido un aumento significativo en los últimos años, La cual es asociada a:

Un equipo comprometido con el Hospital para una atención con calidad y que se vea reflejado dentro y fuera del Cesar.

- Oportunidad del servicio, ya que esta institución mantiene estándar por debajo de la media nacional.
- Accesibilidad en el servicio.
- Organización y operativización de referencia y contra referencia.
- Organización y operativización de Triage.
- Tarifas competitivas.

- Organización de áreas como facturación consulta externa, definición de centros de costos, facturación día a día, auditoría de cuentas, concurrentes y de calidad, solicitud diaria de autorizaciones y seguimiento a las respuestas de las mismas esto con lleva a que la Factura se envíe con todos los soportes adjuntos, etc.
- Organización de sistemas de información.
- Contratación con las empresas responsables de pago a tarifas SOAT como referencia.
- Respuestas de objeciones dentro de la temporalidad permitida por la norma.

De acuerdo a lo anterior se puede asegurar lo siguiente.

- Que la máxima fuente de facturación del Hospital Rosario Pumarejo de López es el régimen subsidiado facturando \$31.980.295.425
- No es indiferente la facturación que se genera a la población pobre vulnerable no asegurada, eventos no POSS y vinculados; la cual se le carga al ente territorial.

El avance presentado es ocasionado por las mejoras en los índices de calidad y oportunidad que permitieron y garantizaron seguridad a los responsables del pago en EVALUACIÓN CONVENIO 039-06 ESE HRPL VALLEDUPAR - 30 de Junio de 2013 la atención de sus afiliados, generando aumento progresivo de la contratación de servicios de medicina especializada, disminuyendo costos y riesgos, dado que el portafolio ofrecido garantizaba integralidad en la atención. Ver Tabla 3. Evolución de la facturación realizada por grupo responsable de pago

Tabla 3. Evolución de la facturación realizada por grupo responsable de pago
En millones de pesos a junio 2013

Concepto	2008	2009	2010	2011	2012 JUNIO	2013 JUNIO	Var %	□Y%
Régimen Contributivo	177,0	273,6	345,4	761,0	1.362,8	1.511,6	10,9	169,5
Régimen Subsidiado	15.841,0	19.202,1	14.843,5	20.604,0	24.637,0	31.980,2	29,8	48,5
PPNA*	26.952,8	34.767,5	14.845,5	14.414,0	9.675,7	2.183,3	-77,4	-13,9
Demás Pagadores	2.372,0	4.212,5	2.056,0	1.611,0	3.291,8	3.109,6	-5,5	53,5
Total Venta de Servicios de Salud	45.342,8	58.455,6	32.090,4	37.390,0	38.967,3	38.784,7	-0,5	110,4

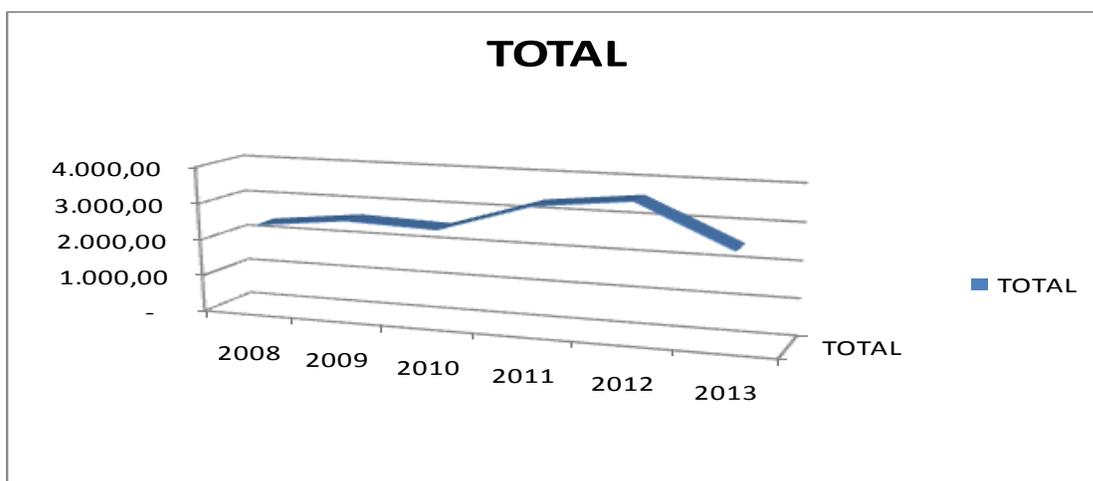
Evolución de las glosas definitivas de la vigencia

Lo que en cifras globales indica para el HRPL un importante decremento de las glosas recuperadas comparativamente con ejercicios anteriores y cuyo punto culminante es el año 2012 con más de **mil quinientos millones** de Pesos, pero que se comienza a recuperar fuertemente en el ejercicio en curso 2013, pues a la fecha de este análisis la cifra es de poco más de **cuatrocientos setenta** millones de Pesos.

Tabla 4. Evolución de las glosas definitivas de la vigencia
Numéricamente la situación es la siguiente, expresada en millones

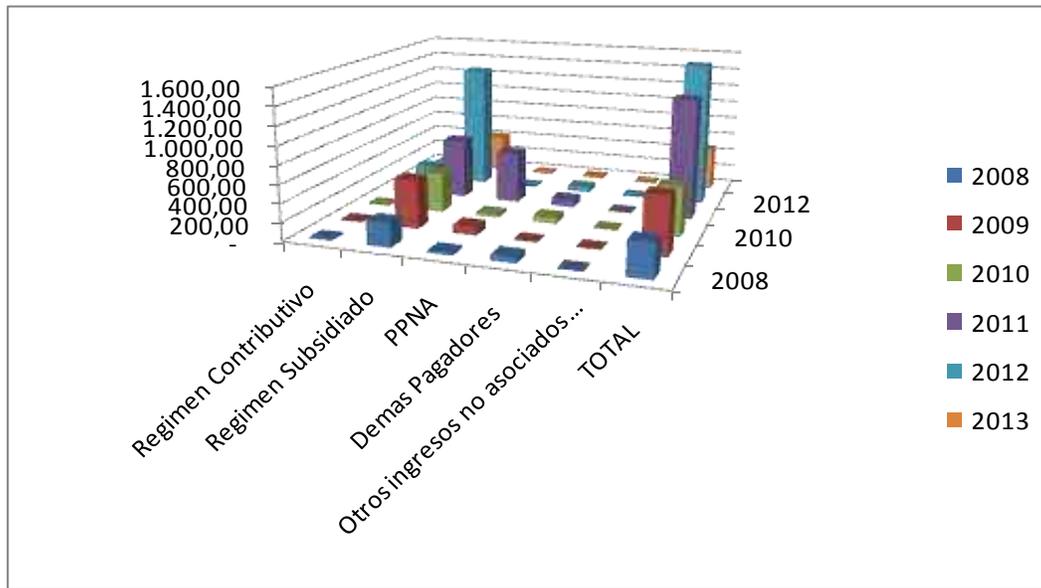
CONCEPTO	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Regimen Contributivo	9,80	4,40	3,60	5,20	137,80	37,90
Regimen Subsidiado	265,40	530,00	432,70	659,90	1.376,60	419,90
PPNA	25,00	91,80	34,20	569,30	8,60	-
Demas Pagadores	63,10	1,30	65,90	82,70	57,30	13,80
Otros ingresos no asociados a VSS	-	-	-	-	-	-
TOTAL	363,30	627,50	536,40	1.317,10	1.580,30	471,60

Cuya representación gráfica es:



Y cuyo detalle se muestra en el cuadro adjunto:

A continuación se muestra un gráfico con la evolución de cada uno de los conceptos y un total anual, el concepto clave son los importes glosados por el concepto **Régimen Subsidiado**, cifras que evolucionan incrementalmente hasta alcanzar, en el ejercicio 2012 un equivalente al 87% del total glosado en el ejercicio 2012.



Fuente: Documento evaluación de desempeño. Tablas de salida. Junio.2013.

3.6.2 Reconocimiento.

Tabla 4. Evolución de los ingresos reconocidos

En millones de pesos de 2.013

Concepto	2012 junio	2013 Junio	Imple	Var %
Régimen Contributivo	1,328.4	1,287.7	□	-3.1
Régimen Subsidiado	24,632.4	25,501.2	□	3.5
PPNA	10,678.3	2,188.2	□	-79.5
Demás Pagadores	2,300.2	2,528.4	□	9.9
Otros Ingresos no Asociados a VSS generados durante la vigencia	43.3	291.6	□	572.9
Total (sin Disp. Inicial y Cuentas x Cobrar Vig.Anteriores)	38,964.6	31,797.1	□	-18.4
				-
Por venta de servicios	38,939.3	31,505.5	□	-19.1
CxC vigencias anteriores	25,939.8	25,855.4	□	-0.3

Para el primer semestre de la vigencia 2013 se reconocieron por venta de servicios de salud la suma de **31.505.5 millones** equivalente a una disminución del **-19.1%** con respecto al primer semestre del año anterior.

Analizando el reconocimiento de cada pagador se desprende:

- ❖ **El régimen contributivo**, este tuvo una participación del **4.09%** en dichos reconocimientos y una disminución con respecto a la vigencia anterior del **-3.1%**
- ❖ **El régimen subsidiado**, con respecto a este régimen su contribución fue del **80.94%** y su incremento con el año anterior fue del **3.5%**
- ❖ **El PPNA**, con respecto a este pagador su intervención en los reconocimientos fue del **6.95%** y se ha generado una disminución con la vigencia anterior del **-79.5%** esto debido a la nivelación del POS
- ❖ **Demás pagadores**, su participación del **8.03%** y una variación del **9.9%**.
- ❖ **Otros ingresos** no asociados a la venta de servicios de salud, se generó una variación del **572.9%**, los cuales incluyen el reconocimiento por los conceptos de los canon pagados por la IPS Dusakawi por las instalaciones que tienen en arriendo con la ESE; por la venta de cartones, chatarras, por los convenios servicios docencias e ingresos financieros y las transferencias de los aportes sin situación de fondos.

Con respecto a los reconocimientos por recuperación de cartera de vigencias anteriores se disminuyeron en un **-0.3%** con respecto a la vigencia anterior

3.6.3. Recaudo

En el Primer Semestre de 2013 en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López se recaudaron la suma de **\$28.284.54 millones**, con un incremento del **1.1%** con

respecto al primer semestre de la vigencia anterior. De este valor por venta de servicios de salud se recaudaron **\$2.137.6 millones** con una participación del **7.56%** y una variación **7.6%**; por otros ingresos no asociados a VSS **\$291.6 millones** con el **1.03%** de participación y un incremento del **572.9%** y por recuperación de cartera de vigencias anteriores la suma de **\$25.855.4 millones** con una variación del **-.03%** y su participación del **91.41%**, lo que se vislumbra que el mayor ingreso recaudado se genera por este concepto.

Este recaudo está discriminado por cada pagador así:

- **Régimen contributivo**, la participación en el recaudo de este régimen fue del **0.80%** y una variación con respecto al primer semestre del año anterior del **172.0%**
- **Régimen subsidiado**, con una participación del **6.58%** y un incremento del **406.3%**
- **El PPNA, por este pagador no se recaudó en el semestre de estudio**
- **Demás pagadores**, su participación del **0.91%** y un incremento del **33.5%**
- ❖ **Otros ingresos** no asociados a la venta de servicios de salud, se generó una variación del **572.9%**, los cuales incluyen el recaudo generado por los conceptos de los canon pagados por la IPS Dusakawi por las instalaciones que tienen en arriendo con la ESE; por la venta de cartones, chatarras, por los convenios servicios docencias e ingresos financieros y las transferencias de los aportes sin situación de fondos.

Tabla 5. Evolución de los ingresos recaudados

En millones de pesos 2013

Concepto	2012 junio	2013 Junio	Var %
Régimen Contributivo	8.0	21.7	172.0
Régimen Subsidiado	367.3	1,859.7	406.3
PPNA	1,418.6	-	-100.0
Demás Pagadores	191.9	256.2	33.5
Otros Ingresos no Asociados a VSS generados durante la vigencia	43.3	291.6	572.9
Total (sin Disp. Inicial y Cuentas x Cobrar Vig. Anteriores)	2,029.1	2,429.2	19.7
Por venta de servicios	1,985.8	2,137.6	7.6
CxC vigencias anteriores	25,939.8	25,855.4	-0.3
TOTALES INGRESOS RECAUDADOS	27,968.92	28,284.54	1.1

- ❖ **Con respecto a recuperación de cartera de vigencias anteriores**, por este concepto se recuadraron **\$25.855.4 millones** con una participación en el total recaudado del **91.41%** y con una disminución con la vigencia anterior del **-0.3%**.

Tabla 6. Valores Recaudados Vs. Valores reconocidos

Porcentaje de recaudo

Concepto	2010	2011	2012 JUNIO	2013 JUNIO	Var
	%	%	%		
Régimen Contributivo	5.7	3.7	0.6	1.7	1.1
Régimen Subsidiado	4.1	0.7	1.5	7.3	5.8
PPNA	32.8	36.4	13.3	-	-13.3
Demás Pagadores	33.6	18.0	8.3	10.1	1.8
Otros Ingresos no Asociados a VSS generados durante la vigencia	1,232.9	100.0	100.0	100.0	-
Total (sin Disp. Inicial y Cuentas x Cobrar Vig. Anteriores)	20.8	15.7	5.2	7.6	2.4
Por venta de servicios	20.8	15.6	5.1	6.8	1.7
CxC vigencias anteriores	100.0	100.0	100.0	100.0	-

Durante este primer semestre de 2.013 se recaudaron el **6.8%** del total de reconocimiento por venta de servicios de salud con una disminución con respecto al primer semestre del año anterior del **1.7%**.

Con respecto al régimen contributivo, el subsidiado, el PPNA y demás pagadores se recuadraron el **1.7%**, **7.3%**, **0%** y **10.1%** del total reconocido respectivamente.

Tabla 7. Plan de Mejoramiento de recaudo
En millones de pesos 2013

Concepto	Fórmula	2012 junio	2013 JUNIO
Total ingresos reconocidos por ventas de servicios de salud	a	38,939.3	31,505.5
Régimen Subsidiado		24,632.4	25,501.2
Régimen Contributivo		1,328.4	1,287.7
Población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda		10,678.3	2,188.2
Demás pagadores (SOAT, PIC, Otras ventas, etc.)		2,300.2	2,528.4
Total ingresos recaudados por ventas de servicios de salud	b	1,985.8	2,137.6
Régimen Subsidiado		367.3	1,859.7
Régimen Contributivo		8.0	21.7
Población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda		1,418.6	-
Demás pagadores (SOAT, PIC, Otras ventas, etc.)		191.9	256.2
% recaudo de la vigencia	b/a	5%	7%
Ingresos recaudados de vigencias anteriores por ventas de servicios de salud (recaudo de cuentas por cobrar de vigencias anteriores)	c	25,939.8	25,855.4
Diferencia entre ing. reconocidos y recaudados de la vigencia	d=(a-b)	36,953.5	29,367.9
% recaudo de cartera de la vigencia anterior	e=c/d año anterior	82%	70%
Reconocimiento ajustado (denominador)	f=(a-d*e)	8,549.8	10,957.5
% recaudo de la vigencia	g=(b/f)	23%	20%

Analizando el porcentaje (%) de recaudo de la vigencia se percibe que no se ha implementado una buena gestión de recaudos sobre los ingresos corrientes, pues se vislumbra que los diferentes pagadores no están cancelando oportunamente la prestación de los servicios, lo cual conlleva a un envejecimiento de la cartera de la institución

Analizando los **ingresos corrientes** recaudados en el primer semestre 2.012 y primer semestre 2.013, se demuestra: **primero**, que la vigencia 2.013 se incrementó en un **2%** con respecto al 2.012 **y segundo**, que con estos ingresos no se alcanzan a cubrir los costos de funcionamiento durante estas mismas vigencias, quiere decir, que estamos dependiendo financieramente del recaudo de las vigencias anteriores, tal como se señala en la **Tabla 26 porcentaje (%) recaudo de cartera de la vigencia anterior.**

3.6.4. Comportamiento de la cartera.

Tabla 27. Comportamiento de la cartera Vigencia 2012 Vs 2013

CONCEPTO	2012		2013		Var %
	Valor	%Part	Valor	%Part	
Régimen Contributivo	3.233,6	3,1	4.810,2	4,5	48,8
...menor a 60 días	277,3	0,3	312,6	0,3	12,7
...de 61 a 360 días	2013,2	1,9	2.246,5	2,1	11,6
...mayor a 360 días	943,2	0,9	2.251,1	2,1	138,7
Régimen Subsidiado	68.614,5	64,9	71.161,1	66,3	3,7
...menor a 60 días	6607,2	6,2	7.642,1	7,1	15,7
...de 61 a 360 días	34955,5	33,0	33.123,5	30,9	-5,2

Tabla 27. Comportamiento de la cartera Vigencia 2012 Vs 2013

CONCEPTO	2012		2013		Var %
...mayor a 360 días	27051,8	25,6	30.395,4	28,3	12,4
SOAT - ECAT	8.358,9	7,9	5.839,2	5,4	-30,1
...menor a 60 días	349,8	0,3	497,8	0,5	42,3
...de 61 a 360 días	5721,5	5,4	2.055,3	1,9	-64,1
...mayor a 360 días	2287,6	2,2	3.286,1	3,1	43,6
PPNA Departamental	24.540,1	23,2	23.690,2	22,1	-3,5
...menor a 60 días	1939,3	1,8	974,1	0,9	-49,8
...de 61 a 360 días	13090,5	12,4	2.348,4	2,2	-82,1
...mayor a 360 días	9510,3	9,0	20.367,8	19,0	114,2
PPNA Distrital Municipal	-	-	187,4	0,2	-
...menor a 60 días	0,0	-	1,6	0,0	-
...de 61 a 360 días	0,0	-	185,8	0,2	-
...mayor a 360 días	0,0	-	-	-	-
Otros Deudores VSS	1.043,1	1,0	1.632,1	1,5	56,5
...menor a 60 días	127,8	0,1	150,9	0,1	18,1
...de 61 a 360 días	534,0	0,5	760,2	0,7	42,4
...mayor a 360 días	381,4	0,4	721,0	0,7	89,1
Otros Deudores Concepto Diferente VSS	-	-	-	-	-
...menor a 60 días	0,0	-	-	-	-
...de 61 a 360 días	0,0	-	-	-	-
...mayor a 360 días	0,0	-	-	-	-

Tabla 27. Comportamiento de la cartera Vigencia 2012 Vs 2013

CONCEPTO	2012		2013		Var %
Total	105.790,2	100,0	107.320,2	100,0	1,4
...menor a 60 días	9.301,4	8,8	9.579,1	8,9	3,0
...de 61 a 360 días	56.314,6	53,2	40.719,7	37,9	-27,7
...mayor a 360 días	40.174,2	38,0	57.021,4	53,1	41,9

Fuente: Sistema Hospitalario Dinámica Gerencial H.R.P.L

La composición total de la cartera del Hospital Rosario Pumarejo de López en el primer Semestre del año 2013 fue de 107.320.197.000 Millones de pesos, compuesto por: una cartera corriente de 9.579.104.427 Millones de pesos, una cartera de 61 a 360 días de 40.719.670.213 Millones de pesos y una cartera mayor de 360 días por valor de 57.021.422.360 Millones de pesos.

Evolución de la composición de los gastos comprometidos.

**TABLA 7. GASTOS COMPROMETIDOS POR CONCEPTO
EN MILLONES DE PESOS 2013**

Concepto	2012 JUNIO	2013 JUNIO	Var %
Gastos de Personal (1)	1,437.5	1,337.6	-6.9
Servicios Personales Indirectos	25,367.8	27,385.0	8.0
Gastos Generales	5,436.1	6,642.9	22.2
Gastos de Operación, Comercialización y PS	8,808.4	9,568.4	8.6
Gastos Variables (2)	39,612.3	43,596.3	10.1
Otros Gastos (3) (Transferencias C + Inversión + Deuda Pública)	1,980.6	1,825.5	-7.8

Total Gastos Comprometidos (4) Excluye CxP de vig. anteriores	43,030.3	46,759.4	8.7
CxP de vigencias anteriores	4,703.1	5,606.5	19
TOTAL GASTOS	47,733.45	52,365.85	10

Los gastos totales comprometidos con corte junio 30 de 2.013 fueron de **\$52.365.85 millones** que representan el **70%** del presupuesto de gastos de la ESE y que tuvieron un incremento 10% con respecto al primer semestre de 2.012. Con respecto a los gastos comprometidos excluyendo las cuentas por pagar, se incrementó en un 8.7%

Analizando la Tabla No. 7, cuyo resultado obedece al siguiente comportamientos por cada tipo de gasto: **Gatos por servicios personales** estos presentaron una disminución de **-6.9%** el cual es, coherente con la desvinculación gradual del personal que hace parte de la planta transitoria; referente a los **Gastos variables** estos presentan un incremento del **10.1%** con respecto a la vigencia anterior; generado por el incremento de los de los Servicios Personales Indirectos, Gastos Generales y Gastos de Operación, Comercialización y Prestación de Servicios

Concerniente con los servicios personales indirectos, los cuales se incrementaron en un **8%** con respecto al semestre anterior, esto es debido a la contratación de los procesos tanto asistenciales como administrativos, cuyo objeto está directamente relacionado con el aseguramiento de la calidad en la prestación del servicio y la satisfacción de nuestros usuarios, ampliando coberturas, mejorando la oportunidad, pertinencia y racionalidad en la atención.

Referente a los gastos generales que se incrementaron un 22.2% con respecto al 2012, están directamente relacionado con la contratación de los procesos de

Lavandería, Vigilancia, Aseo hospitalario y también con lo relacionado a la **contratación del servicio de mantenimiento**, acorde con las exigencias de la adecuación y mantenimiento de las Instalaciones locativas con que cuenta la **ESE** y dispuestas al servicio dentro de criterios de calidad exigidos, siendo de difícil contención para la empresa quien debe garantizar el funcionamiento de equipos de alta tecnología agotadas las garantía de compra.

Ahora analizado los **Gastos de Operación, Comercialización y Prestación de Servicios**, los cuales su incremento dentro de los Gastos Variables fue del **8.6% de una vigencia a otra**, estos están directamente ligado con el objeto de la institución, como lo es la prestación de servicios de salud, en donde el rubro más importante es de la compra de bienes (medicamentos, materiales médicos quirúrgicos, materiales de laboratorio clínico, materiales para banco de sangre, gases medicinales) cuyo consumo depende directamente del número de pacientes que ingresen a esta institución, a los cuales se les presta todos los servicios pertinentes en su atención médica. Otro aspecto que hace parte de estos gastos tiene que ver con el servicio de alimentación que la ESE suministra a sus usuarios hospitalizados, en donde el valor del contrato por esta asistencia depende directamente de los pacientes que lleguen a la empresa

Con respecto a **Otros Gastos**, estos se disminuyeron con respecto al primer semestre de 2.012 en un **-7.8%**, todo esto generado por las inversiones realizadas y el pago de sentencias y conciliaciones que se dieron en el primer semestre de 2.012

En cuanto a la cuentas por pagar comprometidas estas se incrementaron en un **19. %** con respecto con la vigencia anterior, lo cual está ligado directamente con flujo de recursos que se generen en cada año dentro de la institución.

TABLA 8. COMPOSICION DEL GASTO POR CONCEPTO

Concepto	2012	2013	Var
	%		
Gastos de Personal (1)	3.3	2.9	-0.5
Servicios Personales Indirectos	59.0	58.6	-0.4
Gastos Generales	12.6	14.2	1.6
Gastos de Operación, Comercialización y PS	20.5	20.5	-0.0
Gastos Variables (2)	92.1	93.2	1.2
Otros Gastos (3) (Transferencias C + Inversión + Deuda Pública)	4.6	3.9	-0.7
Total Gastos Comprometidos (4) Excluye CxP de vig. anteriores	100.0	100.0	-

Del total de Gastos a junio 2013 (excluyendo las cuentas por pagar), estos presentan las siguientes composiciones y comportamientos: **Los gastos de personal** corresponde al **2.9%** de dichos gastos, el cual muestra una disminución con respecto al año 2012 de **-0.5%** disminución que se da por los efectos del programa de reorganización; en cuanto a los **Gastos Variables**, los cuales están compuestos por los **Servicios de Personales Indirectos, Gastos Generales y Gastos de Operación**, obtienen una participación del **93.2%** con un leve incremento del **1.2%** con respecto al año anterior, donde el rubro más representativo fueron, los servicios personales indirectos con el **58.6%** de participación en el gasto, esto es debido a que por este concepto salen toda la contratación tanto administrativa como asistenciales por la prestación de servicios en la ESE; y los gastos de operación y comercialización con el **20.5%** rubro por donde sale el consumo de medicamentos, materiales médicos quirúrgico, materiales de laboratorio clínico, banco de sangre y gases medicinales, que depende directamente del número de pacientes que ingresen a esta institución, los

cuales se realizaron de manera proporcional con la demanda de los servicios prestados, y los gastos generales con el 14.2%.

Los **Otros gastos** tuvieron una participación del **3.9%** y una disminución con respecto a la vigencia anterior del **-0.7%**, debido a las pocas inversiones ejecutadas en este semestre en la institución

Comportamiento de la eficiencia

Que analizado el comportamiento del gasto de recurso humano total primer semestre año 2.013 frente a vigencia 2.012, refleja un incremento del 23.7%, pero en términos real (UVR) unidades producidas, arroja variación positiva porcentual del **23.7%** de un semestre a otro, como consecuencia de la disminución en la externalización.

El total de gastos comprometidos en el primer semestre 2013 frente al 2012 se incrementó en un 9.7% que en términos nominales que al expresarlo en términos reales (deflactado por UVR) genera variación positiva del 9.7%

El total facturado por venta de servicios en el año 2.013 presenta una disminución del **-0.5%** en términos nominales y reales.

Los ingresos recaudados en el año 2.013 frente a 2012 generaron una variación del 7.6% en términos reales y nominales.

TABLA 9. EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS COMPROMETIDOS VS PRODUCCIÓN Y FACTURACIÓN

Concepto		2012 JUNIO	2013 JUNIO	Var %
Gastos de personal de planta comprometidos (en millones de pesos de 2011)	a	1,437.5	1,337.6	-6.9
Contratación con terceros (en millones de pesos de 2011)	b	26,686.2	33,451.5	25.4
Gasto recurso humano total (en millones de pesos de 2011)	c	28,123.7	34,789.1	23.7
Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de 2011)	d	47,733.5	52,365.8	9.7
Total facturado por venta de servicios (en millones de pesos de 2011)	e	38,967.3	38,784.7	-0.5
Ingresos recaudados por venta de servicios (en millones de pesos de 2011)	f	1,985.8	2,137.6	7.6
Producción equivalente	g	3,394,176.2	3,394,176.2	-
Vr. Promedio Gasto de recurso humano comprometido por unidad producida (pesos de 2011)	$h=c/g^*$ 1.000.000	8,285.9	10,249.6	23.7
Vr. Promedio Gasto total comprometido por unidad producida (en pesos 2011)	$i=d/g^*$ 1.000.000	14,063.3	15,428.1	9.7
Vr. Promedio facturado por unidad producida (en pesos 2011)	$j=e/g^*$ 1.000.000	11,480.6	11,426.8	-0.5
Vr. Promedio ingresos recaudados por venta de servicios por unidad producida (en pesos 2011)	$k=f/g^*$ 1.000.000	585.1	629.8	7.6
Diferencia entre el ingreso por venta de servicios recaudado y el gasto total comprometido por unidad producida (en pesos 2011)	$l=k-i$	-13,478.3	-14,798.4	9.8

5.7 ANALISIS DEL EQUILIBRIO FINANCIERO

TABLA 10. EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CORRIENTE

En millones de pesos 2013

72

Indicador	Fórmula	2012 JUNIO	2013 JUNIO	Var %
Ingresos por venta de salud reconocidos	a	38,939.3	31,505.5	-19.1
Gastos de funcionamiento comprometidos	b	32,519.8	37,191.0	14.4
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	c	8,808.4	9,568.4	8.6
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	$d=a/(b+c)$ (%)	94.2	67.4	-28.5
Ingresos por venta de salud recaudados	e	1,985.8	2,137.6	7.6
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	$f=e/(b+c)$ (%)	4.8	4.6	-4.9

Analizando la operación corriente de este primer semestre 2013, se observa que existe un desequilibrio presupuestal, toda vez, que los ingresos reconocidos por venta de servicios de salud en una relación **100: 100** (Ingresos reconocidos/Gastos de funcionamientos y de operación) es de **100: 67.4** lo que indica en el ejercicio operacional 2013 se obtuvieron ventas que no le permiten a la ESE cubrir los gastos incurridos, que pero esto es debido a la contratación de prestación de los servicios personales indirectos, toda vez, que este fue comprometida presupuestalmente la mayoría de los contratos a un periodo de corte mayor al analizado, lo que arroja un déficit presupuestal de un **32.6%**, y pero que al compararlo con el semestre anterior, disminuyo en un **-28.5%**.

La relación corriente del primer semestre 2.013 con base a los ingresos recaudados también presenta un desequilibrio presupuestal, luego que la relación **100: 100** (Ingresos recaudados /Gastos de funcionamientos y de operación) es de **100: 4.6**, esto se vislumbra que en la operación corriente no se están aplicando políticas de recaudos que le permitan a la ESE suplir los gastos operacionales y no depender financieramente del recaudo de vigencias anteriores. Esta operación con relación al primer semestre del 2.012 tuvo una disminución del **-4.9%** .

TABLA 11. DIFERENCIA VIGENCIAS ANTERIORES

En millones de pesos 2013

Indicador	Fórmula	2012		Var %
CxC recaudadas vigencias anteriores	o	25,939.8	25,855.4	-0.3
CxP comprometidas vigencias anteriores	p	4,703.1	5,606.5	19.2
Equilibrio presupuestal no corriente	k=o/p	551.5	461.2	-16.4

Las cuentas por cobrar de vigencias anteriores del primer semestre **2.013** se disminuyeron en un **-0.3%** con respecto al primer semestre, esto debido a que se bajaron las políticas de recaudo que se habían venido implementado en la institución y lo que indica que este es el principal rubro del flujo de efectivo de la entidad.

Referente a la cuentas por pagar comprometidas estas se incrementaron en un **19.2%**. El comportamiento de este indicador depende del flujo de caja que se presente en cada vigencia

No obstante este rubro seguirá en cada vigencia como consecuencia del desequilibrio entre los ingresos recaudados y los gastos ejecutados, porque hasta tanto no se perciba oportunamente el pago de los servicios prestados por venta de servicios de salud de los diferentes pagadores, es imposible fortalecer

financieramente la ESE para que cumpla con los compromisos previamente adquiridos.

EQUILIBRIO DE LA OPERACIÓN CORRIENTE EXCLUYEN LOS RECURSOS DEL CONVENIO.

74

Tabla 12. Equilibrio presupuestal total, excluyendo recursos del convenio ejecutado en cada vigencia
En millones de pesos 2.013

Concepto	Fórmula	2012 junio	2013 junio	var %
Ingreso reconocido total	a=b+c	38,939.3	31,505.5	-19.1
Ingreso reconocido de recursos del convenio	b			
Ingreso reconocido sin recursos del convenio	c	38,939.3	31,505.5	-19.1
Gasto comprometido total	d=e+f	47,733.5	52,365.8	9.7
Gasto comprometido de recursos del convenio	e			
Gasto comprometido sin recursos del convenio	f	47,733.5	52,365.8	9.7
Relación reconocimiento/ compromiso sin recursos del convenio	$g=c/f$ (%)	81.58	60.16	-26.2
Ingreso recaudado total	h=i+j	27,968.9	28,284.5	1.1
Ingreso recaudado de recursos del convenio	i			
Ingreso recaudado sin recursos del convenio	j	27,968.9	28,284.5	1.1
Relación recaudo/ compromiso sin recursos del convenio	$k=j/f$ (%)	58.59	54.01	-7.8

El análisis presupuestal total se resume en dos ítems:

- ✓ Referente a los ingresos reconocidos frente a los gastos comprometidos primer semestre 2.013, se generó la relación 100: 60.16%, (ingresos

reconocidos/ gastos comprometidos) lo que indica que por cada peso comprometido en el gasto, se cuenta únicamente con el 60.16% para responder, y a la vez, generándose un desequilibrio presupuestal, a la vez, disminuyendo dicho indicador con el semestre anterior, en un -26.2%

El anterior déficit se debe a la modalidad de contratación que se ha venido realizando en la institución, porque muchos de estos, tienen fecha de ejecución mayor a la fecha de este análisis.

- ✓ Concerniente a la relación ingresos recaudados – gastos comprometidos para primer semestre 2013 se concibió la relación 100: 54.01%,(ingresos recaudados/ gastos comprometidos) que indica que por cada peso comprometido en el gasto se cuenta con el 54.01% para su respaldo. Es de anotar que la mayoría de la contratación por los servicios prestados en los procesos de los servicios administrativos y asistenciales, su ejecución supera la fecha del estudio que se está realizando, que como consecuencia de esto, se genera un déficit presupuestal entre lo comprometido y lo recaudado. En estos momentos no se estaría cumpliendo la meta establecida en el Convenio de Desempeño, ni con lo reconocido, ni lo recaudado

5.8 COMPORTAMIENTO DE LOS PASIVOS

Tabla 12. Evolución y composición del pasivo

Concepto	2011		2012		2013		Var	
	< 1 año	> 1 año						
Servicios personales, Incluyendo Aportes patronales y parafiscales	471,2	-	1.490,4		2.381,8		59,8	-
...Servicios Personales, Excluye Servicios Personales Indirectos	471,2	-	364,8		622,3		70,6	-
...Aportes patronales y parafiscales	-	-	-					-

Concepto	2011		2012		2013		Var	
	< 1 año	> 1 año	< 1 año	> 1 año	< 1 año	> 1 año	< 1 año	> 1 año
...Servicios Personales Indirectos	1.245,6	-	1.125,6		1759,5		56,3	-
Cuentas por pagar, Excluyendo Aportes Patronales y Parafiscales	7.657,8	-	3.213,1		4.204,2		30,8	-
Demás pasivos (Obligaciones financieras + Mesadas pensionales + Otros pasivos)	357,0	-	1.417,5		894,0		-36,9	-
Total Cuentas por Pagar	9.731,6	-	6.121,0		7.480,0		22,2	-
Total	9.731,6		6.121,0		7.480,0			-37,1

Tenemos que los pasivos a junio 30 de 2013, se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

Un total de servicios personales de \$ 2.381,8 millones los cuales están representados por las prestaciones sociales de los empleados vinculados en el Hospital por la suma de \$622,3 y \$1.759,5 millones que corresponden al pasivo objeto de la vinculación por contrato con los conceptos de honorarios y servicios.

Estos dos rubros muestran un aumento del 70,6% y 56,3% respectivamente con relación al año anterior.

En las cuentas por pagar, tenemos la suma de \$4.204,2 millones correspondiente a la deuda con los proveedores de bienes y servicios suministrados al hospital, este rubro presenta un incremento del 30,8% con relación al periodo del año anterior lo que evidencia un aumento por estos conceptos.

Finalmente, tenemos en los demás pasivos un valor de \$ 894 millones, representado en su mayor parte por las retenciones en la fuente e impuesto municipales de industria y comercio recaudados por el hospital y en menor proporción lo correspondiente a avances y anticipos, otros acreedores, gastos de viaje, sentencias y conciliaciones.

RELACIÓN DE LOS RECURSOS DEL PROGRAMA ASIGNADOS Y EJECUTADOS EN APLICACIÓN AL CONVENIO DE DESEMPEÑO No.250/2006.

El programa de reorganización, rediseño y modernización de la ESE suscribe en el 2006, y con corte a junio del 213; el Convenio se observa la ejecución total de los recursos aportados así: \$12.602.9 millones provenientes de la Nación y del Departamento del Cesar correspondientes al 86.5% a la fecha se ha ejecutado el 80.7% de los recursos aportados por la Nación - MHCP el 65.5% y el 100% del MPS, de Otros recursos correspondiendo estos últimos a recursos de Cofinanciación del Departamento del Cesar ejecutados en un 100%, tal como se observa en la tabla No.13.

Tabla 13. Ejecución acumulada de recursos incluidos en el Convenio de Desempeño

En millones de pesos

Fuente	Asignación	Valores ejecutados y legalizados *	Valores ejecutados y NO legalizados **	% Ejecución de recursos legalizados	Saldo
	A	b	c	$d=b/a*100$	$e=a-b-c$
Nación MHCP	4.902,4	3.209,3	-	65,5	1.693,0
Nación Minsalud	3.867,7	3.863,9	-	99,9	3,8
Total Nación	8.770,1	7.073,2	-	80,7	1.696,9
Otros- Dpto. del Cesar	3.832,9	3.832,4	-	100,0	0,4
Total	12.602,9	10.905,7	-	86,5	1.697,3

Fuente: MS - SIHO, Tablas de Salida

Los saldos pendientes dentro del proceso de ejecución de los recursos incluidos en el convenio de desempeño por un valor de \$ 1,696,9 Millones y que corresponden a la Nación y al Ministerio de Salud evidenciado por la planta transitoria que existía y existe como no reorganizado, al cumplirse el vencimiento de términos en ese entonces y permaneciendo aun los funcionarios

bajo la modalidad de la protección social a muchos años, dichos recursos del convenio, fueron devueltos a la Nación con su respectiva legalización ante el Ministerio. Ahora la ESE en el momento no tiene, ni puede contar con esos recursos para retiros posteriores del personal protegido por aforados y reten social, si llegase a suceder algún retiro, este debe asumirlo con recursos propios o en su defecto en acuerdo con la Gobernación del Departamento del Cesar por ser de su competencia la ESE, en última instancia al carecer lo anterior el funcionario debe esperar su retiro por efecto de pensión.

SEGUNDA PROSPECTIVA: FORTALECIMIENTO DEL ÁREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

La E.S.E Hospital Rosario Pumarejo de López en aras de contribuir al mejoramiento de cada uno de los procesos, incentivando la actualización, el autocontrol y la imagen interna y externa de la institución, ejecutara las siguientes acciones:

La institución dentro de lo valorado por los distintos líderes de áreas, se indicaba como prospectivas de crecimiento para la vigencia de evaluación:

ESTRATEGIAS:

- Actualización del sistema de información integral DINÁMICA GERENCIAL y adquisición de nuevos módulos (historias clínicas, etc).
- Desarrollar los proyectos de inversión que permitan incrementar la producción y disminuir el gasto, tales como:
 - Dotación de equipo con tecnología de punta para el servicio UCI ADULTO y NEONATAL.
 - Creación, dotación de equipos médicos y muebles hospitalarios de la UCI PEDIÁTRICA.

- Dotación de equipos médicos y muebles hospitalarios para el servicio de URGENCIA.
- Dotación quirófano adicional para cirugía de maternidad.
- Adquisición de un intensificador de imágenes.
- Proyecto Creación de la UNIDAD CARDIOLÓGICA INSTITUCIONAL
 - Primera fase proceso de GESTIÓN DOCUMENTAL ley 594 de 2000.
 - Proyecto de remodelación y dotación de la Unidad Mental.
 - Avanzar en la modernización del servicio farmacéutico y del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU).
 - Puesta en marcha de la Unidad Oncológica de la E.S.E.

5.9 GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL.

CALIDAD EN LA ATENCIÓN

Los Indicadores del primer semestre del presente año han sido objeto de recolección y análisis por parte del comité de Calidad, es importante anotar que en la ficha técnica de estos el estándar meta y el umbral de desempeño no aceptable son los mismos que por concertación se establecieron entre el ente Territorial y el Hospital Rosario Pumarejo de López.

Tabla 2. Indicadores de Calidad

Indicador	Unidad de medida	2012	2013	Estándar meta		Umbral de desempeño no aceptable	
				2012	2013	2012	2013
Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General	Días						
Oportunidad de la asignación de cita	Días	3,5	1,97	15,0	15,0	> 30	> 30

Indicador	Unidad de medida	2012	2013	Estándar meta		Umbral de desempeño no aceptable	
				2012	2013	2012	2013
en la Consulta Médica Interna							
Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Ginecoobstetricia	Días	4,6	1,74	5,0	5,0	> 10	> 10
Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Pediatría	Días	2,8	4,10	5,0	5,0	> 5	> 5
Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Cirugía General	Días	3,6	1,90	15,0	15,0	> 30	> 30
Proporción de cancelación de cirugía programada	Relación porcentual	1,1%	6,0%	9,00%	9,00%	> 10%	> 10%
Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias	Minutos	15,7	7,7	25,00	25,00	> 30	> 30
Oportunidad en la atención en servicio de Imagenología	Días	1,1	1,1	2,0	2,0	> 3	> 3
Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General	Días			NA	NA	NA	NA
Oportunidad en la realización de cirugía programada	Días	13,3	11,4	15,0	15,0	> 30	> 30
Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados	Relación porcentual	0,2%	0,0%	3,00%	3,00%	> 5%	> 5%
Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada	Relación porcentual			NA	NA	NA	NA
Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	Tasa por mil	0,5	0,4	15	15	> 20	> 20
Proporción de vigilancia de eventos adversos	Relación porcentual	89,5%	87,7	100%	100%	80%	80%
Tasa de satisfacción global	Relación porcentual	93,6%	95,2%	90%	90%	>80%	>80%

- OPORTUNIDAD LA ASIGNACION DE CITA EN LA CONSULTA MEDICINA INTERNA

Al hacer un análisis comparativo de este indicador (2012-2013) se nota un excelente comportamiento en la disminución del tiempo de espera de los usuarios para acceder a la consulta de medicina interna luego de los mejoramientos y si lo comparamos con la calidad esperada (Meta 15 días) vemos que está superada, por lo que podríamos decir que este aspecto de la calidad en el proceso está controlada.

- OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACION DE CITA EN LA CONSULTA GINECO-OBSTETRICIA

Se optimizan los tiempos de oportunidad de la consulta de ginecoobstetrica, reflejado en el comportamiento de la vigencia 2012 indicador 4.6 frente a la del 2013 indicador de 1.74, si realizamos comparación con la calidad esperada (Meta 5 días) el indicador está muy por debajo, señalando entonces avances en el proceso de atención Materna.

- OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS DE PEDIATRIA

Se presenta un aumento en los tiempos de espera mostrando el indicador en su comportamiento de 2,8 a 4,10 días durante el periodo 2012- 2013, no obstante, aun cuando el comportamiento final del indicador es de 4.10 días, se encuentra por debajo del umbral (5 días estándar meta). Ante el desempeño de este Indicador, se ejecutó un plan de mejoramiento, que lograra sostener el menor tiempo en la oportunidad aumentando el número de pediatras, teniendo en cuenta la importancia de este indicador.

- OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACION DE CITA EN LA CONSULTA DE CIRUGIA GENERAL

Este indicador en el 2013 muestra un excelente comportamiento de (1.9) frente al comportamiento del 2012 (3.6), esto nos permite analizar el mejoramiento de la oportunidad en la consulta de cirugía programada, y del proceso de la consulta.

Nota: En resumen es de anotar que frente a los indicadores de oportunidad de consultas especializadas ambulatoria y valorado la producción de los mismos, se evidencia que el tiempo de espera en la prestación de los servicios a los usuarios se encuentra en excelente resultado sin embargo esta disminución ha obedecido a la rotación del aseguramiento, toda vez que al unificarse el POSS se disminuye la PPNA y en consecuencia, las diferentes EAPB subsidiadas que albergaron esta población direccionaron a los usuarios a su red de servicios.

- PROPORCION DE CANCELACION DE CIRUGIA PROGRAMADA

Este indicador presenta un aumento haciendo la comparación del 2012 (1.1%) y el 2013 (6.0%) sin embargo al analizarlo con respecto al estándar meta este se encuentra muy por debajo de este (9.00%); es de aclarar que este aumento de cancelación de cirugías se derivó a problemas en los pacientes (ausencia de pacientes y descompensaciones medicas de comorbilidades asociadas)

82

- OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN CONSULTA DE RGENCIA

Se observa una disminución de este indicador, de (7.7 minutos) en el 2013 frente al del 2012 (15.7 minutos), esto refleja un excelente comportamiento frente al estándar meta 25.00 minutos, refleja también el mejoramiento en la capacidad de respuesta para responder a las necesidades del paciente que acude la Urgencia del Hospital Rosario Pumarejo de López.

- OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN EL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA

Se observa una tendencia estable en el comportamiento del indicador 1.1 días, para un resultado excelente frente al umbral establecido (2 días estándar meta) y umbral de desempeño no aceptable (>3) tiempo de respuesta que evidencia capacidad institucional ante la demanda del servicio.

- OPORTUNIDAD EN LA REALIZACION DE CIRUGIA PROGRAMADA

Se optimizan los tiempos de oportunidad, de 13,3 en el 2012 a 11,4 días en el 2013 lo que refleja un excelente comportamiento frente a lo establecido para la calidad esperada (15 días para el estándar meta) y muy por debajo del umbral de desempeño no aceptable (30 días), demostrando notablemente el mejoramiento de la calidad el proceso de cirugía programada.

- TASA DE REINGRESOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Se observa una disminución significativa en el comportamiento del indicador de 0,2% a 0.0% en el 2013 con respecto al año 2012 las cifras presentadas son muy bajas lo que demuestra un buen comportamiento del indicador frente a lo establecido de (3.0 % estándar meta) y muy por debajo del umbral de desempeño no aceptable (5%) demostrando eficiencia en los procesos asistenciales.

Nota aclaratoria: Para el primer semestre 2013 el número total de reingresos fue de 32 pacientes frente al total de egresos 14.480 observándose que el valor real es de 0.2%, y no como lo muestra la tabla de (0.0%) el cual fue el resultado de la no multiplicación por el porcentaje un error involuntario al digitar.

- TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUÉS DE 48 HORAS

Se refleja una disminución en el comportamiento del indicador de 0,5 a 0,0 por cada mil pacientes atendidos, en relación al año inmediatamente anterior esto muestra un mejoramiento en los procesos clínicos y administrativos institucionales.

Nota aclaratoria: Para el primer semestre 2013 el número total de muertes fue de 69 pacientes frente al total de egresos 14.480 observándose que el valor real es de 0.4%, y no como lo muestra la tabla de (0.0%) el cual fue el resultado de la no multiplicación por el porcentaje.

- **PROPORCION DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSO**

Se observa una ligera disminución de la gestión de eventos adversos de 89.5% en el 2012 a 87.7% en el 2013, sin embargo si lo comparamos con el estándar meta 100% y el umbral de desempeño no aceptable este se encuentra dentro de rangos aceptables. Esto demuestra los esfuerzos realizados en el mejoramiento de la seguridad del paciente; logrados a partir de la socialización del programa; mejorando la cultura del reporte e implementando planes de mejoramiento en la gestión de los mismos.

84

- **TASA DE SATISFACCION GLOBAL**

Se observa un excelente comportamiento del indicador de 95.2% en el 2013 frente al 93.6% en el 2012 de pacientes encuestados que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la E.S.E frente al estándar meta (90%).

- **PORTAFOLIO DE SERVICIOS**

Para evaluar el portafolio de servicios ofertado por la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, se analizó inicialmente la siguiente documentación: Comportamiento de los servicios antes de firmar el Convenio 250 de 2006, correspondientes al Formulario de Inscripción Especial de Prestadores de Servicios de Salud de fecha abril de 2003 y su Reporte de Novedades de fecha marzo de 2004, de acuerdo con lo exigido en el Decreto 2309 de 2002, Portafolio de servicios aprobado en la propuesta soporte del Convenio 250 de 2006 y los Servicios Habilitados a 31 de diciembre de 2007 fecha en la que se habilita y pone en funcionamiento la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, radicados ante la Secretaria de Salud Departamental en cumplimiento del Decreto 1011 de 2006, para lo cual se cumplió en su momento por las partes con los requisitos exigidos en el numeral 6 de la cláusula cuarta del Convenio en referencia.

Durante la ejecución del convenio en evaluación, a 30 de junio de 2013, el hospital ha cumplido con la oferta de servicios registrada en el registro único de prestadores del ente territorial, con ello permitiendo la accesibilidad a estos servicios para los pacientes que por sus patologías lo requieren, para la prestación se contrató con distintas especialidades y subespecialidades que funcionan a través de operadores externos, pero que cuenten con la experiencia calificada para ello.

Valorando la tabla No.13, la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, y de acuerdo a la Constancia emitida por la Oficina de Vigilancia y Control del Ente Territorial 26 de mayo de 2013), tiene certificados la habilitación de los servicios inscritos en el registro especial de prestadores de salud y se considera habilitado para prestar 79 servicios así: 7 servicios de baja complejidad, 63 servicios de mediana complejidad y 9 servicios de alta complejidad; conforme a lo establecido en el Decreto 1011 de 2006 y las Resoluciones que reglamentan el Sistema Único de Habilitación.

Ahora bien, para la vigencia de evaluación, la oficina de calidad de la E.S.E soporta que la entidad realizó registró de novedades al Registro Único de Prestadores sobre el cambio de gerente o representante legal en tres (3) ocasiones; así mismo, se registra cierre temporal del servicio de hospitalización domiciliaria.

Consecuentemente, se valoran compromisos de evaluación anterior, sobre el servicio de oncología, para lo cual se concluye, que la ESE recibe concepto del Ministerio de Salud de viabilidad técnica económica y financiera para la puesta en marcha del servicio de oncología a cargo de la Gobernación del Cesar, el cual por directriz del mismo ente, se debe tercerizar. Se indica, la entidad no registró novedades de apertura de servicios ante el ente territorial por este concepto.

Tabla 13. Portafolio de servicios habilitado.

SERVICIOS OFRECIDOS EN LA IPS														
SERVICIO	Prestados antes del convenio			Aprobados en el convenio			Habilitados a 30 de Junio del 2013			Cumple				
	Serv	Complejidad		Serv	Complejidad		Serv	Complejidad						
		Baja	Media		Alta	Baja		Media	Alta		Baja	Media	Alta	
Hospitalario	101.GENERAL ADULTOS		x			X				x				
	102.GENERAL PEDIÁTRICA		x			X				x				
	103.PSIQUIATRÍA O UNIDAD DE SALUD MENTAL		x			X				x				
	104.FARMACODEPENDENCIA													
	105.CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL		x			X				x				
	106.CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO													
	107.CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS		x			X								
	108.CUIDADO INTENSIVO NEONATAL												x	
	109.CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO													
	110.CUIDADO INTENSIVO ADULTOS			x			x						x	
	111.UNIDAD DE QUEMADOS ADULTOS													
	112.OBSTETRICIA		x			X					x			
	115.HOSPITALIZACIÓN DIA		x											
	116.QUEMADOS PEDIÁTRICO													
	117.CUIDADO AGUDO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA													
	118.CUIDADO INTERMEDIO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA		x			X								
	119.HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA													
	+-Quirúrgico	201.CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO			x				x					
		202.CIRUGÍA CARDIOVASCULAR												
203.CIRUGÍA GENERAL			x			x				x				

SERVICIOS OFRECIDOS EN LA IPS

SERVICIO	Prestados antes del convenio			Aprobados en el convenio			Habilitados a 30 de Junio del 2013			Cumple			
	Serv	Complejidad		Serv	Complejidad		Serv	Complejidad					
		Baja	Media		Alta	Baja		Media	Alta		Baja	Media	Alta
204.CIRUGÍA GINECOLÓGICA			x	x			x	x			x		
205.CIRUGÍA MAXILOFACIAL			x				x				x		
206.CIRUGÍA NEUROLÓGICA			x	x			x	x			x		
207.CIRUGÍA ORTOPÉDICA			x	x			x	x			x		
208.CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA			x				x				x		
209.CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA			x				x				x		
210.CIRUGÍA ONCOLÓGICA				x				x					
211.CIRUGÍA ORAL													
212.CIRUGÍA PEDIÁTRICA			x	x			x	x			x		
213.CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA			x	x			x				x		
214.CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA			x	x			x				x		
215.CIRUGÍA UROLÓGICA			x	x			x				x		
217.OTRAS CIRUGÍAS; CUÁL?proctologia													
218.CIRUGÍA ENDOVASCULAR NEUROLOGÍA													
219.TRANSPLANTE RENAL													
220.TRANSPLANTE DE CORAZÓN													
221.TRANSPLANTE DE HÍGADO													
222.TRANSPLANTE DE PULMÓN													
223.TRANSPLANTE DE RIÑÓN - PÁNCREAS													
224.TRANSPLANTE DE CÓNEA													
225.IMPLANTE DE TEJIDO ÓSEO													
226.OTROS IMPLANTES Y TRANSPLANTES													
227.CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA													

SERVICIOS OFRECIDOS EN LA IPS

SERVICIO	Prestados antes del convenio			Aprobados en el convenio			Habilitados a 30 de Junio del 2013			Cumple			
	Serv	Complejidad		Serv	Complejidad		Serv	Complejidad					
		Baja	Media		Alta	Baja		Media	Alta		Baja	Media	Alta
228.TRASPLANTE MÉDULA ÓSEA O CÉLULAS MADRE													
229.IMPLANTE DE PIEL								x					
230.IMPLANTE VÁLVULAS CARDÍACAS													
231.CIRUGÍA DE LA MANO							x						
232.CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS							x				x		
233.CIRUGÍA DERMATOLÓGICA											x		
234.CIRUGÍA DE TÓRAX													
235.CIRUGÍA GASTROINTESTINAL													
237.CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA													
301.ANESTESIA			x				x				x		
302.CARDIOLOGÍA			x				x				x		
303.CIRUGÍA CARDIOVASCULAR													
304.CIRUGÍA GENERAL			x				x				x		
305.CIRUGÍA NEUROLÓGICA			x				x				x		
306.CIRUGÍA PEDIÁTRICA			x				x				x		
308.DERMATOLOGÍA			x				x				x		
309.DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS													
310.ENDOCRINOLOGÍA			x				x				x		
311.ENDODONCIA													
312.ENFERMERÍA		x					x						
313.ESTOMATOLOGÍA													
314.FISIOTERAPIA		x					x			x			
315.FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE													

SERVICIOS OFRECIDOS EN LA IPS

SERVICIO	Prestados antes del convenio			Aprobados en el convenio			Habilitados a 30 de Junio del 2013			Cumple		
	Serv	Complejidad		Serv	Complejidad		Serv	Complejidad				
		Baja	Media		Alta	Baja		Media	Alta		Baja	Media
316.GASTROENTEROLOGÍA										x		
317.GENÉTICA												
318.GERIATRÍA												
319.GERONTOLOGÍA												
320.GINECOBSTRETRICIA			x			x					x	
321.HEMATOLOGÍA												
322.IMPLANTOLOGÍA												
323.INFECTOLOGÍA											x	
324.INMUNOLOGÍA												
325.MEDICINA FAMILIAR												
326.MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE												
327.MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN												
328.MEDICINA GENERAL												
329.MEDICINA INTERNA			x			x					x	
330.NEFROLOGÍA			x			x					x	
331.NEUMOLOGÍA			x			x					x	
332.NEUROLOGÍA			x			x					x	
333.NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		x				x				x		
334.ODONTOLOGÍA GENERAL												
335.OFTALMOLOGÍA			x			x					x	
336.ONCOLOGÍA CLÍNICA												
337.OPTOMETRÍA						x						
338.ORTODONCIA												

SERVICIOS OFRECIDOS EN LA IPS

SERVICIO	Prestados antes del convenio			Aprobados en el convenio			Habilitados a 30 de Junio del 2013			Cumple		
	Serv	Complejidad		Serv	Complejidad		Serv	Complejidad				
		Baja	Media		Alta	Baja		Media	Alta		Baja	Media
339.ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA			x			x				x		
340.OTORRINOLARINGOLOGÍA						x					x	
341.PATOLOGÍA												
342.PEDIATRÍA			x			x					x	
343.PERIODONCIA												
344.PSIKOLOGÍA		x			x				x			
345.PSIQUIATRÍA			x			x					x	
346.REHABILITACIÓN ONCOLÓGICA												
347.REHABILITACIÓN ORAL												
348.REUMATOLOGÍA			x			x					x	
349.SALUD OCUPACIONAL												
350.MEDICINA ALTERNATIVA - TERAPIA ALTERNATIVA												
352.TERAPIA OCUPACIONAL												
353.TERAPIA RESPIRATORIA		x			x				x			
354.TOXICOLOGÍA												
355.UROLOGÍA			x			x					x	
356.OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD; CUÁL?												
359.CONSULTA PRIORITARIA			x			x						
361.CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA												
362.CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO							x					
363.CIRUGÍA DE MANO							x					
364.CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS							x					
365.CIRUGÍA DERMATOLÓGICA							x					

SERVICIOS OFRECIDOS EN LA IPS

SERVICIO	Prestados antes del convenio			Aprobados en el convenio			Habilitados a 30 de Junio del 2013			Cumple		
	Serv	Complejidad		Serv	Complejidad		Serv	Complejidad				
		Baja	Media		Alta	Baja		Media	Alta		Baja	Media
366.CIRUGÍA DE TÓRAX												
367.CIRUGÍA GASTROINTESTINAL						x				x		
368.CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA												
369.CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA		x				x				x		
370.CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA												
372.CIRUGÍA VASCULAR						x				x		
373.CIRUGÍA ONCOLÓGICA												
374.CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA												
375.DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA												
377.COLOPROCTOLOGÍA												
378.ELECTROFISIOLOGÍA, MARCAPASOS Y ARRITMIAS CARDÍACAS												
379.GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA												
381.HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA CLÍNICA												
383.MEDICINA NUCLEAR												
384.NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA												
385.NEONATOLOGÍA												
386.NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA												
387.NEUROCIRUGÍA		x				x				x		
388.NEUROPEDIATRÍA						x						
390.OFTALMOLOGÍA ONCOLÓGICA												
391.ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA												
392.ORTOPEDIA INFANTIL												
393.ORTOPEDIA ONCOLÓGICA												

SERVICIOS OFRECIDOS EN LA IPS													
SERVICIO	Prestados antes del convenio			Aprobados en el convenio			Habilitados a 30 de Junio del 2013			Cumple			
	Serv	Complejidad		Serv	Complejidad		Serv	Complejidad					
		Baja	Media		Alta	Baja		Media	Alta		Baja	Media	Alta
394.PATOLOGÍA ONCOLÓGICA													
395.UROLOGÍA ONCOLOGÍA													
396.ODONTOPEDIATRÍA													
Prom. y Prev.	901.VACUNACIÓN												
	902.ATENCIÓN PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL												
	904.PLANIFICACIÓN FAMILIAR												
	905.PROMOCIÓN EN SALUD												
	906.OTRA CUAL?												
Urgencias	501.SERVICIO DE URGENCIAS		x			x				x			
	502.URGENCIAS EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA		x			x				x			
Transp.	601.TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	x				x				x			
	602.TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO					x					x		
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	701.DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR												
	702.NEFROLOGÍA - DIÁLISIS RENAL												
	703.ENDOSCOPIA DIGESTIVA					x							
	704.NEUMOLOGÍA - FIBROBRONCSCOPIA												
	705.HEMODINAMIA												
	706.LABORATORIO CLÍNICO		x			x				x			
	708.UROLOGÍA - LITOTRIPSIA UROLÓGICA												
	709.ONCOLOGÍA CLÍNICA												
	710.RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICO		x			x				x			
	711.RADIOTERAPIA												
	712.TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLÍNICO	x				x				x			

SERVICIOS OFRECIDOS EN LA IPS

SERVICIO	Prestados antes del convenio			Aprobados en el convenio			Habilitados a 30 de Junio del 2013			Cumple		
	Serv	Complejidad		Serv	Complejidad		Serv	Complejidad				
		Baja	Media		Alta	Baja		Media	Alta		Baja	Media
713.TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA			x			x				x		
714.SERVICIO FARMACÉUTICO			x			x	x			x	x	
715.MEDICINA NUCLEAR												
716.TOMA DE MUESTRAS CITOLOGÍAS CÉRVICO- UTERINAS												
717.LABORATORIO CITOLOGÍAS CÉRVICO- UTERINAS												
718.LABORATORIO DE PATOLOGÍA												
719.ULTRASONIDO												
720.LACTARIO - ALIMENTACIÓN						x				x		
721.ESTERILIZACIÓN					x				x			
723.UROLOGÍA PROCEDIMIENTO												
724.TOMA E INTERPRETACIÓN RADIOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS												
725.ELECTRODIAGNÓSTICO						x				x		
730.NEUMOLOGÍA LABORATORIO FUNCIÓN PULMONAR												
731.LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA												
732.ECOCARDIOGRAFÍA			x			x						
Otros servicios												
801.CENTRO ATEN. EN DROGADICCIÓN AMBULATORIO												
814.CENTRO ATEN. EN DROGADICCIÓN RESIDENCIAL												
802.CENTROS O SERVICIOS UNIDADES DE REHABILITACIÓN												
803.CENTROS Y SERVICIOS DE PROTECCIÓN												
804.CENTROS DIA PARA REHABILITACIÓN												
805.CENTROS Y SERVICIO CUIDADO INTERMEDIO PARA REHABILITACIÓN												

SERVICIOS OFRECIDOS EN LA IPS												
SERVICIO	Prestados antes del convenio			Aprobados en el convenio			Habilitados a 30 de Junio del 2013			Cumple		
	Serv	Complejidad		Serv	Complejidad		Serv	Complejidad				
		Baja	Media		Alta	Baja		Media	Alta		Baja	Media
806.UNIDAD DE MEDICINA REPRODUCTIVA												
807.CENTROS Y SERV. ACONDICIONAMIENTO FÍSICO - CAPF												
808.CENTROS Y SERVICIOS DE ESTÉTICA						x						
809.SALA DE ENF. RESPIRATORIAS AGUDAS - ERA						x				x		
810.SALA DE REHIDRATACIÓN ORAL												
811.SALA DE YESO						x				x		
812.SALA DE REANIMACIÓN												
813.SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES												

- **SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA**

INFORME COMPARATIVO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA PRIMER SEMESTRE AÑO 2012 CON EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2013

La ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, es el principal centro de referencia y contra-referencia en el Departamento del Cesar y área de influencia ya que se reciben pacientes de los Departamentos Bolívar, Magdalena, Santander y la Guajira.

Se observa en el proceso de referencia que es la red pública hospitalaria la de mayor participación, en especial las que se encuentran en Convenio para el fortalecimiento del sistema de referencia y contra-referencia, para lo cual la Secretaría de Salud Departamental, mediante el CRUE apoya controlando entre otros el servicio de traslado de pacientes en ambulancias básicas y medicalizada,

la disposición de equipos de telecomunicaciones en todo el Departamento, constituyéndose en un apoyo fundamental para la red pública y privada.

**COMPARATIVO REMISIONES AÑO 2012-2013
ENERO A JUNIO 2012 - 2013**

IPS	MUNICIPIO	AÑO 2012	AÑO 2013	% PARTICIP.
H. E. ARREDONDO	VALLEDUPAR	50.90 %	57.05 %	6.15
H. A. CODAZZI	CODAZZI	5.9 %	5.25 %	- 0.65
H. S. BOSCO	BOSCONIA	4.7 %	2.69 %	- 2.01
DUSAKAWI	VALLEDUPAR	5.0 %	5.36 %	0.36
H. MARINO ZULETA	LA PAZ	3.8 %	2.39 %	-1.41
H. SAN ROQUE	EL COPEY	3.0 %	1.92 %	- 1.08
H. C. VILLAZON	PUEBLO BELLO	2.0 %	1.53 %	- 0.47
H. J. A. SOCARRAS	MANAURE	0.2 %	0.68 %	0.48
H. EL SOCORRO	SAN DIEGO	2.1 %	0.31%	-1.79
H. SAN ANDRES	CHIRIGUANÀ	0.4 %	1.05 %	0.65
C. EXTERNA HRPL.	VALLEDUPAR	3.40 %	3.98 %	0.58
H. SAN JOSE	BECERRIL	0.10 %0	0.72 %	0.62
H. HDO. QUINTERO	EL PASO	1.40 %	2.51 %	1.11
H. FCO. CANOSA	PELAYA	0.60 %	0.15 %	-0.45
H. JORGE ISAAC	LA JAGUA DE I.	1.20 %	2.14 %	0.94
H. C. MORENO	CURUMANI	0.20 %	0.07 %	-0.13

Análisis:

- El mayor porcentaje de participación lo tenemos con el HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, observamos que entre el año 2012 y el año 2013 el porcentaje de participación fuè positivo en un 6.15 %.
- Entre los municipios del Departamento del Cesar los porcentajes de participación positivos en una muy baja escala fueron: Hosp. José Antonio Socarras de Manaure, Hosp. San Andrés de Chiriguanà, Hosp. San José de Becerril, Hosp. Hernando Quintero del Paso, Hosp. Jorge Isaac de La Jagua de Ibirico.

- Observamos que los Hospitales Agustín Codazzi, San Juan Bosco Marino Zuleta, San Roque, Camilo Villazòn, El Socorro y Francisco Canosa, tuvieron una **participación negativa**, la cual es explicable porque Clínicas particulares apostan ambulancias en cada Centro Asistencial de los Municipios para traer los paciente directamente a sus sedes. El Hospital Rosario Pumarejo de López enfrenta una dura competencia para captar remisiones de los municipios.

Tabla No.12-2. Diez principales especialidades requeridas por las IPS que remiten pacientes al hospital evaluado.

AÑO: 2012 PRIMER SEMESTRE (06 MESES)

Especialidades	No. de Remisiones	% Partic.
PEDIATRIA	1722	19.4
MEDICINA INTERNA	1470	16.46
INTENSIVISTA	1200	13.45
PSIQUIATRIA	1026	11.49
CIRUGIA GENERAL	906	10.15
GINECOLOGIA	276	3.10
NEURO CIRUGIA	192	2.16
ORTOPEDIA	168	1.88
Otras	1924	21.55
		-
Total	8884	100,0

Fuente: Archivo de Referencia y Contrarreferencia-Servicio de Urgencias
IPS Archivo Sistematizado Dinámica Gerencial.

AÑO: 2013 PRIMER SEMESTRE (06 MESES)

Diez principales especialidades requeridas por las IPS que remiten pacientes al hospital evaluado.

Especialidades	No. de Remisiones	% Partic.
PEDIATRIA	1981	23.9
MEDICINA INTERNA	1742	20.9
PSIQUIATRIA	1156	13.87
CIRUGIA GENERAL	867	10.04
GINECOLOGIA	594	7.12
M. INTENSIVA	437	5.25
ORTOPEDIA	255	3.07
GINECOOBSTETRICIA	239	2.86
OFTALMOLOGIA	181	2.18
NEUROLOGIA	148	1.78
Otras	658	7.89
Total	8.258	100.0

Fuente: Archivo de Referencia y Contrarreferencia-Servicio de Urgencias
IPS Archivo Sistematizado Dinámica Gerencial.

Análisis:

- Observamos que las Especialidades de mayor participación son Pediatría y Medicina Interna las cuales se mantienen en el primero y segundo lugar tanto en el primer semestre del 2013 como en el primer semestre de 2013.
- Observamos que en el primer semestre del 2012 la participación de pediatría fuè del 19.4 % pero en el primer semestre de 2013 fuè de 23.9 % lo que equivale a un aumento del 4.5 % en el porcentaje de participación.
- Respecto a Medicina Interna observamos que su participación en el primer semestre del 2012 fue de 16.46 % y el primer semestre de 2013 fue de 20.9 lo que equivale a un aumento porcentual de 4.44 %

- Psiquiatría en el primer semestre del 2012 participó con un 11.49 % y en el primer semestre de 2013 con un 13.87 % pasando del 4 lugar al tercer lugar.
- Con respecto a Cirugía General que participó en el primer semestre de 2012 con un 10.15 % y en el primer semestre del 2013 con un 10.04 %.
- Haciendo un análisis comparativo el No. de remisiones en el primer semestre de 2012 equivalentes a 8884 con respecto al primer semestre del 2013 con una cifra de 8258 lo que nos da una diferencia de 626 remisiones. Este descenso es explicable por el bloqueo al cual nos tiene sometidos las ambulancias de empresas particulares apostadas en los Centros de Salud y Hospitales de los Municipios del Cesar.

5.10 CAPACIDAD INSTALADA

Tabla 14. Eficiencia en el uso de la capacidad instalada

Concepto	Meta	2012	2013	Cumple	Var %
Porcentaje de Ocupación	109,0	98,3	98,8	?	-10,8
Promedio día estancia	3,0	2,5	2,7	?	12,0
Giro Cama (mes)	#¡REF!	12,1	11,2	?	-20,7
Promedio cirugía por quirófano (mes)		381,8	376,5		-1,4
Promedio consultas general y especializada por consultorio (mes)		361,2	461,5		27,8
Promedio urgencias por consultorio (mes)		1.248,6	1.423,0		14,0
Promedio partos por mesa (mes)		351,2	296,3		-15,6
Promedio citas odontológicas por unidad odontológica (mes)					

5.11 PRODUCCIÓN Y EFICIENCIA HOSPITALARIA

La E.S.E Hospital Rosario Pumarejo de López presenta los siguientes indicadores en materia de Eficiencia y Producción identificada globalmente y por servicios para el primer semestre del año 2013.

99

Tabla 15. Producción total y por servicios y Eficiencia hospitalaria

Concepto	2012	2013	
SERVICIOS AMBULATORIOS	56.075	46841	?
Consultas de Medicina General Urgentes	8.403	7736	?
Consultas de Medicina Especializadas	47.672	39105	?
SERVICIOS HOSPITALARIOS	33.110	32033	?
Total de Egresos	17.257	15432	?
Partos Vaginales	458	360	?
Partos Cesárea	1.651	1381	?
Total de Partos	2.109	1741	?
Total Cirugías	13.744	14860	?
SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	107.039	125243	
Imágenes Diagnosticas	16.475	15114	
Exámenes de Laboratorio	90.564	110129	
Producción Equivalente UVR			
Porcentaje de Ocupación	98,3	88,5	?
Promedio día estancia	2,5	2,5	?
Giro Cama (mes)	72,5	64,8	?

La Eficiencia en la prestación de servicios de salud es un concepto que describe la relación entre recursos utilizados y los resultados en la producción de los servicios asistenciales.

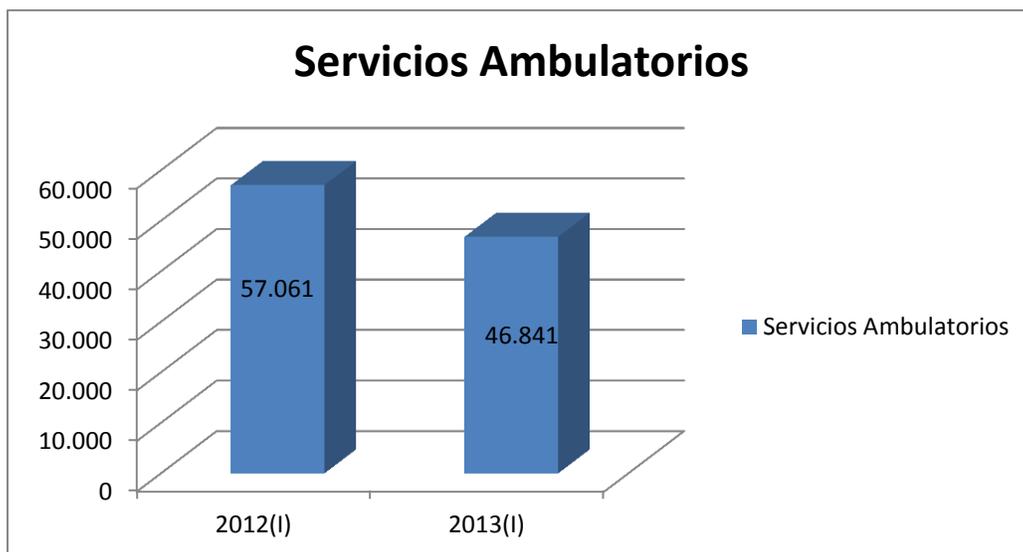
La E.S.E Hospital Rosario Pumarejo de López presenta desde el primer semestre del año 2012 al primer semestre de 2013 los siguientes indicadores en materia de Eficiencia y Producción identificada globalmente y por servicios:

SERVICIOS AMBULATORIOS

En los servicios ambulatorios se tienen en cuenta conceptos como las consultas de Medicina General Urgentes y Consultas de Medicina Especializada.

La E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López presenta:

Servicios	2012(I)	2013(I)	Var %
Servicios Ambulatorios	57.061	46.841	-17,9
Consultas de Medicina General Urgentes	8.063	7736	-4,0
Consultas de Medicina Especializada	48.998	39105	-20,1



Se registra una disminución de 17,9% en los servicios ambulatorios del primer semestre de 2013 en relación al mismo período del año 2012. Se presenta una disminución de 4,0% en las consultas de Medicina General Urgentes desde el primer semestre de 2013 en relación al primer semestre del año inmediatamente anterior. En las Consultas de Medicina Especializadas se observa un decrecimiento del 20,1% desde el primer semestre de 2013 al año inmediatamente anterior.

Es de anotar que una vez al unificarse el POSS se disminuyó la PPNA y en consecuencia, las diferentes EAPB subsidiadas que albergaron esta población direccionaron a los usuarios a su red de servicios.

Desde Enero a Junio de 2013 se han registrado 46.841 consultas de Medicina General y Especializada. En promedio, se presentan 7.807 Consultas por mes.

En el caso de Servicios Ambulatorios, la E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López cumple en relación a los indicadores estándares del Ministerio de la Protección Social.

SERVICIOS HOSPITALARIOS

Dentro de los servicios Hospitalarios se tienen en cuenta los siguientes indicadores: Total Egresos, Total Partos y Total Cirugías. Para los años estudiados tenemos que la institución presentó:

Servicios	2012(I)	2013(I)	Var %
Servicios Hospitalarios	33.110	32.033	-3.2
Total Egresos	17.257	15.432	-10.5
Partos vaginales	458	360	-21.3
Partos Cesáreas	1.651	1381	-16.3
Total Partos	2.109	1.741	-17.4
Total Cirugías	13.744	14.860	8.1

Fuente: tabla de salida

Tal como se observa en la tabla anterior comparado el comportamiento en primer semestre de 2012 vs 2013, en la prestación de servicios, se presenta una disminución del 3,2% en los servicios hospitalarios en el primer semestre 2013 respecto al mismo periodo vigencia 2012. Desglosando los conceptos se registra una disminución de 10,5% en el total de egresos, una disminución de 21,3% en el total de Partos teniendo en cuenta que por nuestra complejidad es la tendencia que se presenten menos atenciones de parto vía vaginal, se presenta un crecimiento del 8,1% en el total de Cirugías.

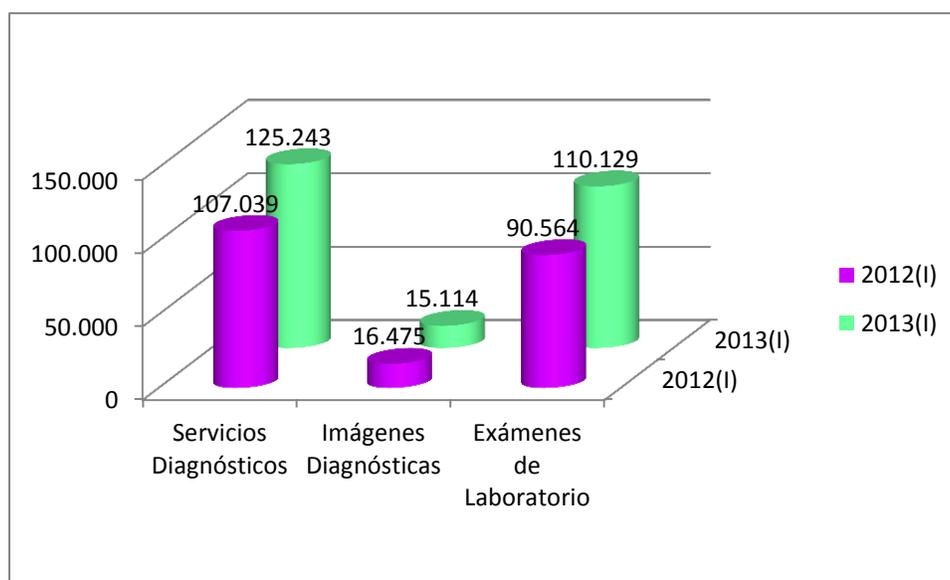
En promedio, se presentaron 32.689 atenciones en Hospitalización en los dos semestres. Teniendo en cuenta los ítem utilizados observamos que se registra un promedio de 16.345 egresos en ambos semestres, 1.925 partos institucionales (partos vaginales y Cesáreas) y 14.302 cirugías en los dos semestres analizados.

En el caso de Servicios Hospitalarios, la E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López cumple en relación a los indicadores estándares promedios del Ministerio de la Protección Social.

SERVICIOS DIAGNÓSTICOS

La E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López registra los siguientes indicadores:

Servicios	2012(I)	2013(I)	Var%
Servicios Diagnósticos	107.039	125.243	17.00
Imágenes Diagnósticas	16.475	15.114	-8.26
Exámenes de Laboratorio	90.564	110.129	21.60



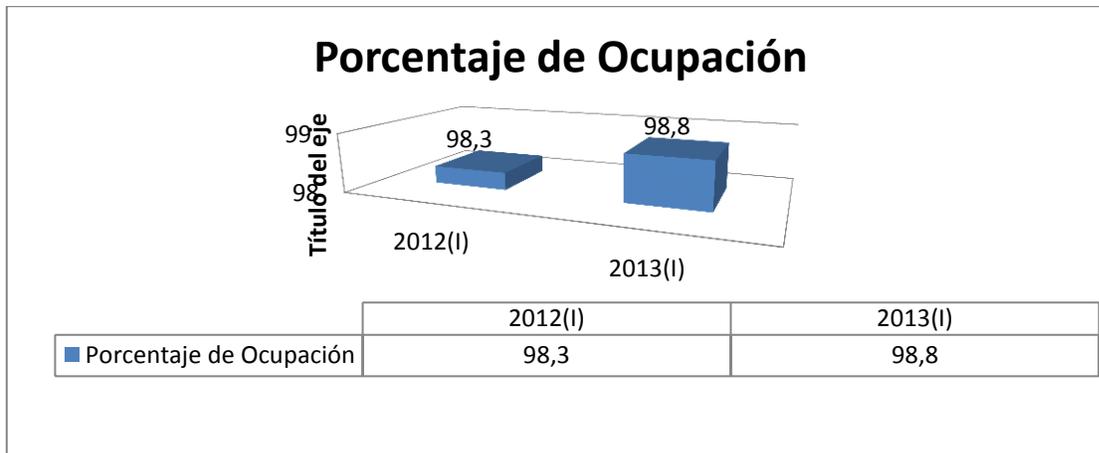
En el primer semestre de este año se han realizado 15.114 imágenes diagnósticas y 110.129 exámenes de laboratorio, presentando un total de 125.243 servicios diagnósticos. En el primer semestre de 2012 se realizaron 16.475 imágenes diagnósticas y 90.564 exámenes de Laboratorio, para un total de 107.039 servicios diagnósticos en el primer semestre del año 2012. Presentando un decrecimiento de 8.26,0% en las imágenes diagnósticas y un aumento del 21,6% en los exámenes de laboratorio, para un incremento general en los servicios diagnósticos del 17,0% con relación al año anterior.

En promedio, se realizan 15.795 imágenes diagnósticas por año y 100.346 exámenes de Laboratorio.

PORCENTAJE DE OCUPACIÓN

El porcentaje de ocupación hospitalaria es una forma de medir la eficiencia en la utilización de los recursos hospitalarios, dado que informa sobre la capacidad utilizada o subutilizada en los hospitales. La E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López presenta un porcentaje ocupacional de:

Indicador	2012(I)	2013(I)	Var%
Porcentaje de Ocupación	98,3	98,8	0.5



En el primer semestre de 2013, la E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López presenta un porcentaje de ocupación de 98,8%. Teniendo un aumento con respecto al primer semestre del 2012. Dicha cifra se encuentra en los límites de ocupación de los Hospitales públicos.

La entidad cumple con los límites establecidos, tiende a ser preocupante la difícil situación que enfrentan las instituciones de Salud del Municipio y del Departamento privadas como públicas que han ocasionado la alta demanda de usuarios en el servicio de Urgencias del Hospital Rosario Pumarejo De López que superan la demanda del recurso Cama en la institución y podría sobrepasar los límites establecidos por el Ministerio de Protección Social.

PROMEDIO DÍAS DE ESTANCIA

Este indicador refleja la permanencia promedio de los pacientes en el hospital. Es un indicador de eficiencia de la prestación de servicios, así como el uso del recurso de cama.

En el primer semestre de 2013, la E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López presenta un promedio Día de Estancia de 2,4. Se registra una ligera variación en el promedio día estancia con relación al primer semestre del año 2012.

Indicador	2012 (I)	2013(I)	Var%
Promedio Día Estancia	2,5	2.4	-0,04

En relación a este indicador, La E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López cumple con los estándares identificados para este campo.

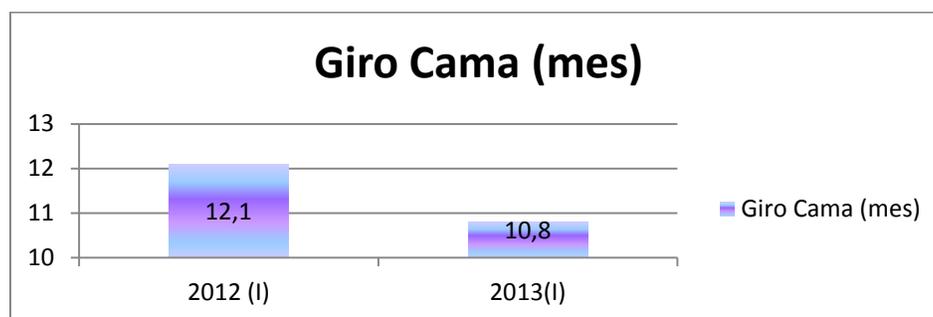
GIRO CAMA (MES)

El giro cama es un indicador relacionado con la producción de los servicios. Es una medida del número de egresos que en promedio comprometieron el uso de

cada cama disponible. La E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López registra un promedio de 10.8 egresos hospitalarios por cama.

En el primer semestre de 2012 con relación al mismo periodo en el año 2013 tuvo una variación de - 10,7 %. La E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López presenta:

Indicador	2012 (I)	2013(I)	Var%
Giro Cama (mes)	12,1	10,8	-9,8



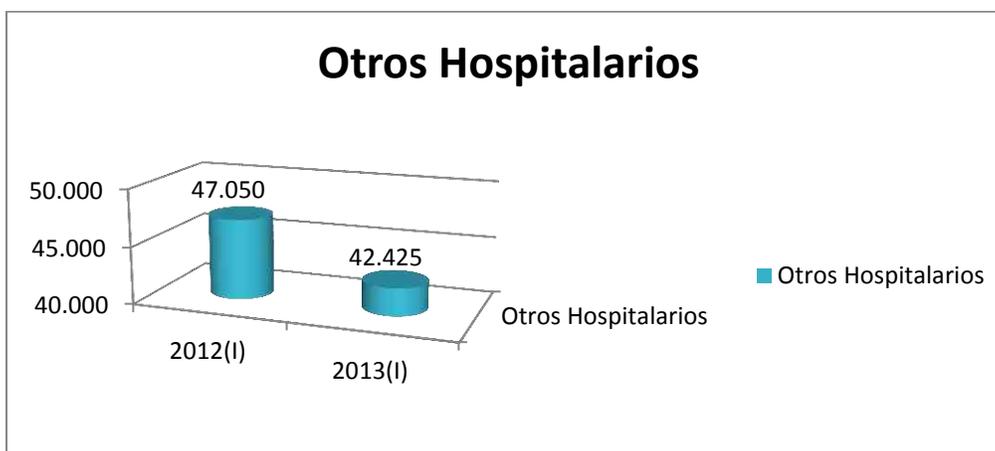
En relación al Giro cama (mes), el Hospital Rosario Pumarejo de López cumple con el promedio estándar designado por el Ministerio de Protección Social.

OTROS HOSPITALARIOS

El concepto “Otros hospitalarios” es la sumatoria de variables como: Pacientes en Observación, Total días de Estancia Egresos, Días estancia egresos Salud Mental, Días estancia cuidados intermedios y Días estancia cuidados intensivos.

La E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López registra los siguientes indicadores:

Concepto	2012(I)	2013(I)	Var%
Otros Hospitalarios	47.050	42.425	-9,8
Pacientes en Observación	316	233	-26.2
Total días de estancia Egresos	42.560	38.125	-10.4
Días estancia Egresos Salud Mental	1051	1156	0.09
Días estancia cuidados intermedios	1.418	1313	-7.4
Días estancia cuidados intensivos	1.705	1598	-0.06



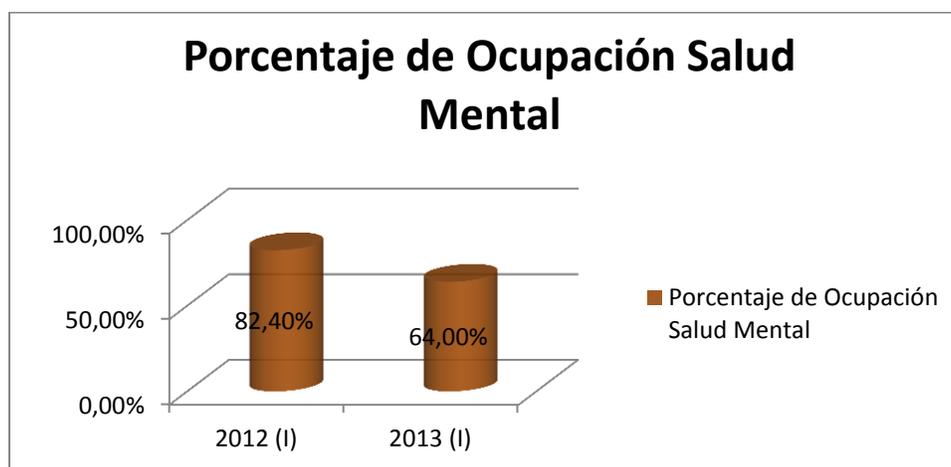
Desglosando estas variables podemos indicar que en los semestres estudiados (I semestre de los años 2012-2013).

En promedio, el Hospital registra 549 pacientes en observación en los semestres analizados. Hasta el segundo trimestre de 2013, presenta 233 casos de pacientes en observación, mostrando un decrecimiento del 26,2% del total de casos presentados en el mismo período del año inmediatamente anterior.

Total días de estancia Egresos representa el indicador con mayor peso dentro de la variable: Otros Hospitalarios. La institución registra en el primer semestre de 2012 42.560 días estancia egresos y en el año en curso 38.125 días estancia egresos. Mostrando un decrecimiento de 10,4%.

A partir de los días de estancia egresos Salud mental pudimos obtener el porcentaje de ocupación en Salud Mental, el cual se presenta a continuación:

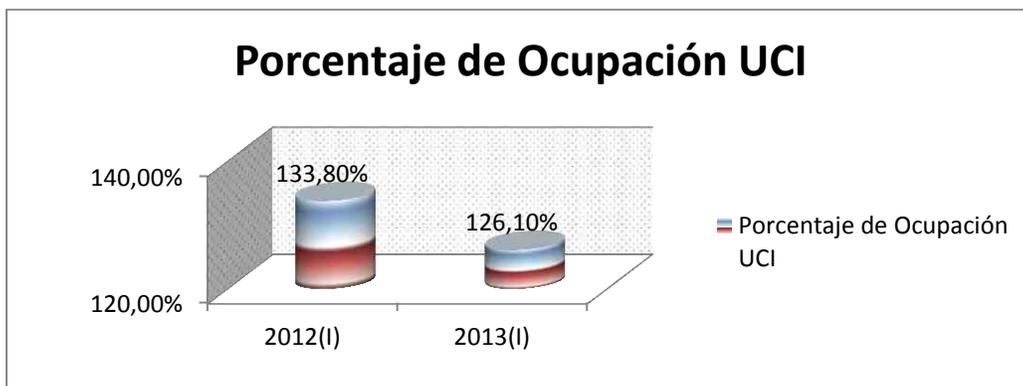
Servicio Salud Mental	2012 (I)	2013 (I)	Var%
Porcentaje de Ocupación Salud Mental	82,4%	64,0%	-22.3



En promedio, se registra un porcentaje de ocupación del 73,2%. Se presenta una disminución de 22,3% en relación al primer semestre de 2012 en este servicio.

A partir de los días de estancia Cuidados Intensivos obtuvimos el porcentaje de ocupación Cuidados intensivos, el cual es:

Servicio: UCI	2012(I)	2013(I)	Var%
Porcentaje de Ocupación UCI	133,8%	126,1%	-5.7



La E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López registró una disminución del 5,7% en el porcentaje ocupacional en este servicio desde el primer semestre de 2012 hasta el primer semestre de 2013, donde se puede observar que no cumple con el promedio estándar establecido por el Ministerio de Protección Social.

	Valor	%Part	Valor	%Part	
Total	105.790,2	100,0	107.320,2	100,0	1,4
...menor a 60 días	9.301,4	8,8	9.579,1	8,9	3,0
...de 61 a 360 días	56.314,6	53,2	40.719,7	37,9	-27,7
...mayor a 360 días	40.174,2	38,0	57.021,4	53,1	41,9

Fuente: Sistema Hospitalario Dinámica Gerencial H.R.P.L

TERCERA PROSPECTIVA: FORTALECER LA GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL

La misión de la institución está enmarcada en esta prospectiva que tiene por objeto actualizar, modernizar y darle un enfoque en el cliente externo e interno a esta institución. De esta manera la institución promoverá programas en pro de beneficiar a los usuarios tanto del primer como del segundo nivel de atención, en aras de garantizar la atención a la población que lo requiera.

Asimismo, se promoverá la actualización y cumplimiento de las metas de los planes de intervenciones colectivas PIC, los cuales se tienen contratados tanto con el municipio así como con el Departamento; esto, haciendo énfasis en la atención primaria en salud que de acuerdo con la normatividad vigente hace parte de la columna del sistema de salud en el país.

Es intención de esta administración de lograr los estímulos suficientes para reducir el tiempo en la oportunidad en la cita con las diferentes especialidades, esto con el objetivo de realizar una atención oportuna que garantice vida y salud en cada uno de los usuarios de la E.S.E Hospital Rosario Pumarejo de López

ESTRATEGIAS:

- Fortalecer la gestión de la contratación asistencial en las especialidades de obligatoriedad en la presencialidad, para garantizar una atención oportuna y criterios de calidad, con énfasis las áreas básicas de la mediana complejidad.
- Fortalecer la auditoria concurrente para la revisión exhaustiva de la aplicación de guías y/o protocolos de atención clínicas basadas en las evidencias.
- Innovar con un sistema de información que permita registrar la historia clínica en línea.
- Dotar de un sistema de archivo de historias clínicas que permita garantizar la custodia y seguimiento de las historias clínicas institucionales conforme a la normatividad vigente.
- Propender por realizar todos y cada uno de los comités interinstitucionales que garanticen el seguimiento y cumplimiento de la normas establecidas en casos de enfermedades de notificación obligatoria y demás comités reglamentarios.

- Propender por la certificación como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia, como un ejercicio positivo para el empoderamiento del talento humano y articular los esfuerzos en la acreditación en salud.
- Fortalecer los servicios de apoyo nutricional, tales como: Banco de Leche Humana, Centro de Recuperación Nutricional.
- Innovar con el servicio y/o programa Madres Canguro, para mejorar la tasa de morbilidad y mortalidad en la población neonatal del departamento, que afecta directamente al tasa de mortalidad en menores de un año de vida.
- Asumir el servicio de vacación institucional como parte de la atención integral a la primera infancia.
- Se priorizará la inversión en equipos médicos y de apoyo para la prestación de servicios en especial las áreas: Unidad de Cuidados intensivos, área de cirugía, servicio de urgencias, servicio de salud mental, servicio de hospitalización y consulta externa.

6. ANALISIS DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO

El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad que sufre la población y cuya descripción requiere la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida. La descripción de estas características conlleva diferentes tipos de dificultad dependiendo de las fuentes de información, los instrumentos y tipo de análisis que se utilicen.

112

El presente estudio epidemiológico intenta dar luces respecto a temas claves para el diseño de una política departamental de salud orientada tanto a reducir la carga de morbilidad de la población como mejorar la eficiencia en la asignación de recursos.

El instrumental metodológico se basa en el análisis de la morbimortalidad correspondiente al año 2012. Para ello, se han utilizado diversos indicadores de análisis como las tasas de mortalidad hospitalaria, tasas de morbilidad hospitalaria y por consulta médica, tasa de morbilidad en el servicio de urgencias, tasa de mortalidad y tendencias.

Los resultados proveen un perfil epidemiológico que permite identificar cuanta carga de morbilidad y mortalidad hay en la población usuaria de esta institución, cuales son los problemas prioritarios más significativos, como se distribuyen geográficamente.

Finalmente, se propone un rol de prioridades sanitarias a nivel regional, que sirva tanto de instrumento para la definición de estrategias de política sectorial e intersectorial, como de guía para las decisiones de inversión de mediano plazo.

Las principales fuentes disponibles de información las constituyeron los certificados de defunción, el informe general de la oficina de estadística, el programa institucional (dinámica gerencial), los reportes de notificación obligatoria de la oficina de vigilancia epidemiológica.

6.1 INDICADORES DE EFICIENCIA, TECNICA Y CALIDAD

Dentro de todo sistema de salud es importante la distinción entre la demanda de salud y la demanda de servicios de atención en salud, ya que la demanda de salud se concreta en la demanda de bienes y servicios relacionados con la salud y la demanda de servicios de atención en salud (curativa) surge cuando las personas están enfermas o accidentadas. Por lo anterior se proponen una serie de indicadores, entre los que pueden destacarse el número de camas disponibles, consulta externa, egresos hospitalarios, porcentaje ocupacional, giro cama, promedio días estancias, numero de cirugías, cancelación de cirugías programadas, total de partos, porcentaje de partos por cesárea, porcentaje de egresos por parto vaginal, mortalidad hospitalaria, porcentaje de infecciones hospitalarias. Estos indicadores de salud son medidas que cuantifican y permiten evaluar dimensiones del estado de salud de la población. Representan medidas de resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y el desempeño de los servicios.

La información aquí registrada se obtuvo de la oficina de estadística de la institución.

DATOS GENERALES

AÑO	EGRESOS	DIA CAMAS DISPONIBLES	DIA ESTANCIA	% OCUPACIONAL	GIRO CAMA	PROMEDIO DÍA ESTANCIA
2.000	11.613	45.572	41.203	90.41	90.93	3.55
2.001	12.663	44.530	44.854	100.73	103.80	3.54
2.002	13.475	44.318	45.586	103.05	110.45	3.39
2.003	13.900	44.433	46.905	105.56	113.01	3.37
2.004	15.827	45.111	49.277	109.34	128.67	3.12
2.005	23.438	47.921	55.769	118.13	130.62	3.07
2.006	25.073	54.439	59.301	108.93	95.52	3.10
2.007	23.167	64.306	64.614	100.48	99.22	3.262
2.008	26.121	78.182	73.732	94.31	85.04	3.61
2.009	22.904	80.638	80.638	87.89	95.43	3.52
2.010	30.213	83.761	87.993	105.5	129.12	2.91
2.011	31.217	84.777	98.697	115.88	136.92	3.16
2.012	30.889	87.274	3.15	111.32	129.83	3.15

Los egresos hospitalarios corresponden al número de pacientes que después de haber permanecido hospitalizados, salen del hospital vivos, muertos o trasladados. No se consideran los traslados internos dentro del hospital. De esta manera se refleja el movimiento de los servicios clínicos.

El promedio anual durante el periodo analizado (2.000 -2012), fue de 20.857 notándose un incremento significativo de pacientes que egresan de la institución durante los últimos cinco años.

Los servicios con mayor egreso hospitalario son medicina interna y obstetricia con el 76% del total.

Con menos egresos esta UCI adultos y psiquiatría (2.9%)

Los días camas disponibles son el resultado de las camas ocupadas durante los días del periodo. Se denomina también paciente día. El promedio durante el periodo analizado es de 57.675 observándose un incremento anual del 7% con respecto al año anterior.

Días estancia o días de hospitalización es el número total de días que permanece hospitalizado un usuario que ingresa ya sea por tratamiento o por diagnostico. Este indicador se calcula teniendo en cuenta el día de ingreso y no el de egreso. Para aquellos pacientes que ingresan y egresan en el día se considera un día de hospitalización.

El promedio de días estancia durante los últimos 10 años es de 56.188

El Porcentaje Ocupacional es el resultado de dividir el número de días camas ocupadas entre el número de camas disponibles. Paso de 90.41 durante el 200 a 87.89 en el 2012

En cuanto al giro cama, este presento un significativo aumento durante este año, lo que indica que el promedio días estancia bajo significativamente. Estos indicadores son inversamente proporcionales, a mayor giro cama menor días estancia.

AÑO	PARTOS ATENDIDOS	CESAREAS	MORTALIDAD	INFECCIONES HOSPITALARIAS	CONSULTA URGENCIAS	CONSULTA MEDICA
2.000	1.533	1.581	4.16	3.85	11.880	29.052
2.001	990	1.838	4.07	3.20	10.621	26.595
2.002	2.775	1.848	4.94	2.82	11.392	33.084
2.003	1.032	1.984	5.82	2.41	10.883	32.525
2.004	1.066	2.040	3.83	2.42	11.718	36.279
2.005	1.080	2.169	2.60	2.61	11.077	43.573
2.006	740	2.288	2.83	2.13		44.929
2.007	429	2.475	2.80	2.52	17.216	41.507
2.008	532	2.945	1.20	2.84	12.112	56.673
2.009	522		2.36	2.85		
2.010	587		1.86			
2.011	891	4167	1.82			
2.012	958	3445	1.23	0.55	17.722	97.684

El número de partos vaginales presentó una disminución hasta el 2009, observándose un incremento en los dos últimos años.

La mortalidad hospitalaria es un indicador importante para medir la calidad de la atención. El índice de las muertes presentadas antes de las 48 horas durante este año fue de 0.11 y las muertes presentadas después de 48 horas de 1.23

El promedio del índice de infecciones hospitalarias es de 0.55, indicador que ha presentado una disminución importante debido a la vigilancia y control realizado por el recurso de infectología de la institución.

6.2 INDICADORES DE CALIDAD POR SERVICIOS DE HOSPITALIZACION 2000 - 2012

EGRESOS HOSPITALARIOS POR SERVIVIO DE HOSPITALIZACION

AÑO	MEDICAS	CIRUGIA	MATERNIDAD	PEDIATRIA	PSIQUIATRIA	UCI	NEONATO
2.000	3.091	2.471	3.494	2.291	188	78	
2.001	3.545	2.342	3.821	2.639	169	143	
2.002	3.972	2.098	4.580	1.894	240	173	518
2.003	4.570	1.667	4.997	1.663	242	171	590
2.004	5.665	1.959	5.526	1.480	277	266	654
2.005	7.371	1.704	6.230	2.014	249	202	648
2.006	6.944	1.891	6.317	2.176	276	244	202
2.007	7.832	1.846	6.745	2.271	251	232	667
2.008	7.455	2.142	7.259	2.060	253	256	984
2.009	6.661	1.191	8.164	3.219	346	265	921
2.010	10.420	3.172	9.291	5.546	298	253	1.137
2.011	13-625	2.332	9.509	3.973	616	271	891
2.012	14.491	1.817	8.997	3.773	606	291	924

El promedio de egresos en el servicio de medicas es de 6.835 con un aumento significativo en los tres últimos años, en cirugía el promedio es de 2.049 el cual mostro una disminución comparado con el año anterior, presentando el 4.5% con

respecto al promedio general del periodo analizado, en el servicio de maternidad el promedio de egresos es de 6.533, pediatría 2.692, Psiquiatría 308, UCI 208 y neonatos 739, todos estos con aumentos significativos.

PORCENTAJE OCUPACIONAL POR SERVICIO DE HOSPITALIZACION

AÑO	MEDICAS	CIRUGIA	MATERNIDAD	PEDIATRIA	PSIQUIATRIA	UCI	NEONATO
2.000	95,20	98,00	108,40	88,30	45,40	62,60	
2.001	102,76	99,31	116,82	101,43	72,68	81,37	
2.002	109,56	101,30	115,22	102,89	86,34	89,04	90,16
2.003	131,02	87,97	121,69	102,10	83,41	84,60	81,80
2.004	140,68	89,18	129,11	98,36	86,89	87,76	81,99
2.005	146,36	101,92	125,38	116,65	74,99	76,22	75,90
2.006	133,22	106,38	101,31	103,6	80,86	67,86	74,77
2.007	121,69	100,76	103,82	85,90	77,69	79,54	68,31
2.008	109,05	106,12	104,03	76,77	93,75	90,46	67,29
2.009	104,1	87,19	113,19	107,46	92,56	75,15	61,20
2.010	153,63	86,77	131,87	105,65	94,93	71,83	55,48
2.011	210,35	71,58	128,25	95,41	136,02	91,12	59,07
2.012	210,34	57,57	126,51	91,64	107,87	82,10	55,67

El promedio del Porcentaje ocupacional oscilo entre 80.2 en el área de UCI adultos y 120.9 en médicas. Comportamiento que se ha mantenido durante el tiempo de análisis.

GIRO CAMA POR SERVICIO DE HOSPITALIZACION

AÑO	MEDICAS	CIRUGIA	MATERNIDAD	PEDIATRÍA	PSIQUIATRIA	UCI	NEONATO
2.000	93,20	77,20	268,80	67,40	15,00	26,00	
2.001	107,42	73,19	293,92	77,62	24,14	47,67	
2.002	120,36	65,56	352,31	86,09	34,29	57,67	43,17
2.003	126,94	59,54	384,38	75,59	34,57	34,20	49,17
2.004	157,36	69,96	425,08	67,27	39,57	53,20	54,50
2.005	141,75	77,45	366,47	77,46	35,57	40,40	54,00
2.006	133,54	85,95	252,68	80,59	39,43	48,980	51,50
2.007	111,89	83,91	269,80	52,81	35,86	38,67	24,70
2.008	81,92	59,50	290,36	50,24	36,14	42,67	28,94
2.009	73,20	53,08	326,56	78,51	49,43	44,17	27,09
2.010	189,45	57,67	371,64	108,75	42,57	36,14	33,44
2.011	262,02	44,85	380,36	77,90	88,00	38,71	26,21
2.012	258,77	33,04	359,88	73,98	60,60	41,57	27,18

Respecto al giro cama su máximo valor se alcanzo en el servicio de maternidad y el mínimo en Psiquiatría.

PROMEDIO DÍAS ESTANCIA POR SERVICIO DE HOSPITALIZACION

AÑO	MEDICAS	CIRUGIA	MATERNIDAD	PEDIATRIA	PSIQUIATRIA	UCI	NEONATO
2.000	3,70	4,60	1,50	4,70	10,20	5,20	
2.001	3,49	4,95	1,45	4,77	10,99	6,23	
2.002	3,31	5,55	1,19	4,36	9,19	5,64	7,62
2.003	3,66	5,58	1,16	4,98	8,81	6,33	6,07
2.004	3,28	4,58	1,14	5,43	8,02	6,04	5,51
2.005	3,39	4,80	1,23	4,51	7,69	6,89	5,20
2.006	3,61	4,55	1,42	4,58	7,49	5,50	5,31
2.007	3,52	4,61	1,37	4,79	7,63	6,99	7,31
2.008	4,18	4,17	1,31	5,61	9,49	7,11	8,51
2.009	3,80	3,97	1,27	4,36	6,84	7,26	8,24
2.010	2,80	4,95	1,30	3,40	10,05	7,09	6,06
2.011	3,04	6,06	1,23	4,34	5,64	8,59	8,23
2.012	3,01	6,58	1,28	4,52	5,85	9,91	7,18

El máximo promedio de día estancia ocurrió en psiquiatría con 9.1, el cual disminuyo con respecto a los dos años anteriores y el mínimo en maternidad con 1.27

CAMAS DISPONIBLES POR SERVICIO DE HOSPITALIZACION

AÑO	MEDICAS	CIRUGIA	MATERNIDAD	PEDIATRIA	PSIQUIATRIA	UCI	NEONATO	TOTAL
2.000	33	32	13	34	13	3		128
2.001	33	32	13	34	7	3		122
2.002	33	32	13	22	7	3	12	122
2.003	36	28	13	22	7	5	12	123
2.004	36	28	13	11	7	5	12	123
2.005	39	22	17	19	7	5	12	121
2.006	52	22	25	27	7	5	12	200
2.007	70	22	25	43	7	6	27	200
2.008	65	36	25	41	7	6	34	214
2.009	91	36	25	41	7	6	34	240
2.010	55	55	25	51	7	7	34	234
2.011	52	52	25	51	7	7	34	228
2.012	56	55	25	51	10	7	34	238

Según el tipo de servicios, el 65% de las camas disponibles son para adultos, repartidas el 23.5% para médicas, 23.1% para quirúrgicas, 10.7% para maternidad, 21.4% pediatría, 4.2% en Psiquiatría, 14.3% para neonatos y 2.9% para UCI.

7. COMPONENTE SALUD-ENFERMEDAD

7.1 PERFIL DE MORBILIDAD

MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA

En la institución predominan las enfermedades infecciosas que son características de comunidades subdesarrolladas por las deficiencias en los servicios sanitarios básicos y por condiciones socioeconómicas; existen otras causas relacionadas con el estilo de vida, hábitos y costumbres de comunidades desarrolladas tales como las Cardiovasculares (Hipertensión).

Esta morbilidad se ha mantenido similar en la última década; presentando modificaciones solamente en el peso porcentual. Vale la pena resaltar que algunos eventos que ingresan en el grupo de las diez primeras causas por consulta como la Epilepsia que ocupa el tercer lugar, el hipotiroidismo, y la obesidad que ocupa el décimo lugar. Se evidencia problemas en los registros debidos a la falta de codificación de los eventos por parte de los médicos tratantes.

Orden	Causas	Casos	
1	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	2119	
2	UROLITIASIS	2021	
3	EPILEPSIA	1941	
4	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO	1577	
5	HIPOTIROIDISMO	1438	
6	LUMBAGO	1397	
7	DIABETES MELLITUS	1347	
8	TRASTORNO DEL SISTEMA URINARIO NO ESPECIFICADO	1316	
9	RADICULOPATIA	1286	
10	OBESIDAD DEBIDO A EXCESO DE CALORIAS	1235	
11	HIPERPLASIA PROSTATICA	1230	
12	MIGRAÑA	1081	
13	ARTRITIS REUMATOIDEA	1043	
14	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	903	
15	EPISODIO DEPRESIVO	847	
16	REUMATISMO	841	
17	COLITIS Y GASTROENTERITIS ALERGICAS Y DIETETICAS	809	
18	COLEDOCOLITIASIS	779	
19	CATARATA	777	
20	HERNIA DISCAL	773	
	OTRAS CAUSAS	40775	
	TOTAL DE CAUSAS	65535	

MORBILIDAD POR EGRESOS HOSPITALARIOS

La información que se presenta procede de los egresos hospitalarios del año 2012 obtenidos del Programa Dinámica Gerencial de la institución.

Durante el año 2012 se registraron en la institución 37.065 egresos hospitalarios, el parto terminado en aborto, se constituyó en la primera causa de egresos, las complicaciones durante el embarazo parto y puerperio, pasaron a ser la tercera causa, evento que había permanecido como primera causa durante 10 años.

Al analizar los grupos de edad, 53.1% (13.874) de los egresos tenían entre 15 a 44 años de edad, de acuerdo a lo esperado teniendo en cuenta que son el grupo poblacional más grande en el departamento.

ORDEN	CAUSAS	CASOS
1	PARTO TERMINADO EN ABORTO	2010
2	TRAUMATISMO Y POLITRAUMATISMO	1761
3	FRACTURA DE LOS MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	1621
4	COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	1450
5	TUMOR BENIGNO DE LA PIEL	1085
6	HERNIAS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL	824
7	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	811
8	ENFERMEDAD PSICOTICA AGUDA	799
9	FIEBRE DEL DENGUE	744
10	HERIDAS Y LASCERACIONES	723
11	HIPERTENSION ARTERIAL	747
12	APENDICITIS AGUDA	681
13	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	651
14	NEUMONIA	614
15	LESIONES DE PIEL Y TCS	589
16	DESNUTRICION PROTEICO CALORICA	297
17	PTERIGION	542
18	CUERPO EXTRAÑO DIFERENTES ORGANOS	514
19	BRONCONEUMONIA	422
20	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	308
	OTRAS CAUSAS	19872
	TOTAL	37065

MORBILIDAD URGENCIAS

En el servicio de urgencias de la institución se atendieron durante el año 2012, 17.722 pacientes, el siguiente análisis se realizó con el 84.5% de la información obtenida de dinámica gerencial, siendo el grupo de mayor consulta el de 15 a 44 años de edad (36.2%). El sexo masculino consulto en un 56.9%

La primera causa de consulta en el servicio de urgencias la constituyen los traumatismos y politraumatismos, comportamiento que se ha mantenido durante los últimos 10 años, constituyendo la institución en un hospital de trauma, teniendo en cuenta que la segunda causa son las fracturas de los miembros y la sexta causa las heridas y laceraciones.

También es importante mencionar las enfermedades psicóticas agudas donde se encuentran agrupadas las enfermedades mentales que padece la comunidad usuaria de los servicios (trastorno psicótico, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar y esquizofrenias). Situación que se debe tener en cuenta para ampliación y mejoramiento del área de salud mental con que cuenta la institución.

Las infecciones respiratorias agudas constituyen el 11.32% del total de las causas y se presentan en el 80% de los casos en la población de 0 a 14 años.

El 10.5% son causas quirúrgicas, que también se asocian a la población infantil y adolescencia (apendicitis, hernia umbilical)

ORDEN	CAUSAS	CASOS
1	TRAUMATISMO Y POLITRAUMATISMO	1761
2	FRACTURA DE LOS MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	1621
3	TUMOR BENIGNO DE LA PIEL SITIO NO ESPECIFICADO	1085
4	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	986
5	FIEBRE DEL DENGUE	744
6	HERIDAS Y LASCERACIONES	723
7	ENFERMEDAD PSICOTICA AGUDA	721
8	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	706
9	APENDICITIS AGUDA	681
10	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	651
11	NEUMONIA	614
12	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	596
13	LESIONES DE PIEL Y TCS	589
14	FIEBRE NO ESPECIFICADA	520
15	CUERPO EXTRAÑO DIFERENTES ORGANOS	514
16	HERNIA UMBILICAL	431
17	DOLOR EN EL PECHO NO ESPECIFICADO	427
18	BRONCONEUMONIAS	422
19	HERNIA INGUINAL	393
20	HIPERTENSION ARTERIAL	367
	TOTAL	14552

7.2 PERFIL DE MORTALIDAD

La mortalidad intrahospitalaria ha sido propuesta como un indicador de calidad asistencial. Así mismo es un hecho que debe ser utilizado para la vigilancia y la planificación sanitaria.

La mortalidad es el aspecto que mejor describe la situación de salud de la población, en este análisis se presenta la mortalidad presentada durante el año 2012, las causas de defunciones para el mismo periodo, lo mismo que las tasa y causas de defunción por grupos de edad.

La mortalidad hospitalaria es un indicador de salud clásicamente utilizado en el control de la calidad asistencial. Es un indicador bruto que se encuentra influenciado por numerosos factores entre los que cabe destacar la patología atendida, estructura etárea de la población, y accesibilidad a hospitales. El objetivo de este trabajo es analizar de forma descriptiva la mortalidad del hospital

La mortalidad hospitalaria, con las limitaciones propias de ser un indicador negativo de salud, constituye un instrumento imprescindible en la investigación clínica y epidemiológica, en la evaluación de los programas de garantía de calidad asistencial y en el conocimiento de los problemas de salud de la población del área de influencia del hospital.

ORDEN	CAUSAS	CASOS
1	SHOCK SEPTICO	80
2	MUERTE INTRAUTERINA	48
3	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	43
4	NEUMONIA	35
5	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	30
6	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA	28
7	PREMATUREZ	26
8	HIPERTENSION ARTERIAL	23
9	DIABETES MELLITUS	21
10	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	20
11	SIDA	19
12	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	18
13	SEPSIS NEONATAL	18
14	SHOCK HIPOVOLEMICO	17
15	MORTALIDAD PERINATAL	13
16	ANEMIA	12
17	HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS	12
18	CANCER DE PROSTATA	12
19	CANCER GASTRICO	11
20	CARDIOPATIA DILATADA	10
	OTRAS CAUSAS	40
	TOTAL	536

En este grupo, agrupando la mortalidad causada por las afecciones originadas en el periodo perinatal ocuparon la primera causa de mortalidad en un 16%. Uno de los pilares en el proceso de la Vigilancia epidemiológica de la salud infantil es definir los diagnósticos de la mortalidad en el primer año de vida contando con el periodo fetal dentro de ese análisis. Con la definición del perfil de mortalidad se da el primer paso en la aplicación del enfoque de riesgo para las poblaciones vulnerables como son las madres gestantes y sus frutos. A parte de la mortalidad relacionada con los factores de riesgo dichas enfermedades causan secuelas severas que impiden el desarrollo psicomotor normal.

La principal causa de muerte la representa el shock séptico con el 15 % del total de las muertes.

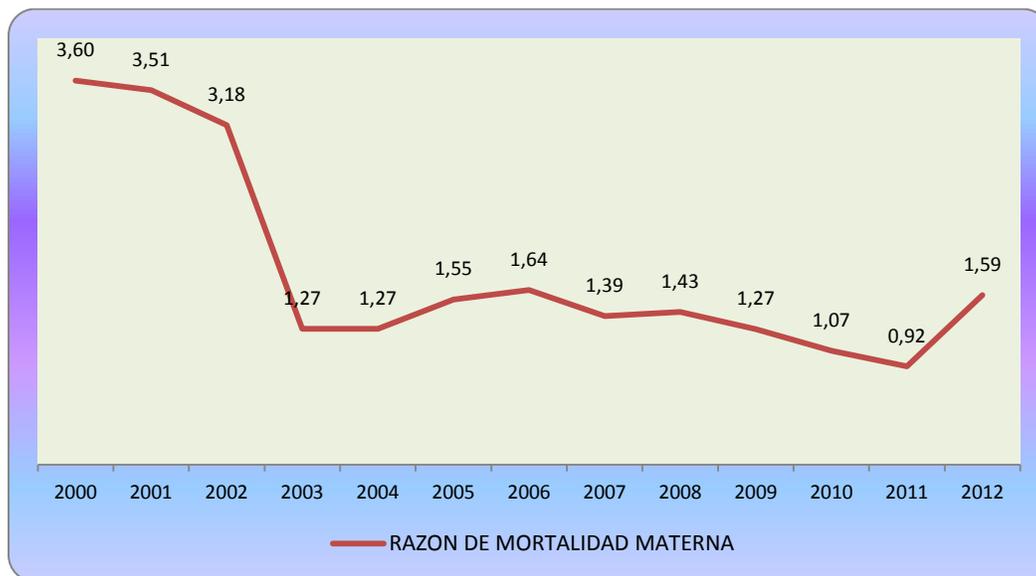
MORTALIDAD MATERNA

En el contexto de la vigilancia epidemiológica, la evaluación de las muertes representa un elemento fundamental para medir el impacto de un daño sobre la salud de la colectividad. El análisis sistemático de las muertes por causas evitables posibilita determinar con amplitud y precisión los factores que incidieron en su ocurrencia, evaluar la efectividad de los servicios de salud y sobre estas bases establecer los correctivos correspondientes

En el hospital durante el año 2012 se notificaron 5 muertes maternas, la razón de mortalidad para este año es de 1.59 por 1000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad es de 1.05 por 1000 nacidos vivos y muertos (abortos)

La tendencia de la razón de mortalidad ha mostrado una disminución de las muertes desde el año 2002 con un ligero aumento en el último año.

Tendencia de Mortalidad Materna 2000 – 2012



Las semanas epidemiológicas en que se presentaron las muertes fueron la 10 (3 casos), 27 (1 caso), 34 (1 caso), 45 (1 caso) y 50 (1 caso)

Según la procedencia el 57.14% de los casos residían en Valledupar, 1 (14.3%) remitida de otro departamento. La pertenencia étnica de 3 de los casos era indígena.

DISTRIBUCION DE MUERTES MATERNAS SEGÚN PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	CASOS	FRECUENCIA
VALLEDUPAR	4	57,14
EL BANCO	1	14,29
PUEBLO BELLO	1	14,29
EL COPEY	1	14,29

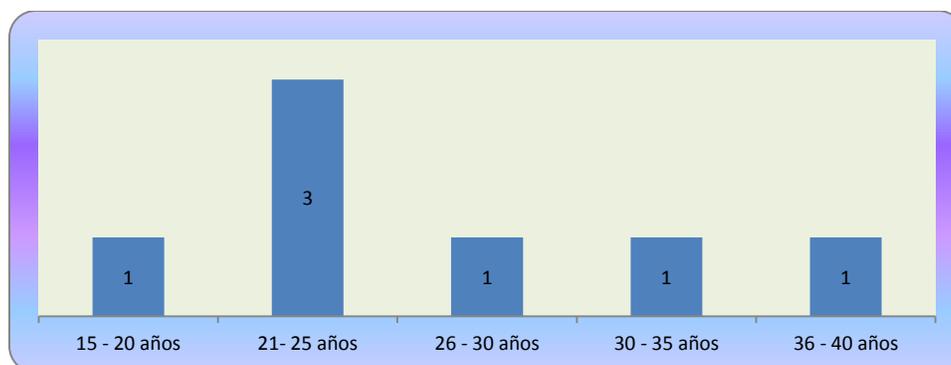
132

El 42.85% procedían del área urbana, 28.6% del área rural y el mismo porcentaje del área rural dispersa.

DISTRIBUCION DE MUERTES MATERNAS SEGÚN AREA DE OCURRENCIA DEL CASO

MARIANGOLA	1	14.29
SABANA CRESPO	1	14.29
LA SIERRA	1	14.29
LA AURORA	1	14.29

DISTRIBUCION DE MUERTES MATERNAS SEGÚN GRUPOS DE EDAD



El 42.9% de los casos se presentaron en el grupo de edad comprendido entre 21 y 25 años, la edad mínima fue de 15 años y la máxima de 38 años. El promedio de edad fue de 26 años.

El 42.9% de los casos estaba afiliada a Dusakawi EPS

DISTRIBUCION DE MUERTES MATERNAS SEGÚN AFILIACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Dusakawi EPS	3	42.9	
Salud Vida	1	14.3	
Coopsagar	1	14.3	
Asmet Salud	1	14.3	
Solsalud	1	14.3	

En relación a la estancia hospitalaria, 3 de los casos fallecieron el mismo día de ingreso a la institución, 2 fallecieron a las 24 horas y 2 fueron hospitalizadas en UCI y la estancia hospitalaria fue de 26 y 35 días.

Las causas de la muerte fueron de causa directa relacionada con el embarazo el 57.2%(4) y 42.8% por causa indirectas.

DISTRIBUCION DE MUERTES MATERNAS SEGÚN CAUSA BASICA DE LA MUERTE

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	1
SCHOK SEPTICO	3
ENFERMEDAD DE CHAGAS	1
PRECLAMPSIA SEVERA	1
SUICIDIO	1

Al 100% de las muertes maternas se le realizo Comité de Vigilancia Epidemiológica, con la metodología de la ruta de la supervivencia, encontrándose que existieron las 4 demoras.

MORTALIDAD PERINATAL

El conocimiento de la mortalidad perinatal es de gran importancia debido a que nos proporciona una imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de la población, mide el estado de salud del producto de la concepción durante los dos últimos meses de vida intrauterina y los primeros 28 días de vida extrauterina.

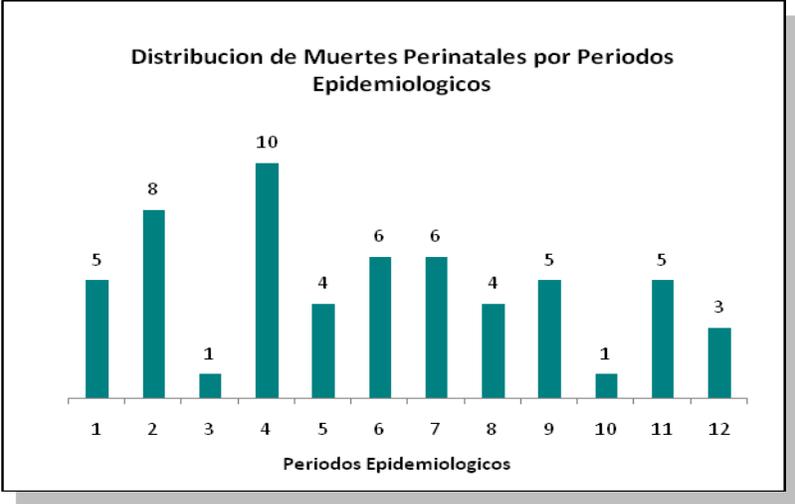
El periodo perinatal tiene una influencia decisiva en la calidad de vida del individuo, en el desarrollo físico, neurológico y mental, condicionando su futuro.

La OMS informa que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil. Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida, de estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurren en países en vías de desarrollo. La mortalidad perinatal se ha mantenido sin cambios en las últimas décadas y ocupa el primer lugar como causa de muerte infantil, por lo que debe ser considerada como problema prioritario de Salud Pública.

En la institución durante el año 2012 se registraron 72 muertes perinatales (mortalidad neonatal precoz) lo que corresponde al 13.4% del total de muertes ocurridas en la institución. La tasa de mortalidad perinatal es de por 16.5 1000 nacidos vivos.

El siguiente análisis se realiza con el 81% de los casos notificados.

El periodo epidemiológico en que más casos se presentaron fue el 4 (10 casos) seguido del 2 (8casos), 6 (6casos). En promedio ocurrieron 4.8 muertes perinatales por periodo epidemiológico



La distribución por edad observada de las madres, refleja la proporción de mujeres en edad fértil, ocurriendo el mayor número de muertes perinatales en mujeres hasta los 29 años de edad.

Las madres de 25 a 29 años aportaron el 32.8% de niños con muertes perinatales, lo cual está relacionado con este grupo, por ser donde se produce mayor número de nacimientos, seguido por el grupo de adolescentes con 22.4%. El promedio de edad materna encontrado fue de 25.7 años.

Las mujeres con más de 40 años aportaron el 6.9% de muertes perinatales

El 31% de las muertes perinatales se presentaron en mujeres con embarazo de 25 – 29 semanas es decir prematuros y el 20.7% con prematuridad extrema. El 5.2% en mujeres con embarazos prolongados.

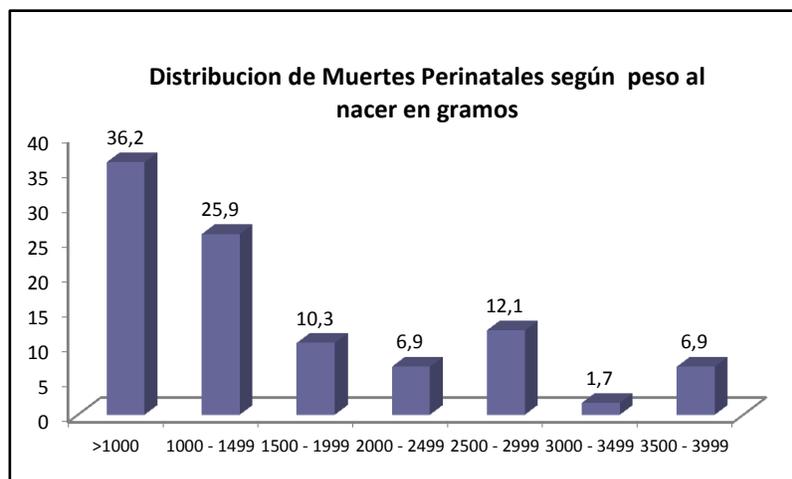
Edad Materna	Edad de Gestación											
	20 - 24 Sem		25 - 29 Sem		30 - 34 Sem		35 -39 Sem		40 - 44 Sem		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 20 años	2	3,4	8	13,8	1	1,7	2	3,4	0	0,0	13	22,4
20 - 24 años	6	10,3	5	8,6	5	8,6	3	5,2	0	0,0	19	32,8
25 - 30 años	3	5,2	2	3,4	3	5,2	3	5,2	1	1,7	12	20,7
31 - 35 años	0	0,0	2	3,4	1	1,7	1	1,7	2	3,4	6	10,3
36 - 40 años	1	1,7	1	1,7	1	1,7	1	1,7	0	0,0	4	6,9
> 40 años	0	0,0	0	0,0	3	5,2	1	1,7	0	0,0	4	6,9
Total	12	20,7	18	31,0	14	24,1	11	19,0	3	5,2	58	100,0

Según el peso al nacer el 36.2% pesaron menos de 1.00 gramos, el peso porcentual va disminuyendo a medida que el peso aumenta, es decir se produjeron más muertes maternas en recién nacidos con bajo peso.

Teniendo en cuenta la edad gestacional las muertes intrauterinas disminuyeron a medida que aumenta la edad gestacional.

Edad Gestacional (Semanas)	Casos	Frecuencia
20 – 24	11	30.56
25 - 29	11	30.56
30 - 34	6	16.6
35 - 39	6	16.6
40 y +	2	5.56
Total	36	100

El peso promedio fue de 1.470 gramos, es decir las muertes perinatales se presentaron en niños de bajo peso. El peso mínimo fue de 500 gramos y el máximo de 3.575 gramos



Existió relación entre bajo peso al nacer y adolescencia, los grupos de edades < 20 años, entre 20 – 24 y 25 – 30 fueron en los que se encontraban los bajos pesos (55.2%).

En cuanto analizamos el peso al nacer y la edad materna se apreció mayor incremento en las adolescentes y menores de 24 años, lo que permite definir la edad materna como un alto riesgo prenatal, esto probablemente debido a que las etapas finales de la diferenciación y maduración sexual se complementan durante la pubertad y adolescencia por lo tanto a esta edad hay inmadurez orgánica de la mujer lo que provoca un niño de peso bajo y con riesgo de morbilidad.

Peso al nacer en gramos	Edad Materna en años													
	< 20		20 - 24		25 - 30		31 - 35		36 - 40		> 40		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 1000	6	10,3	9	15,5	5	8,6	1	1,7	1	1,7	0	0,0	22	37,9
1000 - 1499	5	8,6	4	6,9	2	3,4	1	1,7	2	3,4	0	0,0	14	24,1
1500 - 1999	0	0,0	3	5,2	0	0,0	1	1,7	0	0,0	2	3,4	6	10,3
2000 - 2499	1	1,7	1	1,7	1	1,7	0	0,0	0	0,0	1	1,7	4	6,9
2500 - 2599	1	1,7	2	3,4	2	3,4	1	1,7	1	1,7	0	0,0	7	12,1
3000 - 3499	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
3500 - 4000	0	0,0	0	0,0	2	3,4	2	3,4	0	0,0	0	0,0	4	6,9
Total	13	22,4	19	32,8	13	22,4	6	10,3	4	6,9	3	5,2	58	100,0

El 84.5% (49) de las muertes perinatales se presentaron en recién nacidos preterminos, 15.5% en a término y no se presentaron casos en pos término. El 5.2% (3) de los recién nacidos a término presentaron bajo peso al nacer. De los recién nacidos pretermino 10.3% (6) presentaron peso adecuado.

Se reconoce que la condición orgánica del recién nacido influye fuertemente en la mortalidad perinatal; generalmente se utiliza el peso y la edad gestacional como indicadores para señalar tal condición. El peso bajo al nacer ha sido señalado

como uno de los mejores indicadores para realizar intervenciones neonatales apropiadas. Es el índice más importante dentro de la mortalidad perinatal, representa por lo menos la mitad de todas las muertes perinatales.

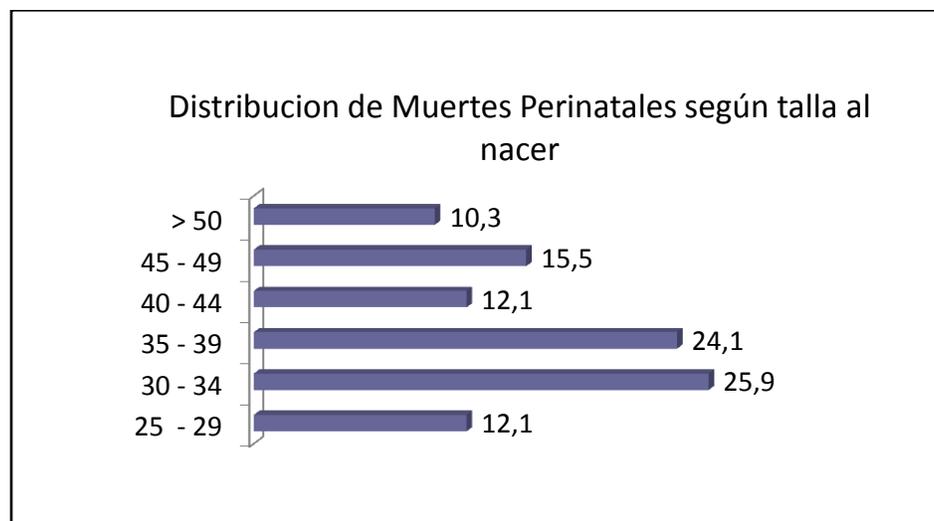
Peso al nacer en gramos	Edad Gestacional en semanas							
	Pretérmino		A Termino		Pos termino		Total	
	< 37 sem		37 - 40 sem		> 40 sem			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 1000	22	37,9	0	0,0	0	0,0	22	37,9
1000 - 1499	14	24,1	0	0,0	0	0,0	14	24,1
1500 - 1999	6	10,3	0	0,0	0	0,0	6	10,3
2000 - 2499	1	1,7	3	5,2	0	0,0	4	6,9
2500 - 2599	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2600 - 2999	5	8,6	2	3,4	0	0,0	7	12,1
3000 -3499	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,7
3500 - 4000	1	1,7	3	5,2	0	0,0	4	6,9
Total	49	84,5	9	15,5	0	0,0	58	100,0

Dentro del parámetro que relaciona peso / edad gestacional, el grupo de riesgo está representado por los pequeños para la edad gestacional. Los informes de los países desarrollados indican que un tercio de los niños con pesos menores a 2 500g son desnutridos intraútero; mientras que, en los países en vías de desarrollo, éstos representan los dos tercios. Este problema es la segunda causa de muerte perinatal después de la prematuridad.

Las muertes perinatales se encontraron relacionadas con recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos en el 77.8% (28casos)

Peso en gramos	Casos	Frecuencia
< 1000	16	44.44
1000 - 1499	6	16.67
1500 - 1999	3	8.33
2000 - 2499	3	8.33
2500 - 2999	6	16.67
3000 - 3499	0	0
3500 - 4000	2	5.56
Total	36	100

El 25.9% presentaron tallas entre 30 – 34 cms, seguidas por 35 – 39 cms (24.1%), la talla promedio fue de 38 cms, el minimo 25 cms y el maximo 52 cms.



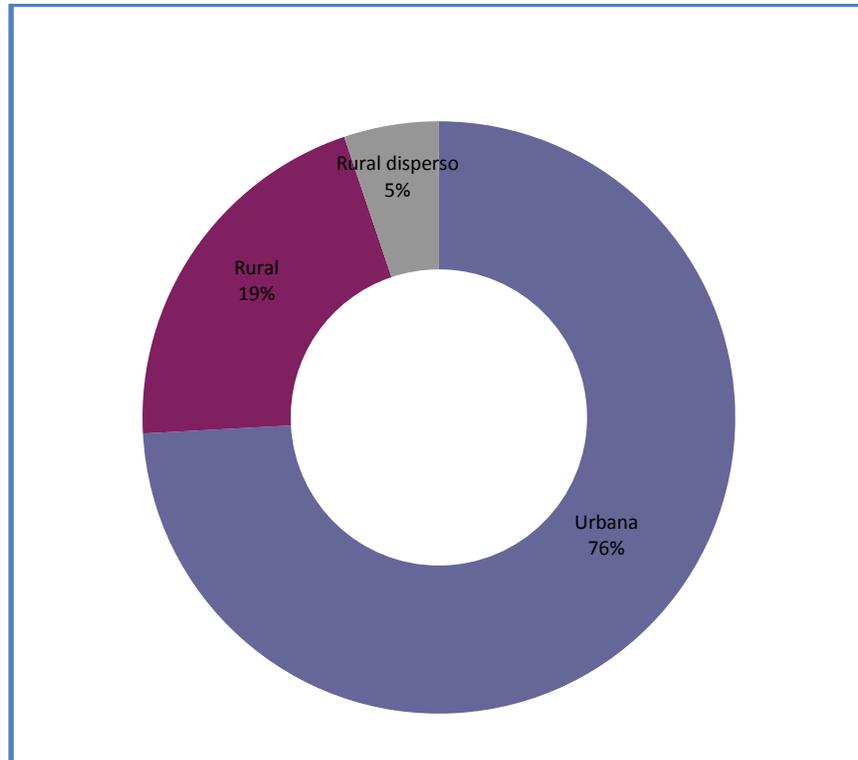
De acuerdo con la procedencia de los casos, el provenian del departamento y el 1.7% de otro departamento , la mayoría (58.1%) de las embarazadas procedian de

Valledupar. El 6.45% fueron remitidas de Bosconia y 4.84% de Chiriguana y Codazzi respectivamente.

Distribucion de las Muertes Perinatales según Procedencia

<i>Municipio</i>	<i>Casos</i>	<i>Frecuencia</i>
Becerril	1	1,61
Bosconia	4	6,45
Chimichagua	2	3,23
Chiriguana	3	4,84
Codazzi	3	4,84
El Copey	2	3,23
El Paso	2	3,23
La Paz	2	3,23
Pailitas	1	1,61
Palmira	1	1,61
Pelaya	1	1,61
Valledupar	36	58,06

El 76% proceden del area urbana, 19% del area rural, lo que facilita en cuanto a traslado la atencion de las pacientes



En el 34.5% (20) de los casos era el primer embarazo, 29.3% tenían un embarazo previo, 25.86% tenían entre 3 y 6 embarazos y 10.34% tenían 7 y más embarazos.

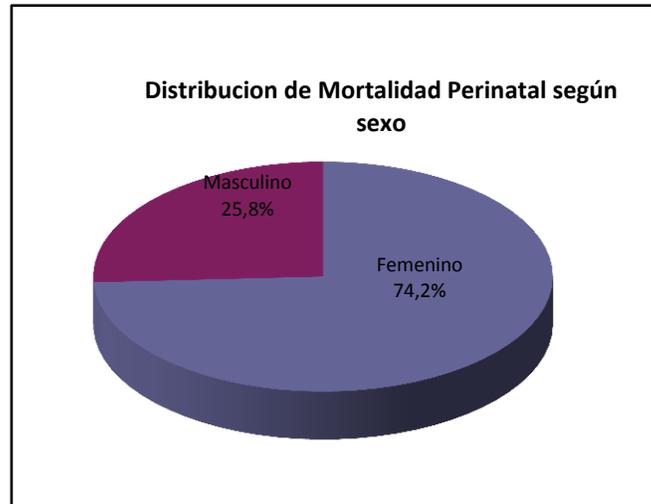
El grupo de riesgo está representado por las grandes multíparas, porque con mayor frecuencia se asocian a madres desnutridas, fatigadas, muchas veces con embarazos no deseados y con un desgaste físico en relación a gestantes que no son grandes multíparas.

NUMERO DE EMBARAZOS	CASOS	FRECUENCIA
1	20	34.48
2	17	29.31
3	7	14.07
4	4	6.90
5	2	3.45
6	2	3.45
7	1	1.72
8	1	1.72
9	1	1.72
10	1	1.72
11	2	3.45
TOTAL	58	100.00

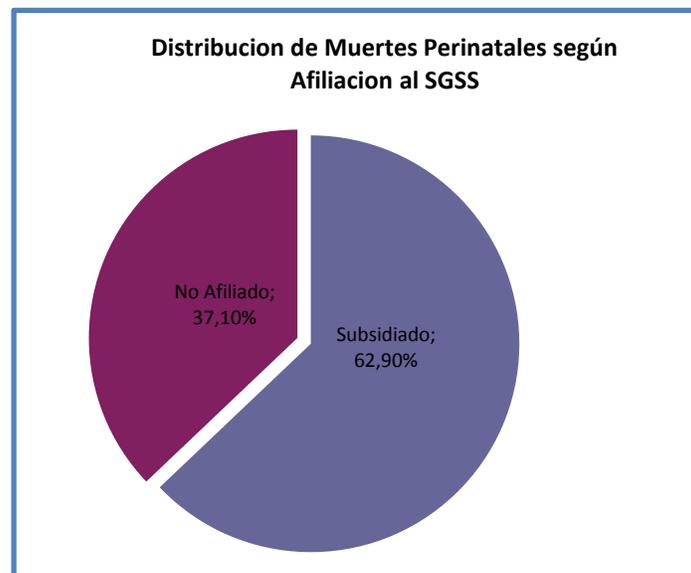
En cuanto al tipo de parto al 51.7% se les practico cesarea, no existe una relacion significativa en cuanto al tipo de atencion de parto y muerte perinatal, solo se observa que el mayor grupo de maternas con partos intervenidos fue el de 20 – 24 años esto debido a que es el grupo con mas casos reportados. El porcentaje de cesareas realizadas aumento en las maternas con mas de 35 años de edad de acuerdo con lo esperado.

Edad Materna	Tipo de Parto					
	Eutócico		Cesárea		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 20 años	7	12,07	6	10,34	13	22,41
20 - 24 años	7	12,07	12	20,69	19	32,76
25 - 30 años	7	12,07	6	10,34	13	22,41
31 - 35 años	5	8,62	1	1,72	6	10,34
36 - 40 años	1	1,72	3	5,17	4	6,90
> 40 años	1	1,72	2	3,45	3	5,17
Total	28	48,28	30	51,72	58	100,00

Con respecto al sexo de los recién nacidos el 74.2% fueron femeninos.



De acuerdo al sistema de afiliación al sistema de seguridad social el 62.9% (39) tenían algún tipo de afiliación



El 20.5% de las maternas se encontraban afiliadas a Solsalud, 15.4% a Comfacor, 12.8 % a Caprecom y Asociacion Barrios Unidos del Quibdo respectivamente.

<i>EPS</i>	<i>Casos</i>	<i>Frecuencia</i>
Comfacor	6	15,38
Caprecom	5	12,82
Solsalud	8	20,51
Salud Vida	3	7,69
Emdisalud	3	7,69
Coosalud	3	7,69
Asmet Salud	3	7,69
BUQ	5	12,82
Comparta	1	2,56
Dusakawi	2	5,13

La falta de control prenatal, es un factor grave de riesgo, pues la madre llegará en busca de asistencia tardíamente en el curso del parto, sin conocerse nada de ella, sin exámenes auxiliares, sin historia clínica, afectada en algunos casos con enfermedades intercurrentes, con complicaciones del embarazo ya establecida, distocias en marcha, etc. Todo lo cual puede ya definitivamente haber ocasionado daño irreparable al feto y a la misma gestante. Se encontró que el 50% (29) de los casos de mortalidad perinatal se presentaron en gestantes que no acudieron al control prenatal, 14.3% (8) de las madres asistieron a menos de 3 controles.

Número de controles prenatales	Casos	Frecuencia
0	29	50
1 - 3	8	13.8
4 - 7	20	34.5
> De 7	1	1.7

La condición del recién nacido se evalúa por el puntaje de Ápgar al minuto y a los 5 minutos, se encontró que solo el 10.3% (6) presento apgar al minuto por encima de 7.

Valores	Apgar 1 Min	Apgar 5 Min
0	36	36
1 - 4	9	4
5 - 9	13	17

Entre las complicaciones del actual embarazo se encontró la preclampsia en el 8.6% (8%) de los casos.

Complicaciones maternas	Casos	Frecuencia
Preclampsia	5	8.62
Eclampsia	2	3.44
Hemorragia 3 trimestre	2	3.44
Síndrome HELLP	1	1.72
NIC III	1	1.72
Síndrome Ictérico	1	1.72
Acretismo Placentario	1	1.72
Sin Complicaciones	45	77.58
Total	58	100

Según las causas de muerte se encontró como primera causa la mortalidad intrauterina en un 62% (36); segunda causa la prematuridad 10.34% (6).

Causas de Mortalidad	Casos	Frecuencia
Muerte Intrauterina	36	62.06
Prematurez	6	10.34
Sepsis Neonatal	6	10.34
Insuficiencia Respiratoria del recién nacido	5	8.62
Hipoxia Neonatal	2	3.44
Hemorragia Intracraneal	1	1.72
Hemorragia Pulmonar	1	1.72
Malformaciones Congénitas	1	1.72
Total	58	100

7.3 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

RECIEN NACIDOS VIVOS

En el hospital durante el año 2012 se registraron 4.308 nacidos vivos, según datos obtenidos de los registros de nacidos vivos diligenciados en el servicio de maternidad, es decir el 23.7% del total de nacimientos vivos en el departamento y 51.4% del municipio. El presente análisis corresponde al 100% de los recién nacidos.

El 52.7% (2.270) de los recién nacidos vivos eran de sexo masculino.

SEXO	CASOS	FRECUENCIA
Masculino	2.270	52.7
Femenino	2.038	47.3
TOTAL	4.308	100

Según el régimen de afiliación al Sistema de Seguridad Social, el 92.3% (3.976) de las madres de los recién nacidos estaban afiliadas a algún tipo de EPS.

REGIMEN DE AFILIACION	CASOS	FRECUENCIA
Subsidiado	3.888	90.25
Contributivo	88	2.04
Vinculados	332	7.71
TOTAL	4.308	100

Al 81.6% de las madres se les practico cesárea, por presentar alguna complicación en el embarazo o en el parto. Las causas más frecuentes de cesárea fueron la eclampsia, preclampsia, doble circular de cordón, parto estacionario, desproporción céfalo pélvica, ruptura prematura de membranas.

<i>Tipo de Parto</i>	CASOS	FRECUENCIA
Cesárea	3.514	81.6
Espontáneo	794	18.4
TOTAL	4.308	100

De las variables maternas estudiadas, la media de edad fue de 24 años, con un rango de edad comprendido entre 13 y 44 años.

Según el análisis por grupo etáreo, el 35,4% presentaron edades menores a los 20 años, 57.2% entre los 20 y 34 años y 7.4% igual o mayor a 35 años.

De los 4308 recién nacidos, el 75.9% se clasificaron como recién nacidos a término para la edad gestacional, 23.8% como pretérmino y 0.3% como postérmino.

El peso promedio de los recién nacidos fue de 3058 gramos. El 12.2% presentó un peso al nacer menor de 2500 gramos

Respecto a la relación entre las variables cualitativas, se observó una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el peso al nacer, evidenciándose un mayor número de recién nacidos con bajo peso en el grupo de madres con edades extremas (mayores de 35 años).

GRUPO ETAREO	<2.500 gramos	>2.500 gramos	TOTAL
< 20 años	157	1370	1527
20 – 34 años	239	2224	2463
>35 años	48	270	318
TOTAL	444	3864	4.308

Se evidenció una relación estadísticamente significativa entre la edad gestacional y el peso al nacer. El 32.3% de los recién nacidos pretérmino presentó un peso inferior a 2500 gramos, mientras que únicamente el 5.7% de los recién nacidos de término presentó bajo peso al nacer.

EDAD GESTACIONAL	<2.500 gramos	>2.500 gramos	TOTAL
Termino	146	2.539	2685
Pretérmino	296	199	495
Postérmino	0	1128	1128
TOTAL	442	3520	4.308

El 10.3% (444) presentaron un peso por debajo de 2.500 gramos. Con un promedio de 2.101 gramos

PESO	CASOS	FRECUENCIA	PROMEDIO
<1000 GRAMOS	15	0.48	711
1000 – 1500 GRAMOS	35	1.01	1.292
1501 – 2000 GRAMOS	86	1.55	1.814
2001 – 2500 GRAMOS	33	7.47	2.314
2501 – 3000 GRAMOS	1343	31.84	2.795
3001 – 3500 GRAMOS	1748	38.88	3.232
3501 – 4000 GRAMOS	665	15.91	3.696
>4000 GRAMOS	103	2.81	4.229
TOTAL	4.308	100	3.074

El bajo peso de nacimiento puede atribuirse a un periodo reducido de gestación, lo cual constituye la prematuridad, o a un retardo en la tasa de crecimiento intrauterino, lo cual da origen a un lactante pequeño para la edad gestacional.

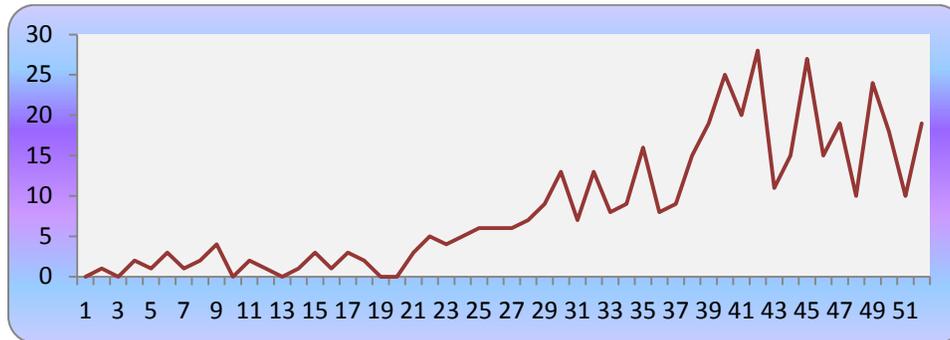
La mayoría de los bebés prematuros, que nacen antes del final de la 37 semana de gestación tienen bajo peso. La mayor parte de las reservas de nutrientes en el feto se depositan durante los últimos meses del embarazo; por consiguiente, el lactante prematuro comienza una vida en un **estado** nutricional desfavorable. También nacen bebés pequeños para la edad gestacional, aunque con todas las **funciones** orgánicas bien desarrolladas. Su bajo peso se debe en parte a la interrupción o desaceleración del crecimiento en el útero.

Se ha considerado que los niños nacidos con un peso inferior a 2.500 gramos presentan riesgos de mortalidad 14 veces mayor durante el primer año de vida en comparación con los niños con un peso normal a término.

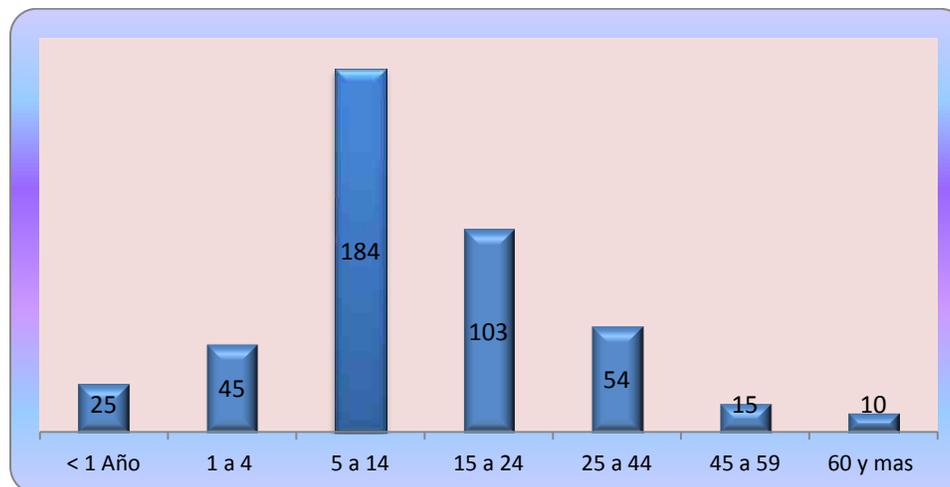
DENGUE Y DENGUE GRAVE

El año 2012 presentó un comportamiento epidémico en todo el país, el hospital atendió 670 casos de dengue de los cuales se confirmaron 436 (65%)

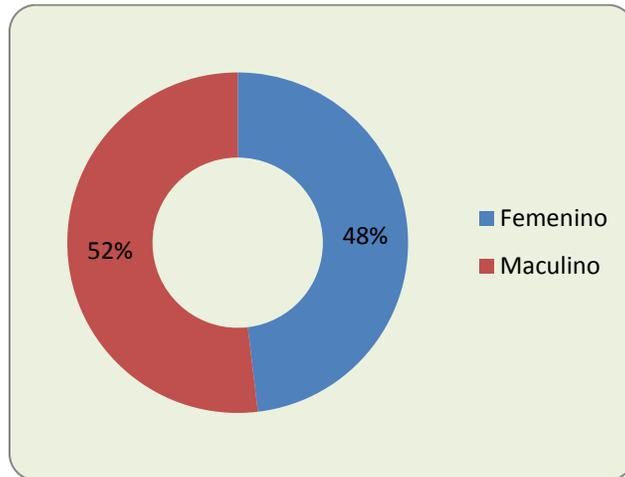
El gráfico nos señala que a partir de la semana 20 el comportamiento del evento pasó de alerta a epidemia franca hasta finalizar el periodo.



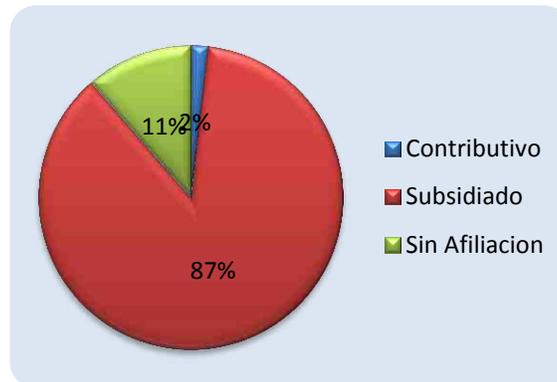
El grupo de edad donde más casos se presentaron fue el de 5 a 14 años, seguido del 15 a 24, es decir niños, adolescentes y adultos jóvenes. La edad mínima fue de 5 meses y la máxima de 83 años. El promedio de edad fue de 15 años.



El 52% de los casos se presentó en mujeres, demostrando que no existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto al sexo para la presentación del evento.



Según la afiliación al sistema de seguridad social el 87% se presentó en el régimen subsidiado, comportamiento esperado si tenemos en cuenta que la atención en la institución está dirigida a este tipo de usuarios.



El 70.5% de los casos procedían del Municipio de Valledupar. De otros municipios del departamento consultaron el 29.8% y de otros departamentos el 1.05%.

Municipio	Casos	Frecuencia
Valledupar	466	70,50
La Paz	32	4,84
Codazzi	31	4,69
San Diego	31	4,69
Manaure	31	4,69
Chiriguana	12	1,82
La Jagua de Ibirico	9	1,36
Pueblo Bello	12	1,82
Curumani	6	0,91
El Paso	6	0,91
El Copey	5	0,76
Aguachica	1	0,15
Bosconia	4	0,61
Astrea	4	0,61
Becerril	3	0,45
Pailitas	3	0,45
Tamalameque	3	0,45
Chimichagua	1	0,15
Gamarra	1	0,15
La Gloria	1	0,15
Pelaya	1	0,15
Otros Departamentos	7	1,06

Las EPS que más casos aportaron al evento fueron Caprecom, Salud Vida, Solsalud, Barrios Unidos del Quibdó, Cajacopi

EPS	Casos	Frecuencia
Caprecom	85	12,69
Salud Vida	73	10,90
Solsalud	63	9,40
Barrios Unidos del Quibdó	58	8,66
Cajacopi	53	7,91
Coosalud	45	6,72
Comparta	43	6,42
Dusakawi	42	6,27
Comfacor	40	5,97
Asmet Salud	31	4,63
Emdisalud	24	3,58
Coomeva	10	1,49
Saludcoop	5	0,75

En la institución no se presentaron casos de mortalidad por dengue en el año 2012

VIGILANCIA CENTINELA DE IRAG

En el departamento del Cesar el INS selecciono para realizar vigilancia centinela de casos de Infección Respiratoria Grave a esta institución.

Para efectos de realizar la vigilancia centinela de la infección respiratoria aguda grave se define a la IRAG como aquella infección respiratoria que puede tener origen viral y/o bacteriano y que para su manejo requiere tratamiento intrahospitalario. En caso de no ser manejado de forma adecuada y oportuna con frecuencia puede conducir a la muerte.

El cuadro clínico incluye instauración inferior a 14 días con: fiebre mayor de 38°C, dificultad respiratoria, tos, hipoxia, compromiso sistémico (letargia, convulsiones, falla ventilatoria); dependiendo de la severidad del cuadro.

Durante el año 2012 se tomaron 237 muestras con un cumplimiento del 91.2%, de las cuales se aislaron parainfluenza 3, adenovirus y sincitial respiratorio.

INTENTO DE SUICIDIO

El suicidio es uno de los problemas psicosociales que se presentan en todos los grupos y sociedades, incrementando el número de muertes trágicas y con grandes trastornos emocionales para las familias.

Es considerado un problema difícil de analizar, en donde la angustia, el sufrimiento y la confusión llevan al individuo a elegir la muerte, afectando la salud mental de la comunidad a través de la huella que deja en los sobrevivientes.

De acuerdo con informes de la Organización Mundial de la salud (OMS), más de medio millón de personas mueren por esta causa cada año. De éstas, ocho de cada diez, antes de consumar el suicidio, lo han intentado sin éxito.

Durante el año 2012 se notificaron al SIVIGILA 76 casos de intentos de suicidios.

El 60.5% (46) de los casos eran de sexo femenino. El promedio de edad fue de 25 años, el mínimo es de 10 años y el máximo de 84 años.

Grupos de edad	Casos	Frecuencia
10 – 15 años	17	22.4
16 – 20 años	25	32.9
21 a 25 años	25	32.9
26 – 30 años	7	9.2
31 – 35 años	3	3.9
36 – 40 años	2	2.6
41 – 45 años	1	1.3
46 – 50 años	3	3.9
51 – 55 años	1	1.3
61 – 65 años	1	1.3
66 – 70 años	1	1.3
71 – 75 años	2	2.6
76 – 80 años	1	1.3
81 a 85 años	1	1.3
TOTAL	76	100

El 88.2%(67) de los casos se presentaron en menores de 25 años.

El 67.1%(51) de los eventos notificados procedían del Municipio de Valledupar, seguidos de los municipios de Codazzi, El Copey, Manaure, El Paso y Pueblo Bello.

Municipio	Casos	Frecuencia
Valledupar	51	67.1
Codazzi	5	6.6
El Copey	5	6.6
Manaure	5	6.6
El Paso	3	3.9
Pueblo Bello	3	3.9
Curumani	1	1.3
Becerril	1	1.3
Bosconia	1	1.3
La Paz	1	1.3
La Jagua	1	1.3
San Diego	1	1.3
TOTAL	76	100

El 50%(36) eran estudiantes y el 31% (23) amas de casa.

Con relación a la afiliación al Sistema de Seguridad Social, el 70%(53) pertenecían al régimen subsidiado, 1.3 (1) al contributivo y el 29%(22) no tenían ningún tipo de vinculación.

El método más frecuentemente utilizado fue la autointoxicación medicamentosa, que se presentaba en el 95% de los pacientes que habían realizado un intento de suicidio, seguido de ahorcamiento (2.63%).

VIH - SIDA

En la institución se diagnosticaron 85 casos nuevos (incidencia) de VIH – SIDA.

El promedio de edad de los pacientes fue de 38 años de edad, la edad mínima es de 5 años y la máxima de 74 años. El grupo de edad que más casos presentó fue el de 26 a 35 años.

GRUPO DE EDAD	CASOS	FRECUENCIA
5 – 15 AÑOS	3	3.5
16 – 25 AÑOS	12	15.0
26 – 35 AÑOS	26	30.6
36 – 45 AÑOS	19	22.3
46 – 55 AÑOS	11	13.0
56 – 65 AÑOS	12	14.1
66 – 75 AÑOS	2	2.3

El 76.5% (65) eran de sexo femenino, el 80%(70) proceden del área urbana. El 83.5%(71) de los casos pertenecían del régimen subsidiado.

El 70.6%(60) residían en el Municipio de Valledupar, 4.7% de El Copey, 3.5% en Aguachica y 3.5% en La Paz. Se presentaron 3 casos procedentes de otros municipios (Antioquia, Boyacá y Guajira)

MUNICIPIO	CASOS	FRECUENCIA
Valledupar	60	70.6
El Copey	4	4.7
Aguachica	3	3.5
La Paz	3	3.5
Codazzi	2	2.3
Bosconia	2	2.3
La Gloria	2	2.3
Becerril	1	1.2

Chimichagua	1	1.2
Chiriguana	1	1.2
El Paso	1	1.2
Tamalameque	1	1.2
San Alberto	1	1.2

Con relación a la ocupación el 23.5%(20) realizaban oficios varios, el 20%(17) amas de casa y el 8.2 (7) estudiantes. No existió una relación estadísticamente significativa entre el evento y la ocupación.

En el 96.4% (82) el mecanismo de transmisión fue heterosexual, 1.2%(1) perinatal y 2.4(2) homosexual

EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA

EVENTOS	CASOS
Dengue	436
Vigilancia Centinela IRAG	237
Leptospirosis	85
VIH-SIDA (incidencia)	85
Intento Suicidio	76
Mortalidad perinatal	72
Accidente Ofídico	68
Bajo peso al nacer	64

Tuberculosis Pulmonar	48
Intoxicación por sustancias químicas	34
Sífilis Congénita	32
Intoxicación por fármacos	18
Intoxicación por plaguicidas	16
Intoxicación por sustancias psicoactivas	16
Chagas	15
VCM,VIF,VSX	15
Malaria Vivax	11
Anomalías Congénitas	11
Tuberculosis Extrapulmonar	9
Mortalidad por IRA	8
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	8
Lesiones por pólvora	7
Mortalidad Materna	7
Varicela individual	4
Intoxicación Por Alimentos	3
Leishmaniasis cutánea	2
Lepra	2
Tuberculosis MDR	2
Tétano accidental	2
Mortalidad por EDA	2

Intoxicación por solventes	1
Sífilis Gestacional	1
Mortalidad por dengue	1
Leucemia Aguda pediátrica linfoide	1
Mortalidad por desnutrición	1
Parálisis Flácida Aguda	1
TOTAL	1.776

8. SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y CONTROL A LA GESTION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Dando finalización a nuestro Plan de Desarrollo “PIENSA EN TU SALUD 2013-2016” se complementará las evaluaciones periódicas con las correspondientes presentaciones que se deben hacer ante los diferentes entes de control, la frecuencia establecida por la Resolución No.743 de 2013 por la Junta Directiva del Hospital ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ E.S.E, y Comunidad a través de Audiencias Públicas.

El monitoreo de seguimiento y evaluación del Plan se realizará bajo la dirección de la gerencia y el equipo de apoyo de la dirección incluido el departamento de calidad y planeación institucional; se reitera avanzar en las herramientas para lograr la implementación de mecanismos de información válidos, confiables, sensibles, lo cual lograremos con el despliegue de nuestras estrategias. Igualmente, los indicadores tanto de gestión y operativos serán instrumentos de aplicación para lograr periódicamente dar comparación con la metas trazadas en cada uno de los planes de acción definidos.

Acorde con las evaluaciones y seguimiento, se tomarán las medidas correspondientes y ajustes para lograr de manera eficiente el logro de los objetivos estratégicos trazados, y así poder obtener favorabilidad de puntajes en el indicador respectivo del Plan de Gestión Gerencial probado mediante Acta de Junta 0183 de 2013 y el presente Plan de Desarrollo Institucional.

Cuadro: Resumen del Planteamiento Prospectivo del Plan de Desarrollo Institucional PIENSA EN TU SALUD 2013-2016”

PROSPECTIVA	OBJETIVOS	ESTRETEGIAS
PRIMERA: FORTALECIMIENTO GERENCIAL	Construir un modelo de gestión que permita avanzar en los lineamientos para el mejoramiento de la calidad institucional.	Fortalecer el departamento de calidad institucional, para cumplir con los procesos de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención,
		Fortalecer el programa de docencia servicio, que propenda por el liderazgo de la educación continua al talento humano de la institución para el fortalecimiento de sus competencias.
		Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento para evaluar el cumplimiento de las acciones de mejora propuestas.
		Establecer Planes Operativos Anuales (POA) por servicios para seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional y Gerencial.
		Fortalecer el sistema de información institucional, incluye: <ul style="list-style-type: none"> •Página Web. • Avanzar en la fase de democracia en línea • Actualización del Sistema de Información Institucional Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH) • Mejorar en la oportunidad de la atención al usuario, fortaleciendo el Call Center: • Mejoramiento de la comunicación interna aplicando estrategias como Correos Institucionales: • Cumplir con los requerimientos de las Redes Sociales. • Mejorar la oportunidad del envío de la información y consolidación Informes Reglamentarios. <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el Sistema de Información y Atención al Usuario –SIAU.
SEGUNDA: FORTALECIMIENTO FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO	Lograr posicionamiento, reflejado en productividad y rentabilidad social y económica	Actualización del sistema de información integral DINÁMICA GERENCIAL y adquisición de nuevos módulos (historias clínicas, etc).

PROSPECTIVA	OBJETIVOS	ESTRETEGIAS
	Alcanzar la Autosostenibilidad financiera, apoyados en la autonomía como Empresa Social del Estado.	<p>Desarrollar los proyectos de inversión que permitan incrementar la producción y disminuir el gasto, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dotación de equipo con tecnología de punta para el servicio UCI ADULTO y NEONATAL. • Creación, dotación de equipos médicos y muebles hospitalarios de la UCI PEDIÁTRICA. • Dotación de equipos médicos y muebles hospitalarios para el servicio de URGENCIA. • Dotación quirófano adicional para cirugía de maternidad. • Adquisición de un intensificador de imágenes • Proyecto Creación de la UNIDAD CARDIOLÓGICA INSTITUCIONAL • Primera fase proceso de GESTIÓN DOCUMENTAL ley 594 de 2000. • Proyecto de remodelación y dotación de la Unidad Mental. • Avanzar en la modernización del servicio farmacéutico y del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU). • Puesta en marcha de la Unidad Oncológica de la E.S.E.
TERCERA: FORTALECIMIENTO DE LA GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL	Brindar campos de investigación, adiestramiento y formación a estudiantes de pregrado en las áreas afines a la E.S.E.	Fortalecer la gestión de la contratación asistencial en las especialidades de obligatoriedad en la presencialidad, para garantizar una atención oportuna y criterios de calidad, con énfasis en las áreas básicas de la mediana complejidad.
		Fortalecer la auditoría concurrente para la revisión exhaustiva de la aplicación de guías y/o protocolos de atención clínicas basadas en las evidencias.
		Innovar con un sistema de información que permita registrar la historia clínica en línea.
	Lograr consolidar equipo humano motivado y competente para el servicio Lograr un grado de satisfacción constante en el usuario externo e interno mayor del 90% en el periodo	Dotar de un sistema de archivo de historias clínicas que permita garantizar la custodia y seguimiento de las historias clínicas institucionales conforme a la normatividad vigente.
		Propender por realizar todos y cada uno de los comités interinstitucionales que garanticen el seguimiento y cumplimiento de las normas establecidas en casos de enfermedades de notificación obligatoria y demás comités reglamentarios
		Propender por la certificación como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia, como un ejercicio positivo para el empoderamiento del talento humano y articular los esfuerzos en la acreditación en salud.
		Fortalecer los servicios de apoyo nutricional, tales como: Banco de Leche Humana, Centro de Recuperación Nutricional.
		Innovar con el servicio y/o programa Madres Canguro, para mejorar la tasa de morbilidad y mortalidad en la población neonatal del departamento, que afecta directamente la tasa de mortalidad en menores de un año de vida.

PROSPECTIVA	OBJETIVOS	ESTRETEGIAS
		<p>Asumir el servicio de vacunación institucional como parte de la atención integral a la primera infancia.</p> <p>Se priorizará la inversión en equipos médicos y de apoyo para la prestación de servicios en especial las áreas: Unidad de Cuidados intensivos, área de cirugía, servicio de urgencias, servicio de salud mental, servicio de hospitalización y consulta externa.</p>



9. METAS

INSTITUCIONALES

9.1 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

- **ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE**

Dirigido a la disminución de la población con hambre, al establecimiento de políticas para mejorar los ingresos de los ciudadanos la consecución de empleo y trabajo digno para todos, incluyendo mujeres y jóvenes.

Meta ODM: Porcentaje de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal.

Metas producto Plan Institucional “Piensa en tu salud 2013-2016

- ✓ Contribuir a la puesta en marcha del Banco de Leche Humana
- ✓ Cumplir el código internacional de sucedáneos
- ✓ Atención integral a 600 niños y niñas menores de 5 años para mejorar su insuficiencia ponderal

- **REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL**

Disminuir en dos terceras partes, la mortalidad en niños y niñas menores de cinco años.

Meta ODM: Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, tasa de mortalidad infantil.

Metas producto Plan Institucional “Piensa en tu salud 2013-2016

- ✓ Disminuir en el periodo el 10% de las muertes perinatales y menores de 5 años de edad con la aplicación de las estrategias anotadas.

- **MEJORAR LA SALUD MATERNA**

Reducir en tres cuartas partes, la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

Meta ODM: Tasa de mortalidad materna, porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado.

Metas producto Plan Institucional “Piensa en tu salud 2013-2016

- ✓ Reducir en un 80% en el periodo la mortalidad materna.
- ✓ Implementar el programa de morbilidad materna extrema.
- ✓ Garantizar en el periodo el 98% de los partos institucionales atendidos por el personal de la salud especializado.

- **COBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES**

Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015. La propagación del VIH/SIDA.

Meta ODM: Prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de 15 a 24 años.

Metas producto Plan Institucional “Piensa en tu salud 2013-2016

- ✓ Cumplir el protocolo de atención para la detección de casos de VIH/SIDA en toda mujer embarazada entre 14 y 25 años que acuda a la institución.
- ✓ Evitar en 0.02% la transmisión vertical del VIH en atención del parto.
- ✓ Evitar 0.02% la transmisión vertical por VIH en niños hijos de madres donantes de leche materna.

9.2 ARTICULACIÓN CON EL PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL “PROSPERIDAD A SALVO 2012-2015”

- **SALUD SIN FORNTERAS**

La salud está concebida como un derecho fundamental de la población, que obliga entre otras cosas, a cumplir un compromiso de control y vigilancia sobre el sistema.

Meta Producto Planes Territoriales: Dotar e implementar en infraestructura tecnológica las 28 ESE del Departamento para mejorar los Sistemas de Información en Salud.

Meta producto Plan Institucional “Piensa en tu salud 2013-2016: El hospital Rosario Pumarejo de López E.S.E. hará parte del proceso de dotación e implementará la plataforma en infraestructura tecnológica que ofrece el departamento del Cesar-Gobernación del Cesar, para mejorar el Sistema de Información Institucional de acuerdo al nivel en tecnologías que presente al hospital y permita optimizar sus productos en tecnología dado el momento de la presentación del proyecto por el departamento.

- **DE FRENTE CON LA POBREZA**

Primera infancia, niñez, adolescentes y jóvenes “Por Siempre a Salvo”. Realizar acciones afirmativas para impulsar la garantía de los derechos de la primera infancia, niñez, adolescentes y jóvenes.

Aumentar las acciones que garanticen la atención integral a los niños y niñas de la primera infancia.

Meta ODM: Lograr, anualmente que 3.500 niños y niñas menores de seis meses de edad, reciba lactancia materna exclusiva.

Metas producto Plan Institucional “Piensa en tu salud 2013-2016

- ✓ Disponer del funcionamiento del Banco de Leche Humana, (proyecto iniciado en el 2009) para fortalecimiento de la leche materna.
- ✓ Crear la red local de donantes de leche materna liderada por el Banco de Leche Humana.
- ✓ Crear y dotar el servicio programa madre canguro para atención de prematuros y bajo peso al nacer.
- ✓ Gestionar la certificación del Hospital como “Institución Amiga de la Madre y la Infancia –IAMI-“, estrategia de la Organización Mundial de la Salud para cumplir los 10 pasos para una lactancia materna feliz.
- ✓ Garantizar cobertura de promover lactancia materna exclusiva en 1.400 niños y niñas prematuros y bajos de peso al nacer en el periodo y hagan parte del programa madre canguro.
- ✓ Garantizar cobertura de promover consejería en lactancia materna exclusiva en 8.000 niños y niñas menores de seis meses que nazcan a término en el cuatrienio o permanezcan hospitalizados en la institución, salvo requerimientos de salud del menor diferentes.
- ✓ Implementar la estrategia AIEPI CLINICO para menores de 5 años.

Meta ODM: Brindar atención integral a 2.700 niños y niñas menores de cinco años en los Centros de Recuperación Nutricional de la Primera Infancia.

Meta producto Plan Institucional “Piensa en tu salud 2013-2016:
Atender mínimo 600 niños y niñas desnutridos crónicos durante el cuatrienio en el centro de recuperación nutricional del hospital.

Meta ODM: Vacunar anualmente a 22.212 niños y niñas menores de un año, con todos los biológicos del esquema PAI.

Metas producto Plan Institucional “Piensa en tu salud 2013-2016

4

- ✓ Crear el servicio de vacunación institucional según lineamientos del PAI Nacional.
- ✓ Garantizar anualmente la vacunación de 2.400 niños y niñas con la primovacuna de BCG, lactancia materna y primera dosis de Hepatitis B a niñas y niños que nazcan en la institución.

Meta ODM: Educar anualmente a 14.000 familias en prácticas saludables.

Metas producto Plan Institucional “Piensa en tu salud 2013-2016

- ✓ Implementar la estrategia AIEPI CLINICO para menores de 5 años de edad.
- ✓ Socializar a 600 familias prácticas saludables alimentarias en lactancia materna y alimentación complementaria.