

PLAN DE DESARROLLO 2020 · 2024

!Luchando por tu salud!

Luis Francisco R.
Gerente

JUNTA DIRECTIVA

ARNULFO GASCA TRUJILLO

Presidente de la Junta Directiva HMI

LILIBET JOHANA GALVAN MOSHEYOFF

Secretaria de Salud Departamental

EDUARDO BASTOS CARVAJAL

Sector Científico Interno

JOSUE ARIAS RUEDA

Comité Usuarios

CONTENIDO

	pág.
1. PRESENTACION	11
2. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN	12
3. ALCANCE	16
4. OBJETIVOS	16
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
CAPÍTULO I. PLATAFORMA ESTRATÉGICA.....	¡Error! Marcador no definido.
1.1 MISION.....	18
1.2 VISION.....	18
1.3 VALORES	18
1.4 PRINCIPIOS.....	19
1.5 POLITICAS INSTITUCIONALES.....	19
1.6 MAPA DE PROCESOS	21
1.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	22
1.8 MODELO DE ATENCION.....	23
CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE LA EMPRESA, SU POBLACIÓN Y ENTORNO	¡Error! Marcador no definido.
2.1 CAPACIDAD INSTALADA	25
2.2 PERFIL EPIDEMIOLOGICO	26
2.2.1 Caracterización de territorio.....	26
2.2.1.1 Aspectos Generales del Departamento.....	26
2.2.1.2 Medio Natural Fisiografía	27
2.2.1.3 Grupos poblacionales vulnerables atendidos	28
2.2.1.3.1 Víctimas.....	28
2.2.1.3.2 Indígenas.....	28
2.2.1.3.3 Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera (NARP).....	31
2.2.1.3.4 Población Gitana o Rrom.....	32
2.2.1.3.5 Población LGTBI.....	32
2.2.1.3.6 Discapacidad.....	32

2.2.1.4 Actividad Económica.....	34
2.2.1.4.1 Transporte y movilidad.....	34
2.2.1.4.2 Actividad Productiva.	34
2.2.1.5 Electrificación	35
2.2.1.6 Contexto Demográfico	36
2.2.1.6.1 Población.....	36
2.2.1.6.2 Natalidad	38
2.2.1.6.3 Prematuridad.....	40
2.2.1.6.4 Bajo Peso al Nacer.	42
2.3 ASEGURAMIENTO.....	43
2.3.1 Régimen Subsidiado	43
2.3.2 Régimen Contributivo	44
2.4 ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES	45
2.4.1 Mortalidad.....	45
2.4.1.1 Indicadores de mortalidad por eventos de interés en salud pública	48
2.4.1.1.1 Mortalidad Materna.....	48
2.4.1.1.2 Mortalidad Perinatal.....	48
2.4.1.1.3 Mortalidad Por Enfermedad Diarreica Aguda.	50
2.4.1.1.4 Mortalidad Por Infección Respiratoria Aguda En Menor De 5 Años.	50
2.4.1.1.5 Mortalidad Infantil.....	50
2.4.1.1.6 Eventos De Interés En Salud Pública.....	51
2.4.1.2 Análisis de la Morbilidad	55
2.5 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.....	60
2.6 INDICADORES HOSPITALARIOS Y DE GESTION.....	61
2.7 SITUACION FINANCIERA.....	62

CAPÍTULO III. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO ¡Error! Marcador no definido.

3.1 ANALISIS EXTRATEGICO.....	68
3.1.1 Factores Externos (Oportunidades y Amenazas)- MEFE	70
3.1.2 Factores Internos (Fortalezas Y Debilidades)-MEFI.....	72
3.2 ESTRATEGIAS	78
3.2.1 Estrategias FO (MAXIMIZAR – MAXI)	78
3.2.2 Estrategias DO (MINIMIZAR – MAXI).....	79
3.2.3 Estrategias FA (MIXIMIZAR – MINIMIZAR)	79
3.2.4 Estrategias DA (MINIMIZAR – MINIMIZAR).....	80

CAPÍTULO IV. OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS ¡Error! Marcador no definido.

4.1 MAPA ESTRATEGICO	83
4.2 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	85
4.2.1 Perspectiva financiera	85
4.2.2 Perspectiva cliente	86
4.2.3 Perspectiva procesos internos	89
4.2.4 Perspectiva responsabilidad social y corporativa	90
4.2.5 Perspectiva aprendizaje y desarrollo.....	91

CAPÍTULO V. PROYECTOS 2020-2024 ¡Error! Marcador no definido.

5.1 EVALUACIÓN DEL ESTADO DE INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA ESE.....	95
5.1.1 Capacidad Proyectada del HDMI Consulta externa.....	95
5.1.2 Urgencias medianas y alta complejidad.....	96
5.1.3 Unidad obstetricia.....	96
5.1.4 Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.....	97
5.1.5 Internación	97
5.1.6 Quirúrgicos	98
5.2 PROYECCION FINANCIERA Y FUENTES DE FINANCIACION 2020-2024	99

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Mapa de Procesos Hospital María Inmaculada E.S.E.....	21
Figura 2. Organigrama Hospital María Inmaculada E.S.E.	22
Figura 3. Modelo de atención y servicio Hospital María Inmaculada E.S.E.	23
Figura 4. División Político - Administrativa del Caquetá	26
Figura 5. Análisis estratégico HMI	68
Figura 6. Mapa estratégico del HMI ESE	83

LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfica 1. Distribución por edad de los grupos indígenas en el Departamento del Caquetá. Censo DANE 2018.....	31
Gráfica 2. Cobertura energía eléctrica en el departamento del Caquetá.....	36
Gráfica 3. Población por sexo y grupo de edad del Departamento del Caquetá, 2019.....	37
Gráfica 4. Distribución de número de nacimientos por edad de la madre en el HDMI ESE (2017 – 2019).....	39
Gráfica 5. Distribución de número de nacimientos en HDMI E.S.E por vía del parto (2017 a 2019).....	39
Gráfica 6. Distribución de número de nacimientos prematuros en el hospital María Inmaculada año 2017 - 2019.....	40
Gráfica 7. Distribución de número de nacimientos prematuros en el hospital María Inmaculada por semanas de gestación año 2018 - 2019.....	41
Gráfica 8. Distribución de número de nacimientos prematuros por EPS en el hospital María Inmaculada año 2019.....	41
Gráfica 9. Distribución de número de nacimientos prematuros por sitio de residencia HDMI ESE año 2018 a 2019.....	42
Gráfica 10. Distribución de número de afiliados al régimen subsidiado por EPS a mayo de 2020.....	44
Gráfica 11. Distribución de número de afiliados al régimen subsidiado EPS ASMET SALUD a mayo de 2020.....	44
Gráfica 12. Distribución de número de afiliados al régimen contributivo por municipios a Mayo de 2020.....	45
Gráfica 13. Distribución de la mortalidad por sexo y grupo de edad HDMI ESE año 2019.....	46
Gráfica 14. Distribución de los principales eventos de interés en salud pública reportados en el Hospital Departamental María Inmaculada ESE, año 2019.....	51
Gráfica 15. Distribución de los casos de Dengue por grupo municipio de procedencia HDMI ESE, año 2019.....	52
Gráfica 16. Distribución de la procedencia de los casos de dengue por grupo etéreo HDMI ESE, año 2019.....	52

Gráfica 17. Distribución de casos de VS e Intrafamiliar de casos por modalidad de la violencia HDMI ESE, año 2019.....	53
Gráfica 18. Distribución de casos de violencia sexual por grupo etáreo. HDMI ESE, año 2019.....	53
Gráfica 19. Distribución de los casos de intento de suicidio por sitio de residencia HDMI ESE, año 2019.	53
Gráfica 20. Distribución de los casos de intento de suicidio por grupo etáreo y genero HDMI ESE, año 2019.	54
Gráfica 21. Distribución de los casos de intento de suicidio por causa desencadenante. HDMI ESE, año 2019.....	54
Gráfica 22. Distribución de los casos de desnutrición aguda en menor de 5 años por municipio de procedencia HDMI ESE, año 2019.	55
Gráfica 23. Distribución de la consulta médica ambulatoria HDMI ESE, año 2019.	60
Gráfica 24. Comparativo del número de consulta médica especializada por EAPB. HDMI año 2020	60
Gráfica 25. Matriz de regiones estratégicas	78

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Población víctima del conflicto armado en el Caquetá. Año 2019	28
Tabla 2. Grupos Indígenas por Municipio.	29
Tabla 3. Comunidades Afros por Municipio.	32
Tabla 4. Personas Discapacitadas en el Departamento de Caquetá.....	33
Tabla 5. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros Departamento del Caquetá.	34
Tabla 6. Relación de cultivos	35
Tabla 7. Distribución porcentual de población Departamento del Caquetá año 2019.	36
Tabla 8. Distribución de la población del Caquetá por Municipio y área de residencia.....	36
Tabla 9. Distribución de nacimientos en el Hospital Departamental María Inmaculada ESE por municipio de residencia años 2017 a 2019.	38
Tabla 10. Distribución de partos atendidos por EPS en el Hospital Departamental María Inmaculada ESE año 2018-2019	38
Tabla 11. Mortalidad por sexo y grupo etáreo HDMI ESE año 2019	45
Tabla 12. Mortalidad por grandes causas y grupo etéreos HDMI ESE año 2019.	47
Tabla 13. Distribución de la mortalidad perinatal por periodos perinatales en el Hospital Departamental María Inmaculada ESE, año 2020.	49
Tabla 14. Causas de Egreso Hospitalario por grupo de enfermedades HDMI E.S.E. Año 2019.....	56
Tabla 15. Morbilidad por Grupos etáreo /Grupo: Menores de 1 año.....	56
Tabla 16. Morbilidad por Grupos etáreo/Grupo: de 1 a 4 años de edad	57
Tabla 17. Morbilidad por Grupos etáreo Grupo: de 5 a 14 años.....	57
Tabla 18. Morbilidad por Grupos etáreo Grupo: de 15 a 44 años.....	58
Tabla 19. Morbilidad por Grupos etáreo Grupo: de 45 a 64 años.....	59
Tabla 20. Morbilidad por Grupos etáreo Grupo: mayores de 65 años	59
Tabla 21. Producción de Servicios	61
Tabla 22. Indicadores Resolución 256 de 2016	62

Tabla 23. Egresos Hospitalarios	62
Tabla 24. Ingresos Recocidos (miles de pesos)	63
Tabla 25. Ingresos Recaudados (miles de pesos)	63
Tabla 26. Recaudo / vs Reconocimiento	63
Tabla 27. Gastos comprometidos	64
Tabla 28. Indicador Equilibrio y eficiencia	64
Tabla 29. Cartera	64
Tabla 30. Prioridades en salud- Plan de Desarrollo del Caquetá “Pacto Social por el Desarrollo de Nuestra Región” 2020-2023.....	64
Tabla 31. Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia. Pacto por la Equidad” Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos	65
Tabla 32. Factores Externos / Oportunidades	70
Tabla 33. Factores Externos / Amenazas.....	70
Tabla 34. Consolidado por factores y porcentaje de participación	71
Tabla 35. Ponderado MEFE.....	72
Tabla 36. Factores Internos/Fortalezas	73
Tabla 37. Factores Internos/Debilidades.....	74
Tabla 38. Ponderado de factores internos	77
Tabla 39. Ponderado MEFI.....	77

1. PRESENTACION

El presente documento contiene el Plan de Desarrollo 2020-2024 del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, el cual incorpora el contexto interno y externo, el marco estratégico, los objetivos, programas, proyectos y el plan de gestión 2020-2024, aprobado por la Junta Directiva mediante acuerdo No.0007 del 19 de mayo de 2020, plan que muestra una clara alineación entre los requerimientos normativos y contiene los indicadores que medirán el nivel de cumplimiento de los compromisos contraídos por la administración en procura de mejorar la calidad del servicio y las condiciones de infraestructura para que el Hospital Departamental María Inmaculada ESE, emerja como una institución pública integral de salud, centrada en el paciente y su familia, referente en calidad y seguridad del paciente, competitiva, líder en modelos de atención y gestora de conocimiento e innovación.

El Plan de Desarrollo, se articula con las políticas públicas y con los planes de desarrollo del orden Nacional, "Pacto por Colombia, pacto por la Equidad" el cual establece como premisa fundamental salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible para todos y del orden Departamental "Pacto Social por el Desarrollo de Nuestra Región".

Para el Hospital como Institución pública de segundo nivel de complejidad, centro de referencia del Departamento de Caquetá, este documento se convierte en el instrumento formal a través del cual, se definen los objetivos y lineamientos estratégicos formulados por el Gerente de la Institución y su Equipo de trabajo, facilitando la integración de esfuerzos para procurar el cumplimiento de las metas, por los siguientes 4 años.

Los primeros dos capítulos se refieren a la plataforma estratégica análisis de la empresa, su entorno y su población, los capítulos 3 y 4 se encuentra el contextos interno y externo del Hospital, incluyendo la metodología, objetivos y estrategias, Finalmente, en el capítulo 5 establece los proyectos estratégicos y las fuentes de financiación definidos en el plan de desarrollo 2020-2024.

2. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN

El Hospital Departamental María Inmaculada inicio su vida pública en 1941, cuando el entonces presidente de la República de Colombia, Dr. Eduardo Santos Montejo sancionó la ley 148 cuyo objetivo central era incentivar la colonización en la región sur del país y organizar una campaña sanitaria en las márgenes del Rio Orteguzza y sus afluentes. Como soporte a este propósito ordenó la construcción del hospital asignando 60000 pesos. A las religiosas de la comunidad Siervas del Santísimo y de la Caridad les correspondió sentar las bases para iniciar su funcionamiento.

Cabe anotar que, en sus ochenta años de existencia, ha sido sometido a múltiples transformaciones, ha sorteado momentos difíciles como el hecho de haber enfrentado exitosamente epidemias como la del paludismo en 1970. Hoy, el Hospital Departamental María Inmaculada (HDMI), como Empresa Social del Estado, de mediana complejidad, ha puesto su desarrollo al servicio del bienestar y la salud de los Caqueteños. Es referencia en la región y ha asumido el difícil compromiso social de ofrecer servicios de alta calidad en salud a la población de este departamento rico en diversidad biológica, centro de múltiples conflictos sociales, variedad étnica y población dispersa con índices de necesidades básicas insatisfechas por debajo de la media Nacional. A lo anterior se le suma la responsabilidad de apoyar en lo correspondiente a los procesos de reinserción que se gestan en la región.

En estas condiciones el HDMI, tiene que actuar para ayudar a transformar el Departamento, enfrentar las problemáticas en salud y proponer soluciones alternas. Estos son elementos que deben incorporarse necesariamente al Plan de Desarrollo del HDMI, para brindar mejores servicios e impactar positivamente en los indicadores de Salud.

El Plan de Desarrollo para el HDMI, en lo internacional, debe tener como referencia la declaración del milenio de las Naciones Unidas contribuyendo a los objetivos para reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades, promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer y garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. Las preocupaciones mundiales por el medio ambiente, en particular el calentamiento global y el uso del agua, entre otras y sus incidencias en el Departamento del Caquetá. Estos referentes, sin duda alguna, aportan una visión más universal y científica de la problemática y, por tanto, orientarán

procesos de mayor impacto científico, social, cultural, político y económico desde la Institucionalidad hospitalaria.

La política pública nacional y sus criterios de calidad en salud, serán la orientación principal en lo Nacional. Además del Plan de Desarrollo y el marco jurídico Nacional también son referentes el Plan de desarrollo del Departamento (Pacto Social por el Desarrollo de Nuestra Región 2020-2023, en su línea salud y protección social, y del municipio de Florencia (Florencia: biodiversa para todos, especialmente en sus programas de Maternidad con calidad y oportunidad, Embarazo adolescente y planificación familiar, Niños y niñas sanos y felices entre otros).

Este Plan de Desarrollo se soportará legalmente en las siguientes normas:

Normatividad	Detalle
Constitución Política de Colombia de 1991	Especialmente los artículos 339 al 344
Ley 100/1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
Ley 152/1994	Por la cual se establece la ley orgánica del Plan de Desarrollo.
Ley 715/2001	Por medio de la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias en los entes territoriales. Art. 42,43 y 44
Ley 1122/2007	Modifica el sistema general de seguridad social en salud.
Ley 1438/2011	Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud.
Plan Decenal	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
Ley 1751/2015	Ley Estatutaria de Salud, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
Ley 1797/2016	Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud.
Decreto 780/2016	Decreto único reglamentario del sector salud y protección social.
Resolución 3100/2019	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud
Ley 1955/2019	Por la cual se expide el Plan de Desarrollo Nacional Pacto por Colombia pacto por la equidad.
Ordenanza No. 008 del 29/05/2020.	Plan de Desarrollo Departamental

En cumplimiento de la normatividad vigente el HDMI, continuará con el proceso de Acreditación Institucional. Este proceso es una oportunidad valiosa para posicionar el Hospital, reafirmar su compromiso misional en una región, donde sus habitantes demandan más y mejores servicios de salud. Ello implica un liderazgo

regional, articulado al desarrollo sostenible del Departamento y comprometido con la paz, la equidad y la salud de calidad.

En este marco de contextualización, entonces, también se han tenido en cuenta las siguientes referencias para la formulación de este Plan de Desarrollo: En el orden nacional, merecen especial atención los siguientes hechos:

- La decisión del Estado Colombiano de hacer parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Ello le impone al sector de la salud en Colombia, el reto de desarrollar los más altos estándares de calidad para colocarse al nivel de las 32 economías más avanzadas del mundo.
- El Plan de Desarrollo Nacional 2018-2022 Pacto por Colombia pacto por la equidad. Particularmente en lo referente al “Pacto por la equidad, Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos”, en sus dos primeros objetivos: Lograr la satisfacción del usuario brindándole mayor calidad y oportunidad en la atención y dotar con talento humano e infraestructura en salud a las regiones del país de acuerdo a sus necesidades.
- La implementación del Acuerdo de paz con las FARC que, sin duda, tiene en el Caquetá y la Amazonia Colombiana uno de sus principales epicentros históricos, dando origen a los OCAD paz, obras PDET (Programas de desarrollo con enfoque territorial) y obras por impuestos.
- La presencia de la patología COVID-19, que ha impactado radicalmente todos los sectores de las sociedades en el mundo, alterando sus perspectivas y visión de futuro sin duda alguna obliga el desarrollo de nuevas formas de actuar, vivir y ver la condición humana.

Finalmente, hay que decir que este Plan de Desarrollo debe centrar su interés en una mirada de futuro: ser un hospital de alta complejidad, para hacer realidad esta intencionalidad debe orientar sus esfuerzos al fortalecimiento de las actividades misionales con el fin de alcanzar los estándares de calidad.

Para este fin debiera emprender algunas acciones específicas, entre otras:

Además de incorporar modernos procesos técnicos y administrativos; afianzar la mejora continua de sus procesos y mejorar el compromiso institucional.

Fortalecer la presencia Institucional en la región. Ganar el reconocimiento social es fundamental. Consolidar la relación hospital - Sociedad regional, es una forma de cumplir con su función transformadora adquirida como empresa social del estado. Se hace necesario la formulación de proyectos y el desarrollo de programas que transfieran a la sociedad regional beneficios en salud, medio ambiente, responsabilidad social, que mejoren su bienestar y contribuyan a mejorar el nivel de vida de los habitantes del Departamento del Caquetá.

3. ALCANCE

El presente documento está articulado con los diferentes planes del sector Salud del nivel Nacional, Departamental y Municipal. A partir de estos, el HDMI formula su Plan de Desarrollo 2020-2024, así como los programas y proyectos que materializan las estrategias, con las cuales se busca garantizar el cumplimiento de las metas propuestas.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la Planeación estratégica, como herramienta de gestión que permite establecer el camino que debe recorrer el Hospital Departamental María Inmaculada ESE, con el fin de alcanzar las metas previstas, para el periodo 2020-2024.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer los lineamientos que integran la plataforma estratégica, cuyo propósito es alinear el comportamiento de los colaboradores del HDMI hacia un horizonte y visión compartida.
- Fijar los Objetivos Estratégicos, con el fin de alcanzar la Visión del HDMI.
- Socializar y Divulgar el Plan de Desarrollo 2020-2024, a todas las partes interesadas (talento humano, usuarios y sus familias, sociedad, junta directiva, proveedores y entes de control).
- Establecer los mecanismos de valoración y cuantificación que permitan medir el grado de cumplimiento de la Plataforma Estratégica.
- Estructurar y describir cada uno de los componentes de la plataforma estratégica, a fin de cumplir la visión institucional.

Capítulo I

Plataforma Estratégica

Luis Francisco R.
Gerente

!Luchando por tu salud!

PLATAFORMA ESTRATÉGICA

1.1 MISION

Somos un Hospital Departamental, que presta servicios de salud **seguros y humanizados**, con **estabilidad financiera, responsabilidad social**; centrados en el usuario y su familia, contribuyendo a su salud y bienestar.

1.2 VISION

En el año 2030, Seremos una Empresa Social del Estado, de alta complejidad, líder en atención **segura y humanizada**; orientado a la **responsabilidad social, basados en el desarrollo sostenible, ambiental y financiero**.

1.3 VALORES

HONESTIDAD: Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

RESPECTO: Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

COMPROMISO: Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

DILIGENCIA: Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

JUSTICIA: Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

1.4 PRINCIPIOS

El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, como empresa social del estado se rige por la Constitución Política y las leyes de Colombia y la normatividad interna, y orienta su actividad al cumplimiento de la misión y objetivos del hospital, así como a la concreción de su plan de desarrollo. Para estos propósitos tiene en cuenta los siguientes principios:

VOCACION DE SERVICIOS: Tenemos la mejor disposición para servir, brindando una atención generosa, amable y efectiva, con el interés legítimo de dar soluciones reales a los usuarios y sus familias.

PROTEJER LOS BIENES INSTITUCIONALES: En ejercicio de la ética de lo público y en el entendido que los bienes públicos son sagrados, todos los funcionarios sin excepción velarán por la protección de los bienes del HDMI.

USO RESPONSABLE DE LA COMUNICACIÓN: se hará uso responsable de la información institucional, aplicando la reglamentación y utilizando los canales y medios establecidos por el hospital para tal fin.

HUMANIZACION: Trabajamos por un trato humano y valoramos la participación de la familia en el proceso de salud y enfermedad de nuestro paciente.

1.5 POLITICAS INSTITUCIONALES

Dentro de las más importantes tenemos la política del SIGC la cual integra los objetivos del sistema de gestión de la calidad, gestión ambiental, salud y seguridad en el trabajo y los programas de administración del riesgo y seguridad del paciente, establecida así:

1. Política del Sistema Integrado de Gestión

“El Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E se compromete a mejorar continuamente los procesos del sistema integrado de gestión, cumplir los requisitos y promover una atención en salud segura y humanizada, a través de la identificación de peligros y riesgos, valoración y determinación de acciones para controlar los que impacten en la satisfacción de las partes interesadas.

Así mismo complementan el direccionamiento estratégico de la entidad, las siguientes políticas:

2. Política pública de participación social en salud.
3. Seguridad de la información, lineamientos de uso y manejo.
4. Tratamiento protección de datos de los titulares HDMI.
5. Política de la Humanización.
6. Plan estratégico de seguridad vial.
7. Política para la implementación y desarrollo de la Estrategia Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMI.
8. Sistema de gestión documental.
9. Prevención de consumo de alcohol, tabaco y drogas.
10. Políticas contables.
11. Política de comunicaciones.
12. Política de control y austeridad en el gasto.

1.6 MAPA DE PROCESOS

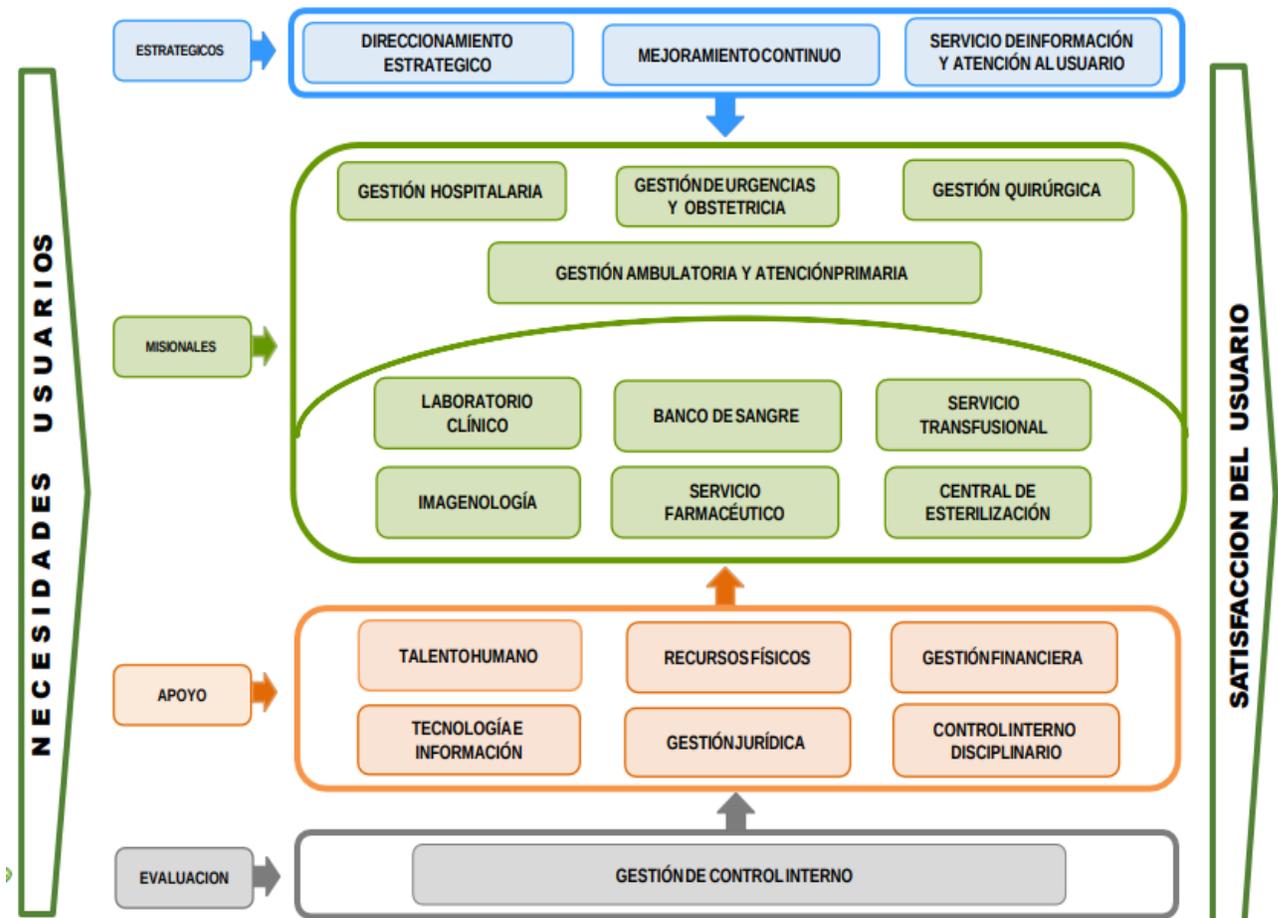


Figura 1. Mapa de Procesos Hospital María Inmaculada E.S.E.

La gestión basada en procesos es uno de los 8 principios de la gestión de la calidad. Su importancia radica en que los resultados se alcanzan con más eficiencia cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, inicialmente en su creación como empresa, estableció una gestión funcional, esto es, se trabaja en áreas con una definición clara de la jerarquía y se concentra la atención en el resultado de las actividades de cada persona o cada oficina. Al implementar el sistema integrado de gestión de calidad, adoptó un enfoque de gestión por procesos, no se elimina la estructura de dependencias de la organización, pero se concentra la atención en el resultado de cada proceso, el mejoramiento continuo y en la manera en que éstos aportan valor al cliente

1.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

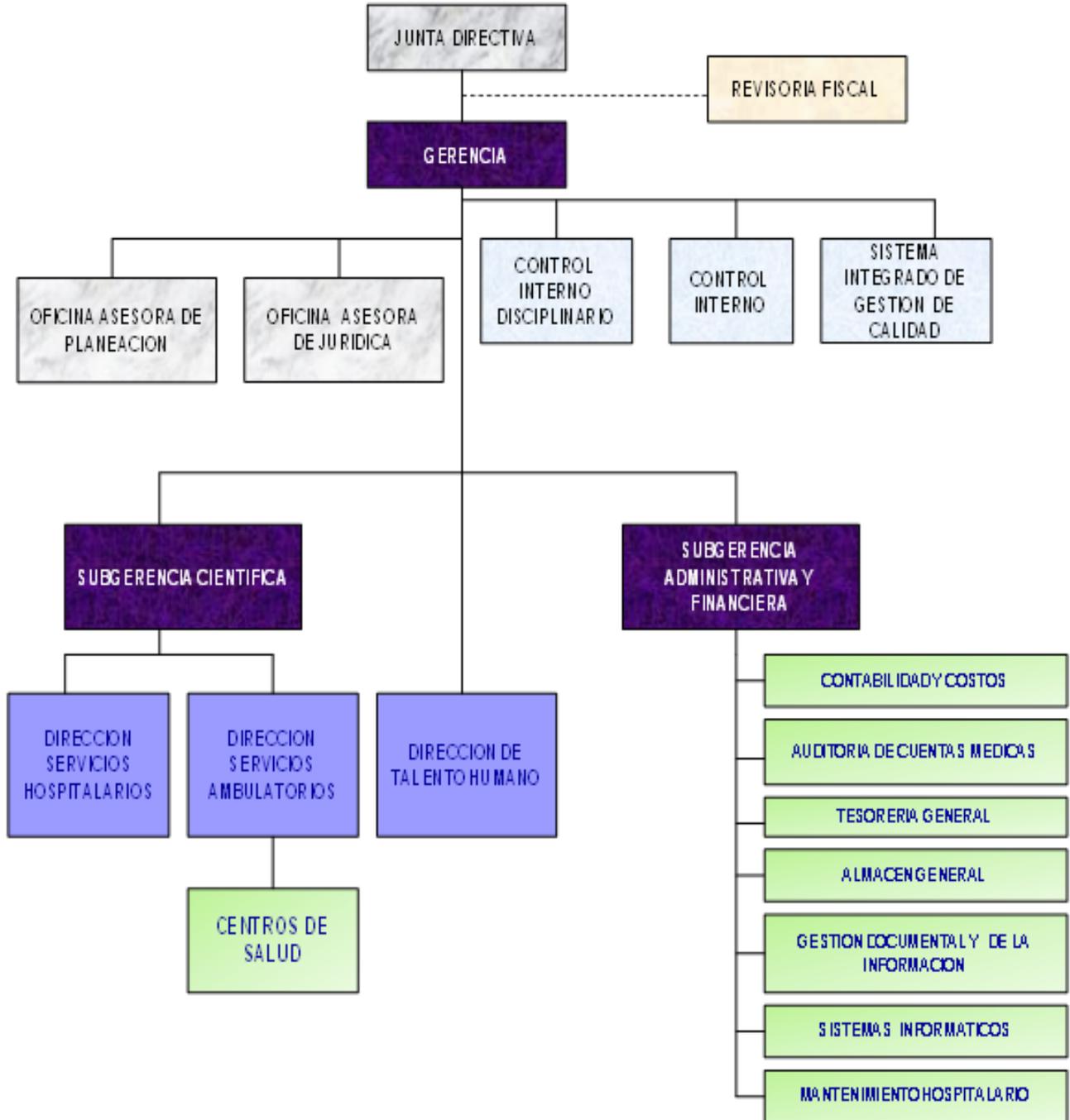


Figura 2. Organigrama Hospital María Inmaculada E.S.E.

1.8 MODELO DE ATENCION

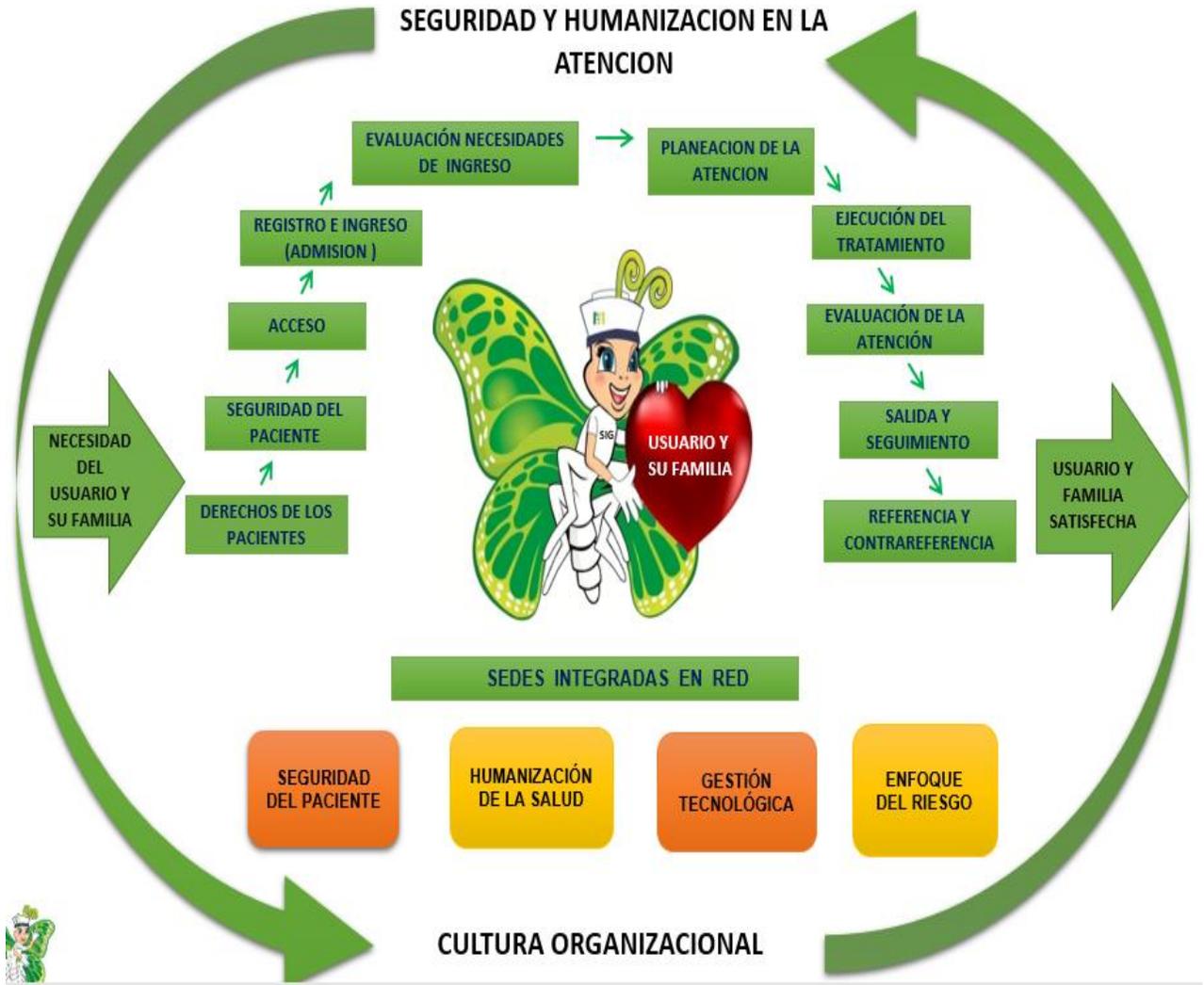


Figura 3. Modelo de atención y servicio Hospital María Inmaculada E.S.E.

Así, mismo cuenta con un modelo de atención, basado en la seguridad y humanización en la atención, con un enfoque claro de seguridad del paciente, humanización de la salud, gestión de tecnologías y gestión del riesgo.



Capítulo II

Análisis de la Empresa, su población y su entorno

Luis Francisco R.
Gerente

!Luchando por tu salud!

2.1 CAPACIDAD INSTALADA

AREA	UNIDAD FUNCIONAL	No.
Hospitalización	Pediatría	30
	Adultos	79
	Obstetricia	10
	Psiquiatría	25
UCIN	Cuidado Intermedio Neonatal	8
	Cuidado básico Neonatal	10
	Cuidado Intensivo Neonatal	7
UCIA	Cuidado Intermedio Adulto (servicio transitorio covid-19)	3
Ambulancia	Básica	2
	Medicalizada	2
Salas	Quirófano	4
	Partos	1
	Procedimientos	1
CENTRO DE SALUD MONTAÑITA-UNIO PENEYA		
Hospitalización	Pediatría	3
	Adultos	2
	Obstetricia	2
Ambulancia	Básica	2
Salas	Partos	2
CENTRO DE SALUD MORELIA		
Hospitalización	Obstetricia	1
Ambulancia	Básica	1
Salas	Partos	1

Fuente. REPS

2.2 PERFIL EPIDEMIOLOGICO

2.2.1 Caracterización de territorio.

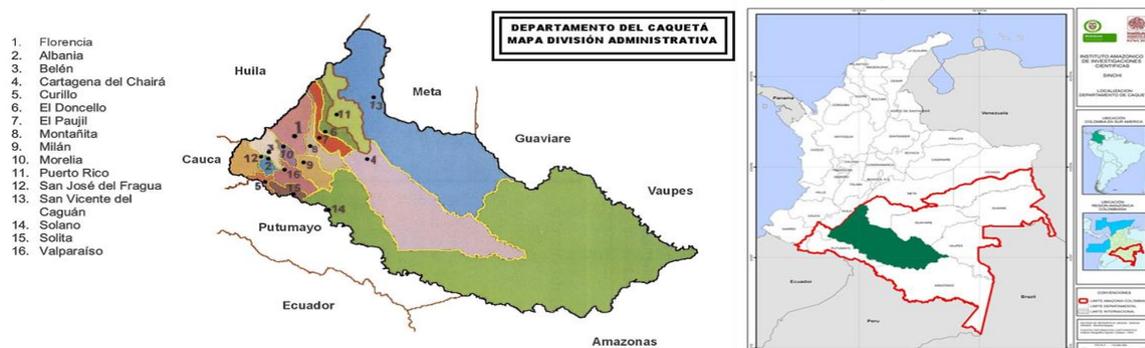
2.2.1.1 Aspectos Generales del Departamento.

El Departamento de Caquetá está situado en el noroeste de la región de la Amazonia; localizado entre los 00°42'17'' de latitud sur y 02°04'13'' de latitud norte y 74°18'39'' y 79°19'35'' de longitud oeste. Cuenta con una superficie de 88.965 km² lo que representa el 7.79 % del territorio nacional. Limita por el Norte con los departamentos del Huila y Meta, por el Este con los departamentos del Guaviare y Vaupés, por el Sur con el río Caquetá que lo separa de los departamentos del Amazonas y Putumayo, y por el Oeste con los departamentos del Cauca y Huila.

- Gentilicio: Caquetenses
- Superficie: 88.965 km² Población: 477.619
- Habitantes (Proyección 2015 DANE 2005)
- Densidad: 5.37 Hab/Km² Capital: Florencia – 172.341 Habitantes (Proyección 2015 DANE 2005).

El departamento del Caquetá está dividido en 16 municipios, 63 inspecciones de policía, así como, numerosos caseríos y sitios poblados. Los municipios están agrupados en 4 círculos notariales, con un total de 5 notarías; un círculo principal de registro con sede en Florencia y una oficina seccional de registro en San Vicente del Caguán; un distrito judicial, Florencia, con cabeceras de circuito judicial en Florencia, Belén de los Andaquíes y Puerto Rico. El departamento conforma la circunscripción electoral del Caquetá.

Figura 4. División Político - Administrativa del Caquetá



Fuente: Secretaria de Planeación-Gobernación de Caquetá –Google mapas Caquetá

2.2.1.2 Medio Natural Fisiografía

El territorio abarca desde el piedemonte andino hasta la serranía del Araracuara en la selva amazónica; se distingue tres unidades fisiográficas bien definidas, el flanco oriental de la cordillera oriental, el piedemonte y la llanura amazónica. La unidad andina ubicada en el noroccidente del Departamento, es de relieve quebrado a ondulado y se caracteriza por sus pendientes pronunciadas con elevaciones hasta los 3.000 metros sobre el nivel del mar; la vegetación predominante es el bosque andino y sub-andino; en las partes bajas se presentan bosques combinados con pastos naturales y agricultura. Entre los accidentes orográficos principales se destacan los cerros Paramillo, Miraflores y la cuchilla de los Picachos.

El piedemonte está conformado por abanicos, terrazas aluviales y colinas resultantes de materiales de acumulación, dando origen a relieves planos y ondulados e incluso quebrados, estos últimos sobre materiales sueltos disecados por las corrientes de agua. En la llanura Amazónica, conformada por las altillanuras donde se encuentran mesetas que predominan en la parte oriental del territorio, como la meseta de Araracuara, las serranías y los montes aislados, que son afloramientos rocosos precámbricos; los procesos erosivos han modelado colinas y terrazas que se localizan en la parte oriental del territorio y a lo largo de los ríos Caquetá, Apaporis y algunos de sus afluentes; de igual forma, se presentan en las partes bajas y planas aluviones y terrazas, especialmente a lo largo de los ríos Caquetá, Apaporis, Yarí y Orteguzza. La vegetación está compuesta por bosque bajo, con presencia de palmas, arbustos y bosques de vegas inundables, vegetación herbácea y al interior del Departamento, bosques altos y densos.

Hidrografía: El sistema hidrográfico del Caquetá es extenso y las corrientes corren en dirección noroeste – sureste al Amazonas por intermedio de los ríos Apaporis y Caquetá, además se destacan los ríos Caguán, Orteguzza, Yarí, Cabuya; Cuemaní, Mesay, Peneya, Pescado y Sinsuya.

Clima: El comportamiento de las lluvias determina tres áreas pluviométricas de noroeste a sureste; la primera, la más lluviosa, comprende la parte cordillerana, situada por debajo de los 1.500 metros de altura y el piedemonte donde las lluvias son superiores a 4.000 mm anuales, alcanzando un máximo en la precipitación de 5.000 mm entre los 1.000 y 1.300 metros de altura sobre el nivel del mar; la segunda corresponde a la faja intermedia, con volúmenes comprendidos entre los 3.000 y 4.000 mm, y la tercera, la llanura amazónica con promedios inferiores a 3.000 mm. El régimen de lluvias está condicionado por la Zona de Convergencia Intertropical (ZCIT) y los vientos alisios del sureste. La

mayor pluviosidad ocurre en los meses de junio – julio y agosto. Las tierras, en su mayor extensión, están en el piso térmico cálido, y en menor proporción en el piso térmico templado y frío. Comparte con el Departamento del Guaviare el parque nacional natural de Chiribiquete y con el Departamento del Meta, el parque nacional natural Los Picachos.

Temperatura: La temperatura anual promedio es de 28° centígrados y la humedad relativa es alta con cifras cercanas al 80%.

2.2.1.3 Grupos poblacionales vulnerables atendidos

2.2.1.3.1 Víctimas. La población víctima del conflicto armado en el Departamento del Caquetá según la Red Nacional de Información - RNI con corte a 1 de enero de 2020 (cierre 31 de diciembre de 2019) son 232.238 personas, de los cuales el 50,3% corresponde a mujeres, el 49,6% corresponde hombres y el 0,1% corresponde a población LGBTI.

Tabla 1. Población víctima del conflicto armado en el Caquetá. Año 2019

Enfoque Diferencial	0 a 5 años	6 a 11 años	12 a 17 años	18 a 28 años	29 a 60 años	61 años o más	No disponible	Total por grupo
Total mujeres	5384	12463	14655	27312	45526	9841	1552	116733
Total hombres	5611	13295	14655	27311	40346	11245	2915	115378
Total LGBT	2	6	4	28	81	5	1	127
TOTAL POBLACIÓN VÍCTIMA DECLARADA DPTO. CAQUETÁ A 2019	10997	25764	29314	54651	85953	21091	4468	232238

No. de Víctimas del conflicto armado ubicadas	180.325
No personas indígenas VCA	6.564
Nº personas Negras, Afrocolombianas, Palenqueras y Raizal VCA ubicadas	6.306
No. personas ROM – Gitana VCA ubicadas	214
Nº personas no étnicas VCA ubicadas	167.241
No. personas con discapacidad VCA ubicadas	10.615
Víctimas por Desplazamiento	208.810
Total Hechos Victimizantes por Ocurrencia 2016-2019	17.890
Total Hechos Victimizantes por Declaración 2016-2019	17.244
Total Víctimas por desplazamiento forzado Declarados 2016-2019	12.006

Fuente: RNI a 31 diciembre de 2019 – Reporte por Enfoque Diferencial

2.2.1.3.2 Indígenas. Para el departamento del Caquetá, la Corte consideró que la mayoría de los pueblos indígenas (8 pueblos en Caquetá) se encuentran en grave riesgo de extinción física y cultural debido al impacto desmedido generado por el conflicto armado y sus factores subyacentes, sobre esta población y sus territorios.

La categoría de resguardos indígenas se encuentra presentes en 12 de los 16 municipios del departamento, siendo Solano el de mayor extensión con 605.261,37 ha involucrado 117 predios, seguido de San Vicente del Caguán con 13.011,16 ha (11 predios) y Milán con 5207,84 ha (32 predios). En Caquetá se encuentran presentes gran variedad de resguardos, comprendiendo etnias principalmente Witoto, Páez, Coreguaje, Nasa, entre otros. El que ocupa mayor extensión, respecto al área total del municipio, es Solano, pues de 4.231.753,39 ha que tiene en total dicho municipio, 605.261,37 ha corresponden a resguardos indígenas, lo que representa una participación de 14,30 %; seguido por Milán con el 4,23 % y San José de Fragua con el 1,76%.

Según el censo DANE 2018 CNVP el Caquetá tiene 8.825 indígenas, representando el 2.5% de la población total departamental. Donde el 3.7% de los hogares del departamento tienen jefatura indígena.

Tabla 2. Grupos Indígenas por Municipio.

Municipio	Pueblo indígena	Tipo de ocupación territorial	Nombre
ALBANIA	Pijaos	Resguardo	Los Pijaos
BELEN DE LOS ANDAQUIES	Misak		El Agulia
	Nasa	Resguardo	La Esperanza
		Asentamiento urbano	El Manuel
	EmberaChami	Resguardo	La Cerinda
CARTAGENA DEL CHAIRÁ	Embera	Asentamiento urbano	EmberaChamí
EL DONCELLO	Nasa	Asentamiento Urbano	Nasa Cxab
FLORENCIA	Murui-Muinai	Asentamiento Urbano	Jurama
		Asentamiento Urbano	Muidomeni
		Asentamiento Urbano	MonayaBuinaima
	Ko"rebaju	Asentamiento Urbano	Chaibajú
		Asentamiento Urbano	Chosa"aroPai
	EmberaChamí	Resguardo	San Pablo del Pará
		Asentamiento Rural	EmberaDrúa
		Resguardo	Honduras
	Nasa	Asentamiento Rural	La Gaitana
		Asentamiento Urbano	Nasa Uus
		Asentamiento Rural	CxabWala Zum
		Asentamiento Rural	Danubio
	MILAN	Ko"rebaju	Resguardo
Resguardo			Herichá
Resguardo			Jácome
Resguardo			San Luis
Resguardo			Getuchá
Resguardo			Gorgonia
Asentamiento Rural			Kolará
Resguardo			Maticurú
Resguardo			La esperanza
LA MONTAÑITA	Embera	Resguardo	El Cedrito
	Pijao	Asentamiento Rural	Lulumuy
EL PAUJIL	Nasa	Asentamiento Urbano	Uus use
		Asentamiento Urbano	Nasa Beraca
	Pijao	Asentamiento Rural	El triunfo

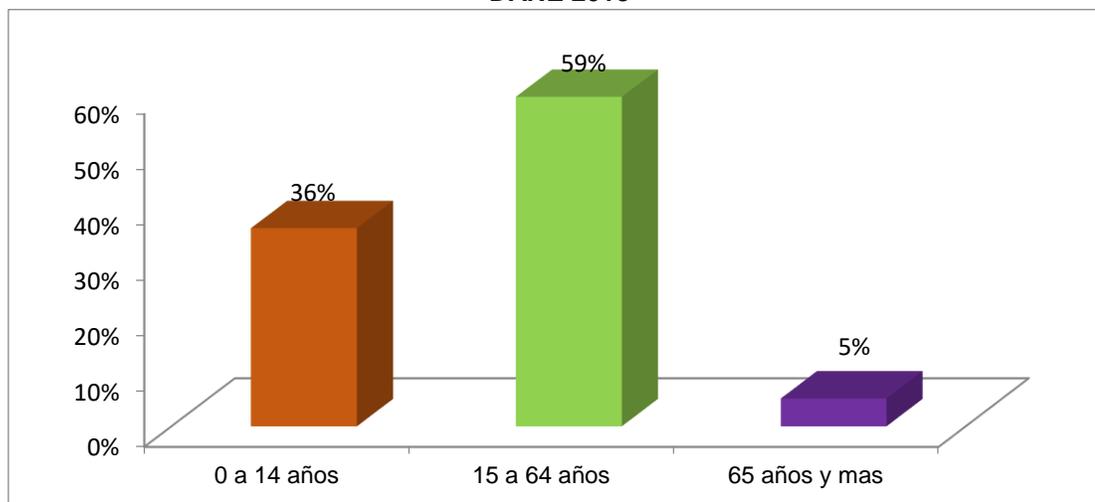
Municipio	Pueblo indígena	Tipo de ocupación territorial	Nombre
PUERTO RICO	Nasa	Asentamiento Rural	Porvenir Estrella
		Asentamiento Urbano	EutoquioTimoté
		Resguardo	Galilea Siberia
		Resguardo	Nasa Kiwe
		Resguardo	SekDxi del Quecal
		Resguardo	Wictacjwe
		Asentamiento Rural	Montebello
		Asentamiento Urbano	Use Yekte
SAN JOSE DEL FRAGUA	Inga	Asentamiento Rural	Calarcá
		Resguardo	Luraiaco
		Resguardo	Brisas
		Resguardo	San Miguel
		Resguardo	San Antonio*
		Resguardo	San Rafael**
	Nasa	Asentamiento Rural	San Gabriel**
	Murui-Muinai	Resguardo	El Portal
SAN VICENTE DEL CAGUAN	Embera	Asentamiento Urbano	La Pradera
		Resguardo	Libertad II
	Nasa	Resguardo	Altamira
		Resguardo	Banderas del Reaibo
		Resguardo	Llanos del Yará – Yaguara II
		Asentamiento Urbano	Juan Tama
	Pijao	Resguardo	Llanos del yará-Yaguara II
		Asentamiento Urbano	Villa Norte
SOLANO	Murui-Muinai	Resguardo	Bajo Aguas Negras
		Resguardo	Uitorá
		Resguardo	Coropoya
		Parcialidad	Ismuina
		Resguardo	El Quince
		Resguardo	Monochoa
		Resguardo	Puerto Sábalo - Los Monos
		Resguardo	Mesai
	Ko'rebajɛ	Resguardo	San Miguel
		Resguardo	Porvenir-Cananguchal
		Resguardo	El Triunfo
		Resguardo	Peñas Rojas
		Resguardo	San José del Cuerdo
		Resguardo	Puerto Naranjo
		Resguardo	El Diamante
		Resguardo	Jericó-Consaya
		Resguardo	Teófila-La Arenosa
		Inga	Resguardo
	Nasa	Resguardo	El Líbano
		Resguardo	Guayabal
Andoque	Resguardo	Aduche	
SOLITA	Inga	Resguardo	Agua Blanca-Cozumbe
VALPARAISO	Nasa	Asentamiento Urbano	Yu"Luucx

Fuente: Profesional Etnias, Salud y Género. SSDC 2018

*Resguardo Inga adscrito al departamento del Cauca con territorio y población en Caquetá.

** Resguardo y asentamiento rural Inga adscritos al departamento del Cauca sin territorio a Caquetá, pero inscritos en San José del Fragua para temas administrativos de carácter etnoeducativo a través de la Asociación TandachiridulInganokuna

Gráfica 1. Distribución por edad de los grupos indígenas en el Departamento del Caquetá. Censo DANE 2018



Según la Política Pública Integral Indígena del Caquetá en el departamento los indígenas se encuentran organizados a través de cabildos (rural, asentamientos urbanos, resguardos, Asociaciones de Cabildos Indígenas, distribuidos en 14 municipios; sin embargo, existen familias indígenas sin procesos organizativos en Morelia y Curillo.

2.2.1.3.3 Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera (NARP). En función de la fenomenología del autorreconocimiento en el marco del CNPV 2018, el DANE establece que el volumen estimado de la población autorreconocida NARP en 2018 es 4.671.160 representando el 9,34% de la población total nacional.

Para el departamento del Caquetá el DANE 2018 reporta un total de 5.087 personas NARP, con un número de 1.982 hogares con jefatura NARP y un tamaño promedio de 2.6 personas, de estos el 72,7% refiere cobertura de acueducto en su vivienda y el 65,7% a alcantarillado y el 36,7% cobertura a gas natural y el 72,6% le realizan recolección de basuras en sus viviendas y solo el 15,1% tienen acceso a internet.

Tabla 3. Comunidades Afros por Municipio.

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	MUNICIPIO
FUNDINE, Fundación para la difusión de la cultura negra.	Currillo
FACURI, Fundación Afrodescendientes del municipio de Currillo Y sur de Colombia.	Currillo
FUNAMU, Fundación afrocolombianos unidos por la cultura y Los derechos humanos	Florencia
ACOLCHOC, Asociación colonia Chocoana del Caquetá	Florencia
ASOFAC, Asociación Afro amazónica	Florencia
Organización Afro Colombiana Luther King, zona urbana	Puerto Rico, zona Urbana
Organización Tío Tom	Puerto Rico, Rio Negro
Organización afrocolombiana construyendo territorio, Corregimiento Rio negro.	Puerto Rico
ANERSAN, Asociación de negritudes de San Vicente del Caguán	San Vicente del Caguán
Niches en acción	Valparaíso
Barack Obama	Solita
Organización comunidades Malcom	Doncello, Rionegro(Siberia)

Fuente: Alcaldías Municipales

2.2.1.3.4 Población Gitana o Rrom. En el censo poblacional realizado por el DANE año 2018 se autorreconocen como gitanos en el Caquetá 21 personas ubicadas en el municipio de Florencia. De las cuales el 100% cuenta con energía eléctrica, acueducto y recolección de basuras, el 75% informa contar con servicio de alcantarillado, el 87.5% posee cobertura de gas natural y solo el 37.5 cuenta con servicio de internet banda ancha.

2.2.1.3.5 Población LGTBI. El país no cuenta con información oficial entre ellas el DANE de la población LGTBI debido principalmente que para el censo DANE 2018 no incluyó preguntas enfocadas en reconocer ni la identidad ni la orientación sexual de la población LGTBI por lo tanto el departamento del Caquetá no cuenta con información estadística poblacional referente a este tipo de población.

2.2.1.3.6 Discapacidad. El Departamento de Caquetá, según el Registro de Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad –RLCPD-, existen 13.575 personas con discapacidad; que corresponde al 2.735% de la población; las personas con discapacidad se enfrentan a barreras de accesibilidad y goce efectivo de sus derechos. Por ello, es un hito para el Departamento avanzar en la inclusión social de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores incidiendo en la agenda de desarrollo humano, social, económico, cultural y política del Departamento, en el marco de los derechos humanos y la justicia social.

Tabla 4. Personas Discapacitadas en el Departamento de Caquetá

Genero	No. personas discapacitadas	%
Mujeres	6.137	45
Hombres	7.307	54
no reporte genero	131	1
Total	13.575	

Municipio	No. personas discapacitadas	%
Florencia	4.041	30
Doncello	1.237	9
Cartagena del Chaira	1.121	8
El Paujil	1.005	7
Belén de los Andaquíes	943	7
San Vicente del Caguán	939	7
Puerto Rico	897	7
San José del Fragua	619	5
Valparaíso	449	3
La Montañita	413	3
Curillo	402	3
Solita	383	3
Solano	364	3
Morelia	269	2
Albania	252	2
Milán	241	2
Total	13.575	

En cuanto al enfoque de género y ciclo vital, del total de las mujeres con discapacidad caracterizada en el Departamento corresponde a mujeres el 46% y el 54% a hombres, Según etapa de vida, el 40% de las mujeres se ubica en la etapa de la vejez, seguido la adultez con el 37%, así mismo, juventud con el 14%, infancia el 3% y primera infancia de 00-5 años con el 1%. Llama la atención que la condición de discapacidad se relaciona de forma directa con la edad, se observa un considerable aumento en el número de mujeres con discapacidad en la etapa de la vejez, adultez, con relación a las primeras etapas del curso de vida (Niñez, juventud). Del total de los hombres con discapacidad, por etapas de ciclo vital, se encuentra una situación cercana a las mujeres, puesto que el 40% de los hombres con discapacidad, pertenecen a la etapa del curso de vida Vejez, el 34% hombres adultos con discapacidad, el 15% hombres jóvenes, adolescentes el 5%, infancia el 3% y primera infancia el 2%. (Plan de Desarrollo Departamental 2020 – 2023)

2.2.1.4 Actividad Económica

2.2.1.4.1 Transporte y movilidad. El departamento del Caquetá, está constituido por 4.679,58 km de vías, de las cuales el 9.08% pertenecen a la red vial nacional, el 9.8% a la red vial departamental y el 81.12% pertenece a la red vial terciaria con un aproximado de 3.796,07 km, de las cuales el 36.02% están a cargo del Instituto Nacional de Vías INVIAS.

El insuficiente mantenimiento periódico o rutinario de las vías secundarias y terciarias, genera un deterioro de la malla vial departamental ocasionando el desgaste de los vehículos, aumento de tiempos y costos de transporte de pasajeros incluyendo el de las personas enfermas que requieran un desplazamiento hacia un nivel de complejidad mayor para atender sus diferentes complicaciones además de mayor costo en insumos y alimentos que terminan afectando la buena alimentación de la población.

Tabla 5. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros Departamento del Caquetá.

Municipios	Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento	Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento
Albania	80 minutos	69	Terrestre
Belén de los Andaquíes	60 minutos	41	Terrestre
Cartagena del chaira	200 minutos	117	Terrestre
Curillo	150 minutos	107	Terrestre
El Doncello	70 minutos	62	Terrestre
El Paujil	60 minutos	48	Terrestre
La Montañita	45 minutos	27	Terrestre
Milán	15	12	Terrestre
	120	76	Fluvial
Morelia	30 minutos	20.46	Terrestre
Puerto Rico	120 minutos	95	Terrestre
San José del Fragua	70 minutos	58	Terrestre
San Vicente del Caguán	210 minutos	150	Terrestre
Solano	270 minutos	95	Fluvial+
	45	95	aéreo
Solita	240 minutos	106	Terrestre
	100 minutos	76	Fluvial*
Valparaiso	120 minutos	63	Terrestre

* distancia en Km desde Curillo

** distancia en Km desde Florencia vía puerto Arango

Fuente: ASIS departamental 2015

2.2.1.4.2 Actividad Productiva. El departamento está altamente concentrado en la parte pecuaria, especialmente en lo relacionado con la producción bovina; la producción agrícola es limitada, reduciéndose básicamente a la producción de unos pocos productos tradicionales como el maíz, el plátano y la yuca, y en cantidad muy bajas, considerando la población estimada para el departamento.

La actividad económica con mayor número de establecimientos registrados es el comercio, seguido de los hoteles y restaurantes. Las actividades menos dinámicas en términos de la formalidad, son la administración pública y defensa,

explotación de minas y canteras, la intermediación financiera y paradójicamente con el desarrollo de las actividades agropecuarias en el departamento, éstas presentan un bajo número de empresas formalizadas (Cámara de Comercio de Florencia).

El departamento del Caquetá no presenta un desarrollo dinámico en lo que a empresas industriales o manufactureras se refiere. A excepción de las agroindustrias lácteas existentes y algunas empresas del sector de la metalmecánica, no existe un avance significativo en ésta materia y en el contexto regional lo que se observa es un mercado caracterizado por la presencia de empresas comerciales que se dedican al expendio o distribución de productos transformados adquiridos en otras regiones del país.

Tabla 6. Relación de cultivos

CULTIVOS PERMANENTES

CULTIVO	ÁREA SEMBRADA	ÁREA COSECHADA	PRODUCCIÓN (TON)	RENDIMIENTO PROMEDIO TON/HA
Plátano	16.176	13.458	73.010	5,43
Yuca	8.425	7.875	56.292	7,15
Cacao	4.756	3.429	3.006	0,88
Caucho	5.692	3.989	5.719	1,43
Café	3.364	2.821	5.229	1,85
Caña	6.049	4.797	25.923	5,40
Piña	799	646	6.597	10,21

Fuente: Evaluaciones Agropecuarias 2018. Secretaría de Agricultura

CULTIVOS TRANSITORIOS

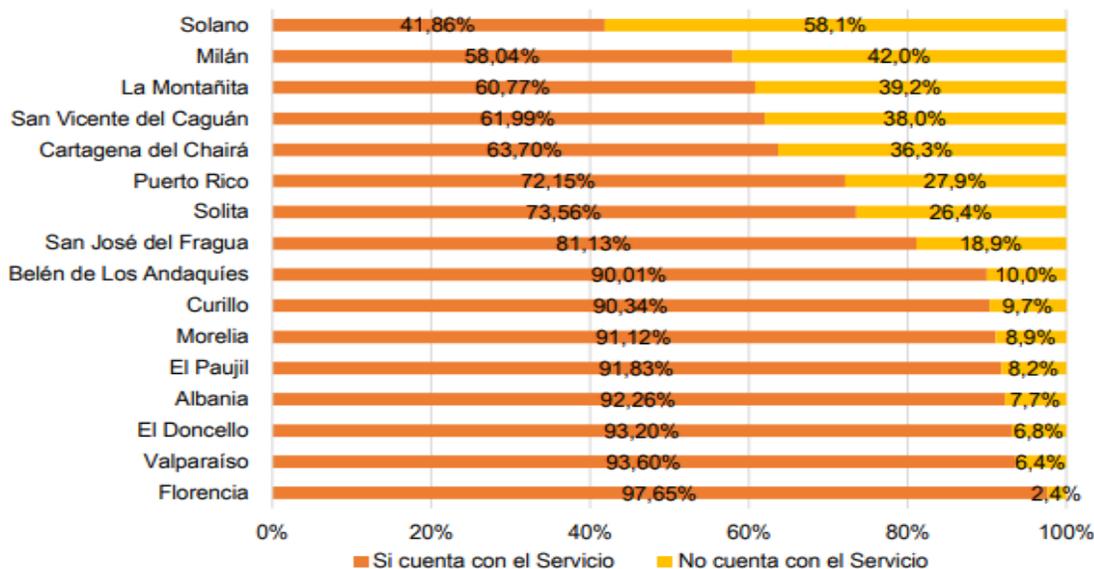
CULTIVO	ÁREA SEMBRADA	ÁREA COSECHADA	PRODUCCIÓN (TON)	RENDIMIENTO PROMEDIO TON/HA
Arroz secano manual	2.035	1.477	4.016	2,72
Arroz secano mecanizado	1.208	1.194	3.693	3,09
Maíz forrajero	110	110	1.100	10,00
Maíz tradicional	9.109	8.215	8.175	1,00

Fuente: Evaluaciones Agropecuarias 2018. Secretaría de Agricultura

2.2.1.5 Electrificación

El Índice Departamental de Competitividad 2019, en el factor 1. Condiciones Habilitantes - Pilar 2. Infraestructura, en cuanto a cobertura de energía eléctrica ubica al departamento del Caquetá en el puesto 26 de 33 con un puntaje de 3.78, y un indicador del 76.5% que corresponde al promedio departamental del número de viviendas que cuentan con el servicio de energía en el departamento.

Gráfica 2. Cobertura energía eléctrica en el departamento del Caquetá



Fuente: DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda – CNPV 2018

2.2.1.6 Contexto Demográfico

2.2.1.6.1 Población. El departamento de Caquetá, de acuerdo a las proyecciones del DANE para el año 2018 cuenta con una población de 496.241 habitantes.

Tabla 7. Distribución porcentual de población Departamento del Caquetá año 2019.

POBLACION TOTAL CAQUETA	HOMBRES	MUJERES
406.142	205.507	200.635
%	51	49

FUENTE: Proyecciones de Población 2018-2023, total nacional y departamental por área y sexo DANE.

Tabla 8. Distribución de la población del Caquetá por Municipio y área de residencia.

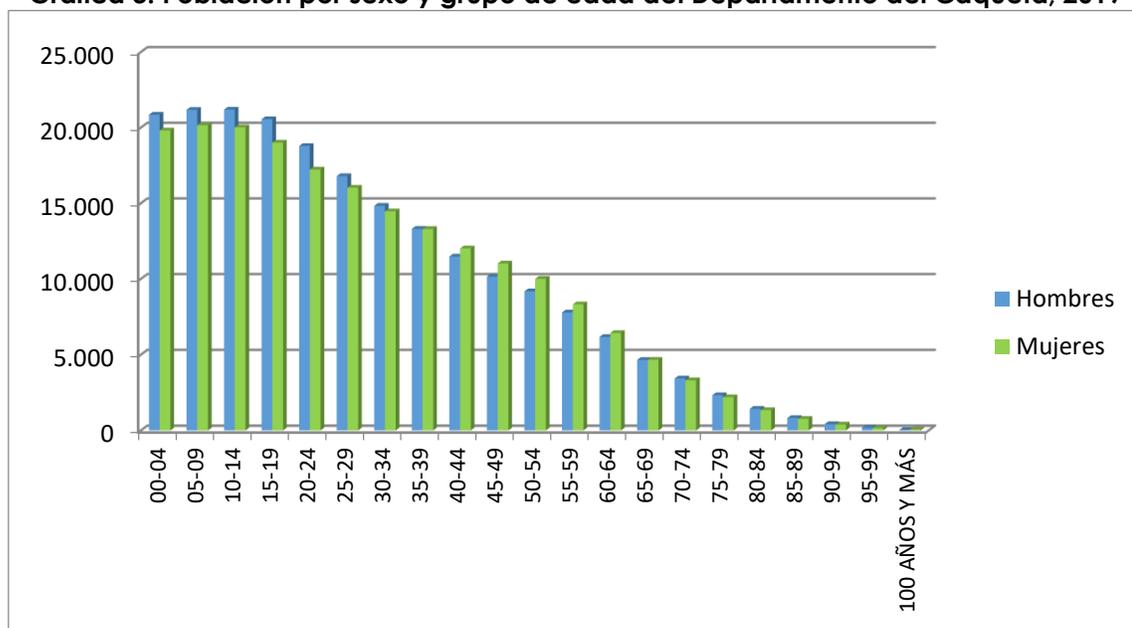
MUNICIPIO	POBLACION TOTAL	NUMERO DE HABITANTES AREA URBANA	% AREA URBANA	NUMERO DE HABITANTES AREA RURAL	% AREA RURAL
Florencia	170.764	150.300	88%	20.464	12%
Albania	4.491	2.088	46%	2.403	54%
Belén de Los Andaquíes	11.102	6.866	62%	4.236	38%
Cartagena del Chaira	30.788	15.914	52%	14.864	48%
Curillo	7.683	5.349	70%	2.334	30%
El Doncello	19.256	13.457	70%	5.799	30%
El Paujil	18.251	9.005	49%	9.246	51%
La Montañita	14.662	2.535	17%	12.127	83%
Milán	9.838	1.003	10%	8.835	90%
Morelia	3.718	2.029	55%	1.689	45%

MUNICIPIO	POBLACION TOTAL	NUMERO DE HABITANTES AREA URBANA	% AREA URBANA	NUMERO DE HABITANTES AREA RURAL	% AREA RURAL
Puerto Rico	26.329	14.590	55%	11.739	45%
San José del Fragua	12.949	6.510	50%	6.439	50%
San Vicente del Caguán	51.714	24.190	47%	27.524	53%
Solano	11.359	2.818	25%	8.541	75%
Solita	6.280	3.743	60%	2.537	40%
Valparaíso	6.968	2.326	33%	4.642	67%

FUENTE: Proyecciones de Población 2018-2023, total municipal por área y sexo. DANE

Los municipios de Solano, Milán, la Montañita y Valparaíso representan su mayoría de población en el área rural, lo que indica mayores dificultades de ingreso en búsqueda de atención médica.

Gráfica 3. Población por sexo y grupo de edad del Departamento del Caquetá, 2019



FUENTE: Proyecciones DANE 2019

Se observa una distribución esperada en la población del departamento para un país en desarrollo donde los menores de edad son una gran mayoría de igual manera se resalta que su población joven y quien aporta la fuerza de trabajo de igual manera ocupan un lugar principal.

2.2.1.6.2 Natalidad

Tabla 9. Distribución de nacimientos en el Hospital Departamental María Inmaculada ESE por municipio de residencia años 2017 a 2019.

MUNICIPIO	NACIMIENTOS	NACIMIENTOS	NACIMIENTOS
	2017	2018	2019
ALBANIA	29	29	23
BELEN DE LOS ANDAQUIES	62	51	69
CARTAGENA DEL CHAIRA	172	184	181
CURILLO	79	60	41
EL DONCELLO	113	106	119
EL PAUJIL	107	66	62
FLORENCIA	1545	1486	1488
LA MONTAÑITA	97	85	111
MILAN	32	52	39
MORELIA	34	39	41
PUERTO RICO	126	103	128
SAN JOSE DE FRAGUA	101	116	95
SAN VICENTE DEL CAGUAN	295	308	354
SOLANO	50	57	54
SOLITA	45	49	62
VALPARAISO	41	38	39
OTROS DEPARTAMENTOS	85	93	110
TOTAL	3008	2922	3016

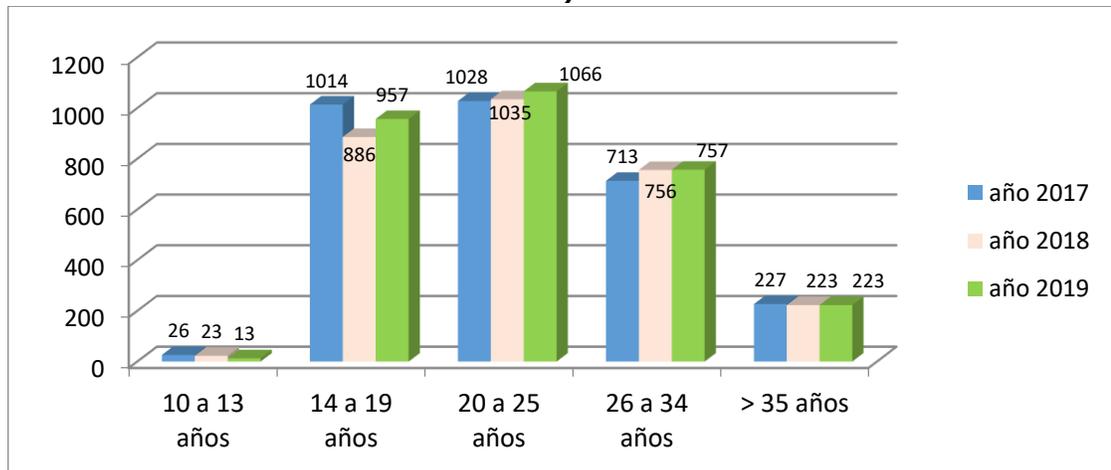
Es importante resaltar que los partos de gestantes del Municipio de Florencia representaron el 49.3% de los partos atendidos en el Hospital María Inmaculada para el año 2019. De igual manera podemos observar que los municipios de San Vicente del Caguán, La Montañita y Belén de los Andaquíes presentaron un aumento considerable en el número de partos.

Tabla 10. Distribución de partos atendidos por EPS en el Hospital Departamental María Inmaculada ESE año 2018-2019

EAPB	TIPO DE PARTO		TOTAL AÑO 2018	TIPO DE PARTO		TOTAL AÑO 2019
	CESAREA	ESPONTANEO		CESAREA	ESPONTANEO	
ASMET SALUD	1019	1578	2597	1034	1518	2552
MEDIMAS	7	15	22	21	34	55
COOMEVA	9	21	30	25	40	65
NUEVA EPS	26	37	63	36	39	75
SANITAS	13	16	29	21	16	37
FUERZAS MILITARES	15	23	38	18	28	46
POLICIA NACIONAL	0	0	0	3	2	5
EMSSANAR	9	15	24	15	15	30
FAMAC	9	21	30	4	13	17
NO ASEGURADO	8	11	19	26	22	48
OTRAS EPS	26	44	70	37	48	86
TOTAL	1141	1781	2922	1240	1775	3016

Fuente: RUAF 2020

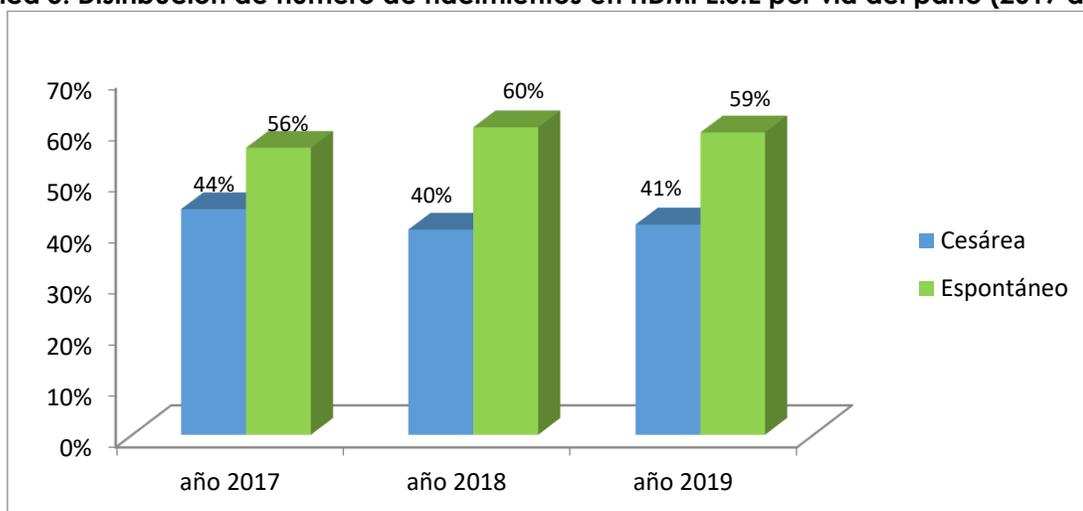
Gráfica 4. Distribución de número de nacimientos por edad de la madre en el HDMI ESE (2017 – 2019)



Fuente: RUAF 2019.

Al revisar los partos atendidos en el Hospital Departamental María Inmaculada para el año 2019 se observa que se presentó una disminución en el número de nacimientos en menor de 13 años los cuales son clasificados como abuso sexual y el 32% ocurrió en madres adolescentes, con un aumento de 2 puntos comparado con el año inmediatamente anterior y al contrastar con el dato de la OMS a nivel mundial estamos por encima en 21 puntos, ya que los bebés nacidos de madres adolescentes representan aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo.

Gráfica 5. Distribución de número de nacimientos en HDMI E.S.E por vía del parto (2017 a 2019)



Fuente: RUAF HDMI. 2020

La Organización Mundial de la Salud señala que “las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente **cuando son necesarias por**

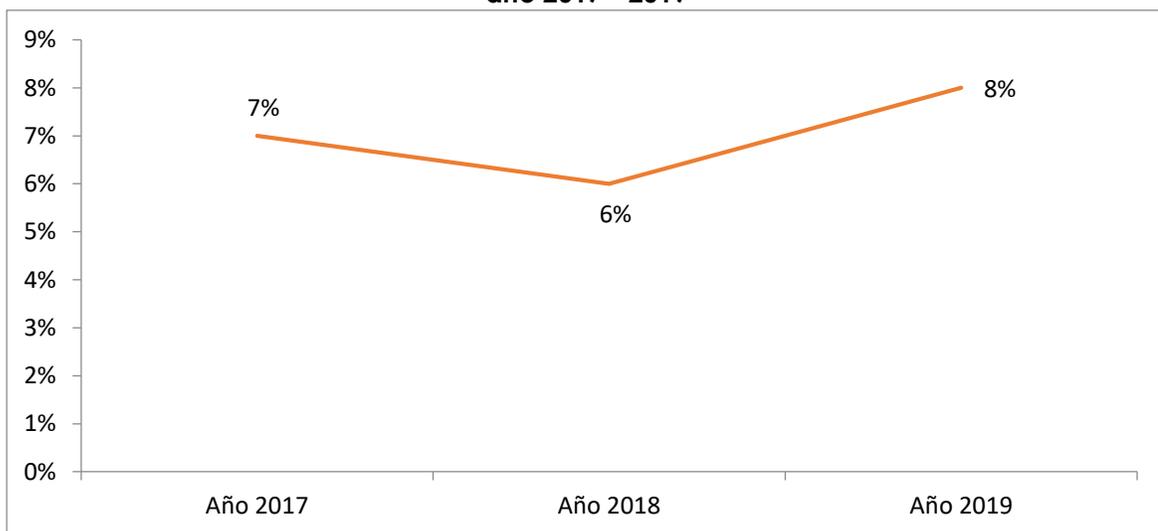
motivos médicos “teniendo en cuenta esta recomendación el hospital María Inmaculada da prioridad al parto vaginal pero, debido a que es una institución de segundo nivel y es centro de referencia de los diferentes municipios hace que los partos atendidos en una gran mayoría sean debido a complicaciones maternas y fetales que impiden un parto natural.

2.2.1.6.3 Prematuridad .La definición de parto prematuro incluye a los bebés nacidos vivos antes de las 37 semanas completas de gestación. Las Subcategorías de nacimiento prematuro, basado en las semanas de gestación son: Extremadamente prematuro < a 28 semanas, Muy prematuro: 28 a <32 semanas, Prematuro moderado o tardío: 32 a < 37 semanas.

Según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el 11,4% de los nacimientos en Colombia son de niños prematuros, (corresponde a un poco más de 100.000 niños anualmente), en el que el Eje Cafetero es la región que presenta las tasas más altas. Llama la atención que, en general, la incidencia en los países menos desarrollados es menor a pesar de la pobreza, la menor escolaridad de las embarazadas, los desplazamientos, el incremento de embarazos en la adolescencia, la inestabilidad de las parejas, el menor control prenatal, factores todos que aumentan la posibilidad de parto prematuro. (Palencia, Alexis. CCAP).

Para el Hospital María Inmaculada año 2017 el 7% de los partos presentados fueron prematuros, estando por debajo de la línea nacional.

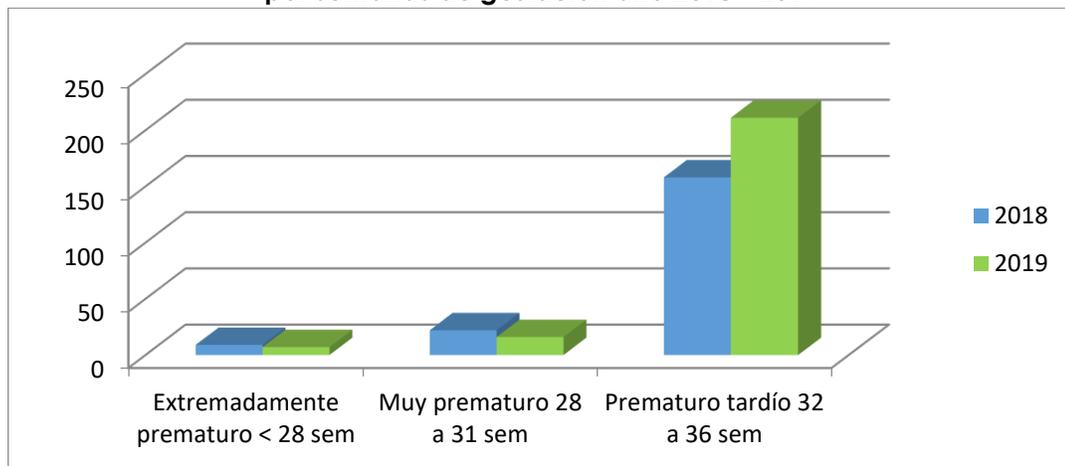
Gráfica 6. Distribución de número de nacimientos prematuros en el hospital María Inmaculada año 2017 - 2019



Fuente: RUAF. 2020

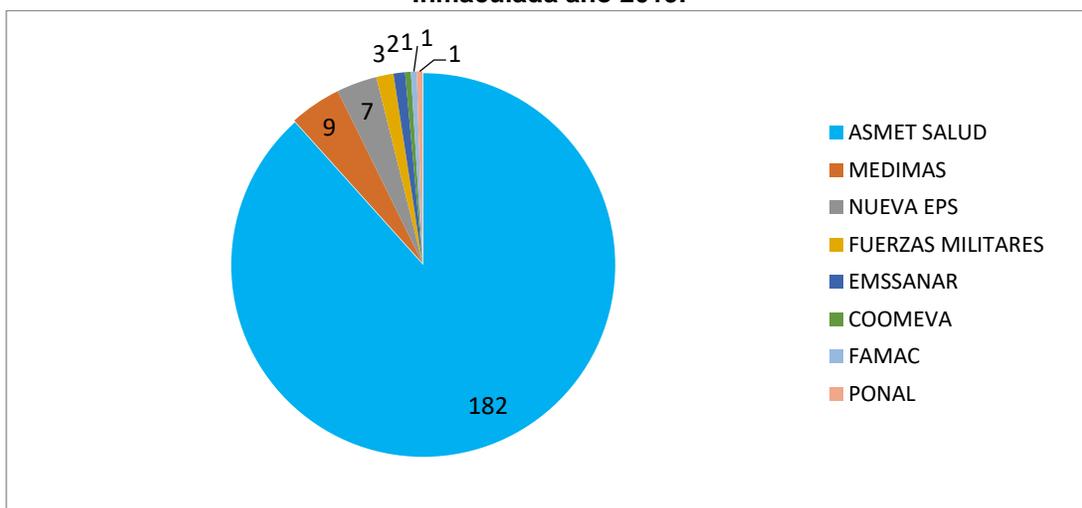
El Número de nacimientos prematuros para el año 2018 fue del 8% dos puntos más que el año inmediatamente anterior. Siendo los prematuros moderados el mayor número de nacidos. Según la OMS Los bebés prematuros pueden salvarse con una atención sencilla y costo eficaz ,consistente, por ejemplo, en ofrecer una serie de servicios sanitarios esenciales durante el parto y el periodo postnatal, para todas las madres y todos los lactantes. El Hospital Departamental María Inmaculada inició en el año 2016 el proceso de madre canguro con el fin de proporcionar a estos recién nacidos y a sus madres un mayor bienestar y cuidados mediante esta técnica.

Gráfica 7. Distribución de número de nacimientos prematuros en el hospital María Inmaculada por semanas de gestación año 2018 - 2019



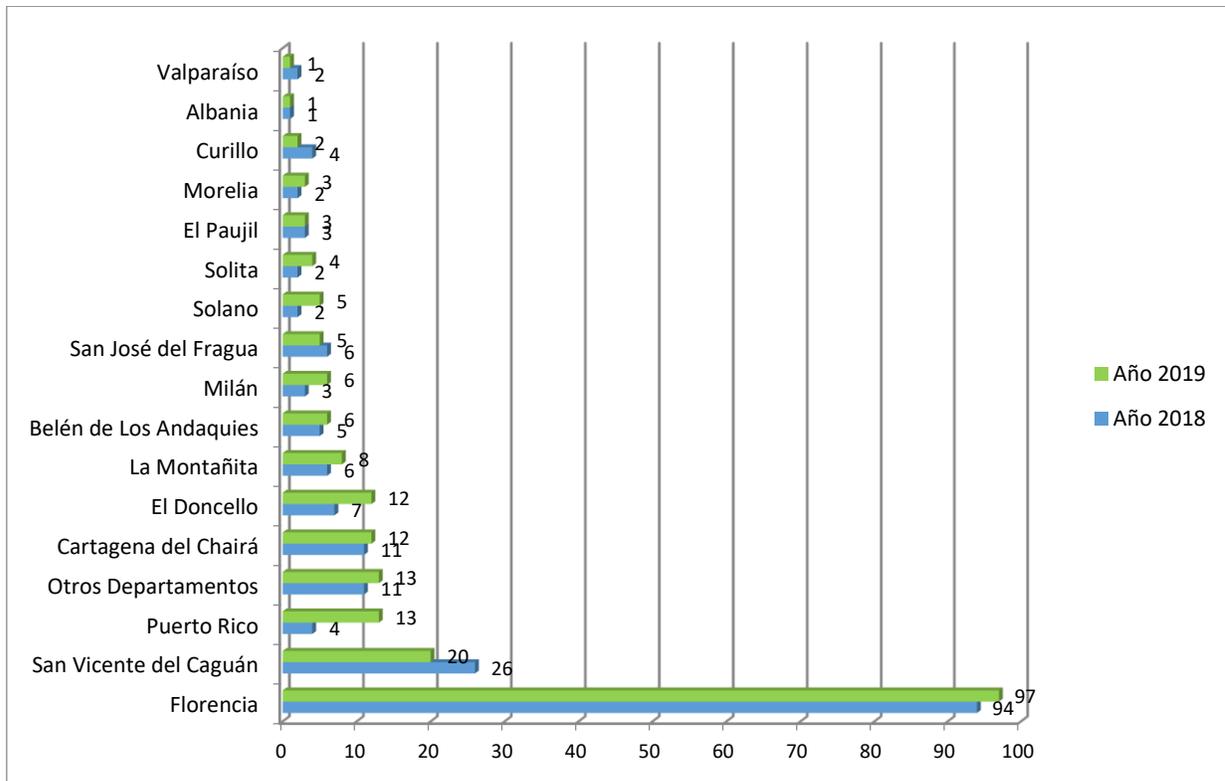
Fuente: RUAF. 2020

Gráfica 8. Distribución de número de nacimientos prematuros por EPS en el hospital María Inmaculada año 2019.



Fuente: RUAF. 2020

Gráfica 9. Distribución de número de nacimientos prematuros por sitio de residencia HDMI ESE año 2018 a 2019



Fuente: RUA.F. 2020

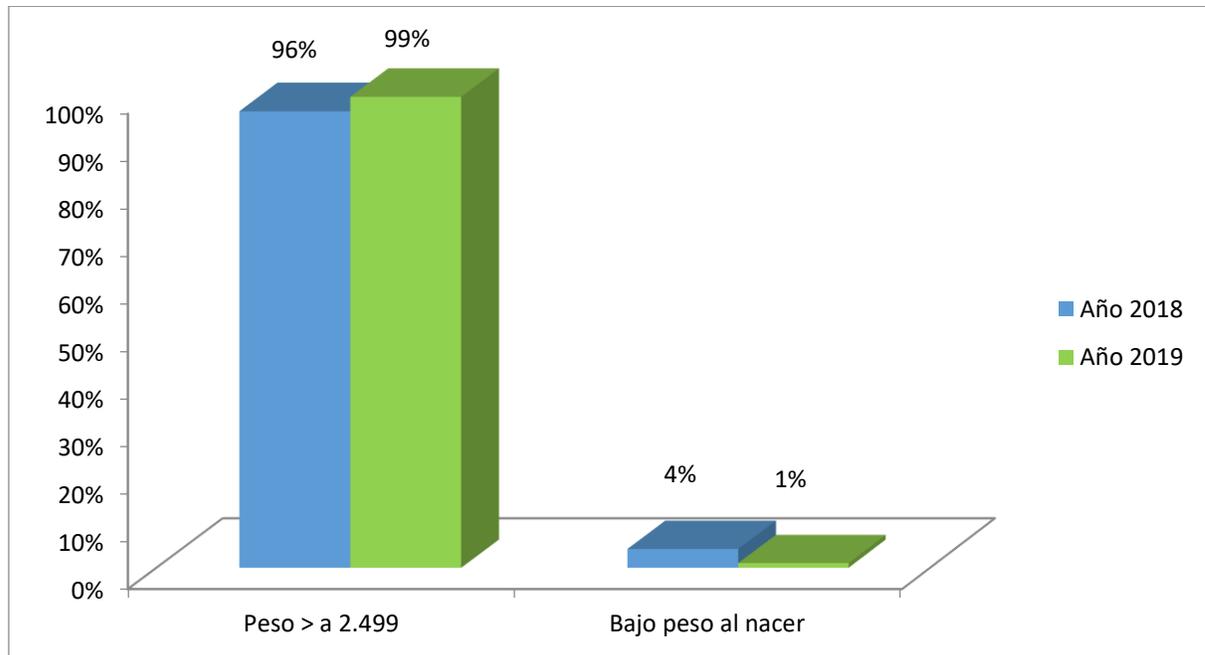
2.2.1.6.4 Bajo Peso al Nacer. Se considera bajo peso al nacer (BPN) al neonato cuyo peso es igual o menor a 2.499 gramos, independiente de la edad gestacional y cualquiera que sea la causa.

Clasificándose de la siguiente forma:

- Peso bajo al nacer Recién nacido: con peso igual o menor de 2.499 gramos.
- Muy bajo peso al nacer Recién nacido con peso igual o menor de 1.499 gramos

Para el Sistema de vigilancia epidemiológica solo se considerarán los recién nacidos de 37 o más semanas de gestación cuyo peso al nacer registrado sea ≤ 2499 gr, pero para datos de este informe se tendrán en cuenta todos los recién nacidos con bajo peso independiente de las semanas de gestación.

Gráfico 15. Distribución de número de recién nacidos con bajo de peso a término HDMI ESE año 2018-2019



Fuente: RUAF. 2020

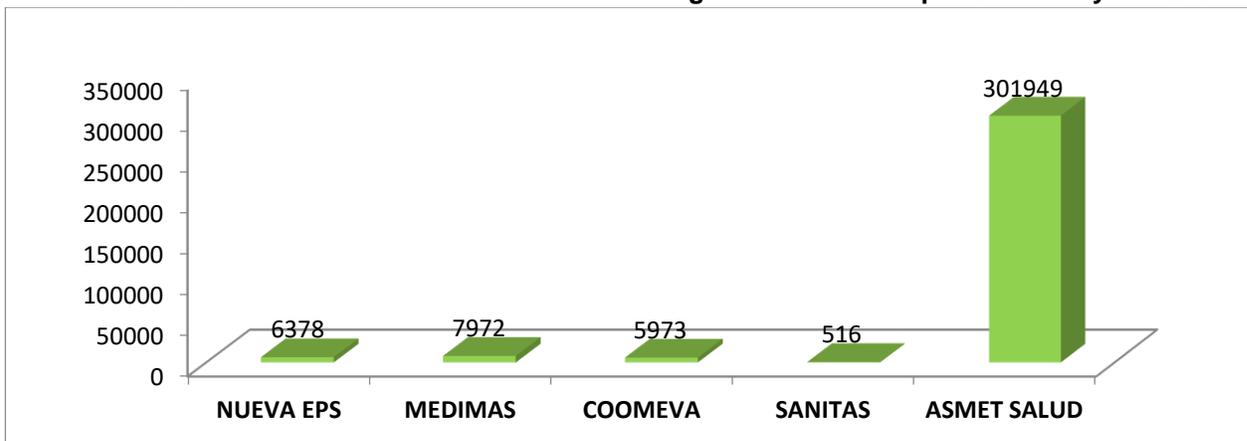
2.3 ASEGURAMIENTO

La población del departamento del Caquetá oscila en 406.142 habitantes según proyección DANE 2018-2023, y una población afiliada al Sistema General de Seguridad Social a diciembre del año 2019 de 395.851 usuarios, de los cuales el 78% se encuentran asegurados en el Régimen Subsidiado, el 19% en el Régimen Contributivo y 3% en el Régimen de Excepción afiliados al Fondo del Magisterio del Caquetá – FAMAC, encontrándose el departamento de Caquetá en una cobertura de afiliación del 80% al SGSSS, es decir que a la fecha estamos incumpliendo las directrices de nivel nacional en el logro de la cobertura universal en el aseguramiento en salud. La EAPB con mayor número de afiliados es ASMET SALUD con 301.949 afiliados, siguen en su orden MEDIMAS, La Nueva EPS y COOMEVA

2.3.1 Régimen Subsidiado

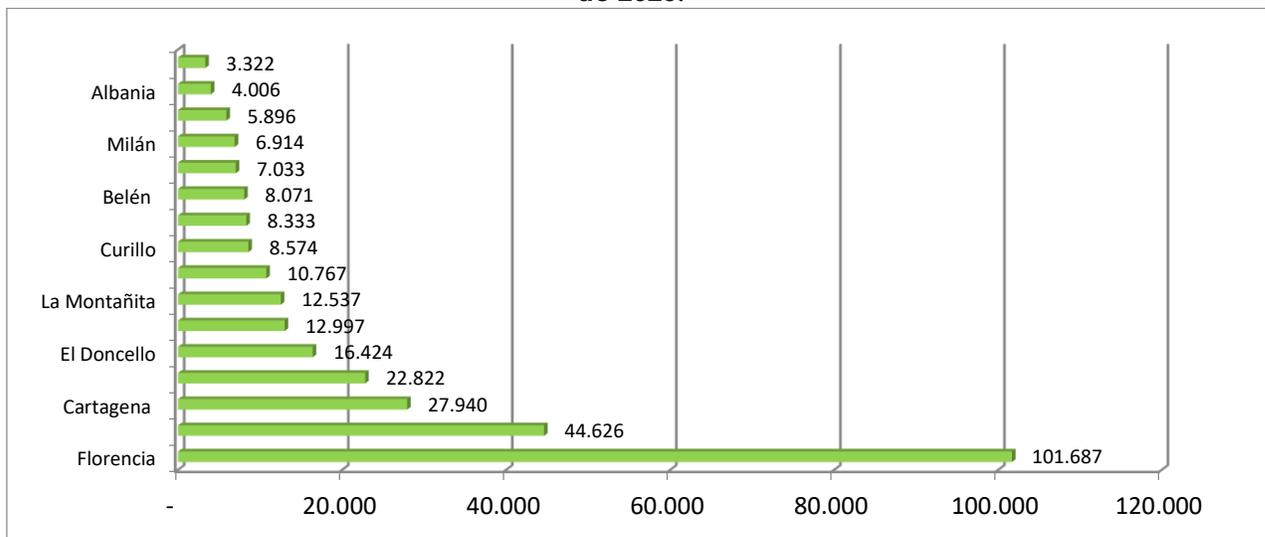
En el régimen subsidiado se encuentran afiliados 322.788 usuarios (BDUA corte a mayo de 2020), este aseguramiento equivale al 80.35% de cobertura de la población DANE censo 2018.

Gráfica 10. Distribución de número de afiliados al régimen subsidiado por EPS a mayo de 2020



FUENTE: oficina de aseguramiento SSDC 2020.

Gráfica 11. Distribución de número de afiliados al régimen subsidiado EPS ASMET SALUD a mayo de 2020.

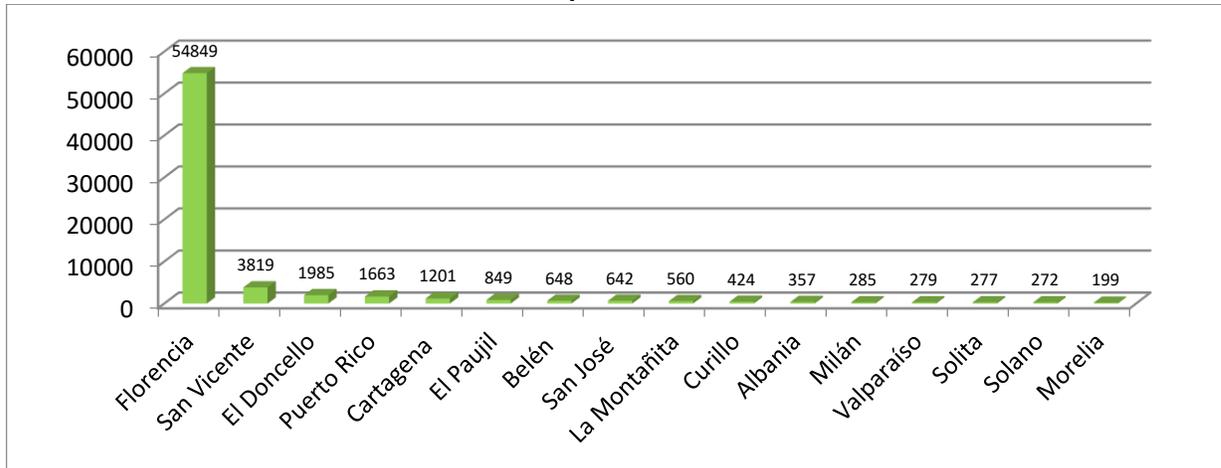


FUENTE: Oficina de aseguramiento SSDC 2020

2.3.2 Régimen Contributivo

Para el régimen contributivo la cobertura es del 17% del total de la población del departamento para un total de afiliados de 68.308 que se encuentran distribuidos en las EPS que operan en el departamento: COOMEVA, MEDIMAS, La NUEVA EPS, Sanitas EPS y ASMET SALUD, La NUEVA EPS representa el primer puesto en afiliación contributiva con el 25% del total seguido de COOMEVA con el 23%

Gráfica 12. Distribución de número de afiliados al régimen contributivo por municipios Mayo de 2020.



FUENTE: oficina de aseguramiento SSDC 2018.

2.4 ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES

2.4.1 Mortalidad

Tabla 11. Mortalidad por sexo y grupo etáreo HDMI ESE año 2019

EDAD EN AÑOS	HOMBRES			MUJERES		
	Total ingresos	Total Fallecidos	Tasa *1000 ingresos	Total ingresos	Total Fallecidos	Tasa *1000 ingresos
< 1	880	8	9,1	28884	2	0,1
1 a 4	2538	1	0,4	2190	0	0,0
5 a 9	1224	2	1,6	1125	0	0,0
10 a 14	981	0	0,0	1055	1	0,9
15 a 19	1201	1	0,8	3706	0	0,0
20 a 24	1672	1	0,6	4727	1	0,2
25 a 29	1565	2	1,3	3387	0	0,0
30 a 34	1367	3	2,2	2331	0	0,0
35 a 39	1061	4	3,8	1820	1	0,5
40 a 44	921	3	3,3	1220	1	0,8
45 a 49	792	2	2,5	1127	1	0,9
50 a 54	839	3	3,6	1099	4	3,6
55 a 59	964	11	11,4	1044	4	3,8
60 a 64	804	5	6,2	891	3	3,4
65 a 69	686	6	8,7	665	5	7,5
70 a 74	564	7	12,4	630	11	17,5
75 a 79	466	14	30,0	504	17	33,7
>80	787	29	36,8	684	31	45,3
TOTAL	19312	102	5,3	28884	82	2,8

La tasa de Mortalidad en hombres que ingresan al HDMI E.S.E es de 5.3 por cada 1000 hombres.

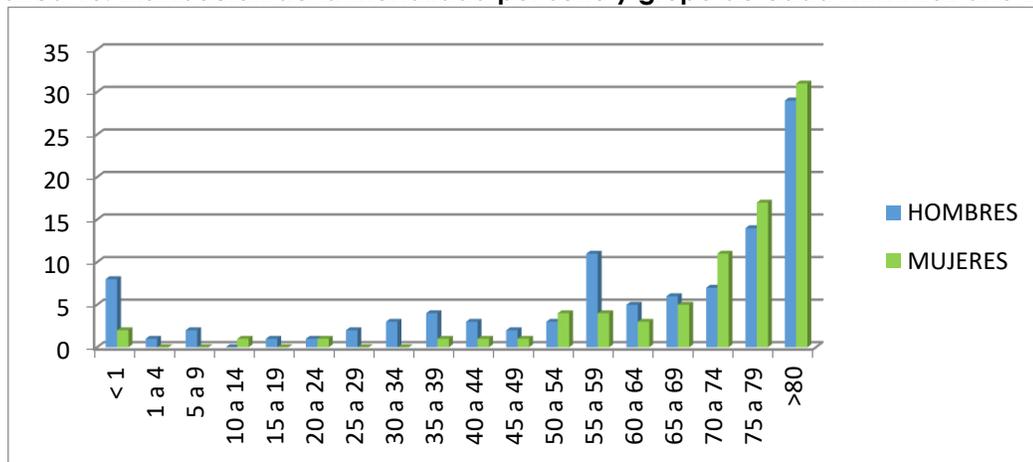
La tasa de Mortalidad en mujeres que ingresan al HDMI E.S.E es de 2,8 por cada 1000 mujeres

Fuente: Programa Dinámica HDMI ESE 2020 – RUA F DPTAL 2020

La mortalidad hospitalaria es un indicador sanitario 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 etaria de la población, régimen económico del centro y accesibilidad a hospitales y/o residencias de enfermos crónicos.

En el Hospital Departamental María Inmaculada hubo entre enero y diciembre de 2019 un total de 48196 egresos con una tasa cruda de mortalidad de 0,8/1000 egresos. La mortalidad masculina se observa por encima en 2,5 puntos de la mortalidad femenina.

Gráfica 13. Distribución de la mortalidad por sexo y grupo de edad HDMI ESE año 2019



Fuente: Programa Dinámica HDMI ESE 2020 – RUAF Dptal 2020

La mortalidad general ha experimentado un importante descenso, estimándose que hoy Colombia presenta niveles moderados a bajos en el contexto latinoamericano.

En el hospital Departamental María Inmaculada se produjo un total de 184 defunciones no fetales para el año 2019 observándose un aumento en la mortalidad con respecto al año inmediatamente anterior, siendo los grupos en edad extrema los que presentaron mayor número de defunciones y los grupos con menor tasa de mortalidades la comprendida entre los 5 y los 19 años de edad.

Llama la atención que el sexo masculino en niños tiene mayor mortalidad y las mujeres tienen un porcentaje mayor de ocurrencia de fallecimientos en grupos de edad avanzada. Observándose igualmente una marcada diferencia siendo mucho mayor la mortalidad en hombres en el grupo de 55 a 59 años.

Tabla 12. Mortalidad por grandes causas y grupo etéreos HDMI ESE año 2019.

GRUPO POBLACIONAL	# DE CASOS	PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE
0 A 1 AÑO	10	<ul style="list-style-type: none"> ➤ PREMATUREZ EXTREMA ➤ MALFORMACION CONGENITA ➤ CHOQUE CARDIOGENICO ➤ DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA ➤ DESNUTRICION KWASHIORKOR ➤ ASFIXIA PERINATAL SEVERA
DE 2 A 5 AÑOS	2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ SINDROME NEFROTICO CORTICOIDERESISTENTE CON RECAIDA ➤ LEUCEMIA LINFOBLASTICA
DE 6 A 14 AÑOS	2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ SHOCK HIPOVOLEMICO ➤ MENINGITIS
DE 15 A 39 AÑOS	13	<ul style="list-style-type: none"> ➤ SEPTICEMIA ➤ ENFERMEDAD POR VIH ➤ CIRROSIS HEPATICA ➤ TUBERCULOSIS PULMONAR ➤ TROMBOEMBOLISMO PULMONAR ➤ RABDOMIOLISIS ➤ LEUCEMIA ➤ CARCINOMATOSIS
DE 40 A 64 AÑOS	37	<ul style="list-style-type: none"> ➤ TUMOR MALIGNO. ➤ INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO ➤ SEPTICEMIA ➤ INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA ➤ INSUFICIENCIA RESPIRATORIA ➤ ANURISMA DE AORTA ABDOMINAL ➤ SHOCK CARDIOGENICO ➤ LEUCEMIA LINFOCITICA
MAYOR DE 65 AÑOS	120	<ul style="list-style-type: none"> ➤ INSUFICIENCIA RESPIRATORIA ➤ TUMOR MALIGNO ➤ INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA ➤ ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA ➤ SEPTICEMIA ➤ OTRAS NEUMONIAS ➤ INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO ➤ INSUFICIENCIA RENAL CRONICA ➤ CHOQUE CARDIOGENICO ➤ FALLA MULTIORGANICA

Fuente: Dinámica 2020. HDMI ESE – RUAF DEPTAL 2020

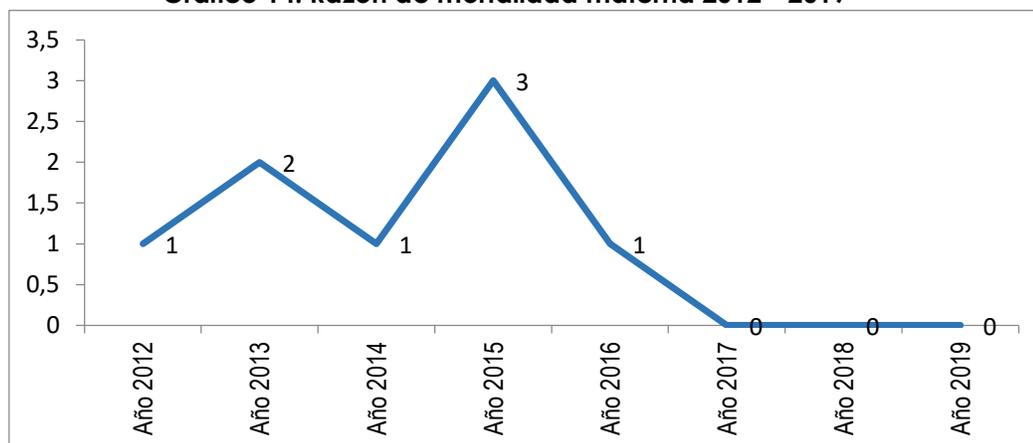
En el Hospital Departamental María Inmaculada los tumores malignos y el cáncer ocupan las primeras causas de muerte con un margen de diferencia mínimo entre hombres y mujeres, llama la atención que esta misma causa de muerte se encuentran dentro de la primera causa partir de los 40 años. La mortalidad hospitalaria en el grupo poblacional de adultos jóvenes está representada

principalmente por enfermedades infecciosas que conllevan a sepsis, otras como el VIH que hace parte de las primeras causas de muerte en este mismo de grupo de edad. El grupo de menores de 1 año aportan el 5% de casos a la mortalidad representados principalmente por dos patologías una de ellas no evitable como son los defectos congénitos. En la niñez las causas de la mortalidad son variadas con causas como la meningitis y la leucemia patologías de alto impacto.

2.4.1.1 Indicadores de mortalidad por eventos de interés en salud pública

2.4.1.1.1 Mortalidad Materna. Una muerte materna es el producto final de la correlación de una serie de factores que interactúan a través de toda la vida de la mujer. Este evento se ha constituido en uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud de una región. Cada muerte materna constituye un problema social y de salud pública, en el que inciden múltiples factores, agravados en nuestro contexto por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer, y dentro del componente asistencial el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud. Para el año 2019 no se reportaron mortalidades maternas.

Grafico 14. Razón de mortalidad materna 2012 - 2019



Fuente: SIVIGILA 2020. HDMI ESE

2.4.1.1.2 Mortalidad Perinatal .La mortalidad perinatal es un indicador de impacto importante que refleja directamente la atención prenatal, intraparto y neonatal y por lo tanto sirve como demarcador de la calidad del servicio de salud materno-infantil. También refleja la salud materna, la condición de la nutrición materna y el entorno en que vive la madre. Las tasas decrecientes a través del tiempo son deseables. Las tasas crecientes pueden reflejar un verdadero deterioro de la calidad de los servicios o del acceso a los servicios en todos los niveles de atención.

Tabla 13. Distribución de la mortalidad perinatal por periodos perinatales en el Hospital Departamental María Inmaculada ESE, año 2020.

Periodos perinatales de riesgo-Matriz BABIES								
GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA				TOTAL MUERTES	TOTAL NACIDOS VIVOS	TOTAL NACIDOS VIVOS + MUERTOS	TASA MPNT x 1000 NV
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL					
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS				
Menor de 1000	7	3	1	0	11	1	12	917
De 1000 a 1499	1	0	2	0	3	11	14	214,3
De 1500 a 2499	2	0	0	0	2	133	135	14,8
De 2500 a 3999	6	1	4	1	12	2685	2697	4,4
4000 y más	1				1	186	187	5,3
Total general	17	4	7	1	29	3016	3045	9,5

Matriz para cálculo razones por periodos perinatales de riesgo								
GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA				TOTAL MUERTES	TOTAL NACIDOS VIVOS	TOTAL NACIDOS VIVOS + MUERTOS	TASA MPNT x 1000 NV
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL					
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS				
Menor de 1000	2,3	1,0	0,3	0,0				
De 1000 a 1499	0,3	0,0	0,7	0,0				
De 1500 a 2499	0,7	0,0	0,0	0,0		4,6	Salud materna	
De 2500 a 3999	2,0	0,3	1,3	0,3		3,0	Cuidados prenatales	
4000 y más	0,3	0,0	0,0	0,0		0,3	Atención del parto	
Total general	5,6	1,3	2,3	0,3		1,3	Atención del recién nacido	
						0,3	Atención del neonato AIEPI	

Fuente: SIVIGILA 2020 Hospital Departamental María Inmaculada.

La tasa de muerte perinatal en el Hospital Departamental María Inmaculada es de 9.5 muertes por 1000NV la cual disminuyó respecto al año 2018 la cual fue de 14.2 muertes por 1000NV. Las muertes perinatales, neonatales tempranas y tardías notificadas por el Hospital Departamental María Inmaculada para el año 2019 fueron un total de 29 casos de los cuales el 58% ingresaron en óbito fetal al servicio de ginecoobstetricia, el 13.7% falleció durante el proceso de atención del parto, pero el 75% de los fallecidos durante el parto fueron prematuros con peso < a 1499gms.

La tasa más alta de mortalidad se encuentra en los prematuros de peso extremadamente bajo al nacer alcanzando 917 muertes por 1000nv es decir los recién nacidos con peso menor a 1000gms. Y la tasa más baja de mortalidad la encontramos en los recién nacidos con peso entre los 2500 y 3999 gms.

De la misma manera se observa que la mayor tasa de mortalidad perinatal se encuentra relacionada con la salud y cuidados de la materna es decir asociada en gran parte a la no consulta preconcepcional que ayuda a detectar problemas en la salud de la mujer y que van a influir en su embarazo.

En segundo lugar se encuentran las muertes perinatales asociadas a los cuidados prenatales mostrando deficiencia en los programas de promoción y prevención donde se debe brindar la educación a la gestante referente al reconocimiento de los signos y síntomas de alarma del embarazo además de informar respecto

a la importancia del parto institucional. Con una educación adecuada y oportuna se contribuye a disminuir en gran parte las complicaciones del embarazo.

2.4.1.1.3 Mortalidad Por Enfermedad Diarreica Aguda. Aunque el país presenta una tasa de 2.97 muertes por EDA por 100.000 menores de 5 años, el hospital María Inmaculada no ha presentado mortalidades para este evento durante los años 2017, 2018 y 2019. Este indicador se constituye en indicador trazador y mide el impacto de esta enfermedad en la población menor de cinco años.

2.4.1.1.4 Mortalidad Por Infección Respiratoria Aguda En Menor De 5 Años. Las Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) son un conjunto de enfermedades que afectan el sistema respiratorio y se constituyen en la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en niños y niñas menores de 5 años en todo el mundo, en especial por Infección Respiratoria Aguda (IRA) la cual representa cerca de 2 millones de muertes cada año.

Respecto a las muertes por IRA en el país a año 2019 se observó una disminución en el número de casos, en comparación con el histórico notificados años 2014 a 2018 en los departamentos de Bogotá, Cartagena, Cundinamarca, Sucre y Tolima, mientras que, en Atlántico, Magdalena, Antioquia, La Guajira, Santa Marta, Valle del Cauca y Norte de Santander se observó un aumento.

El hospital Departamental María Inmaculada no reportó muertes por IRA en menores de 5 años durante el año 2019.

2.4.1.1.5 Mortalidad Infantil. La mayoría de las muertes en menores de un año o menos se han considerado inequitativas por reunir características evitables, injustas e innecesarias. Así mismo, el indicador es reflejo de las condiciones de salud y desarrollo de los países, y evidencia el nivel de prioridad que dan los gobiernos al derecho a la salud. En el mundo la mortalidad en la niñez se ha reducido durante los últimos veinte años, aunque no en la medida necesaria para alcanzar las metas de la OMS. Entre 1998 y 2014 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 41,87%, lo cual equivale a una reducción de casi ocho muertes menos por cada 1.000 nacidos vivos.

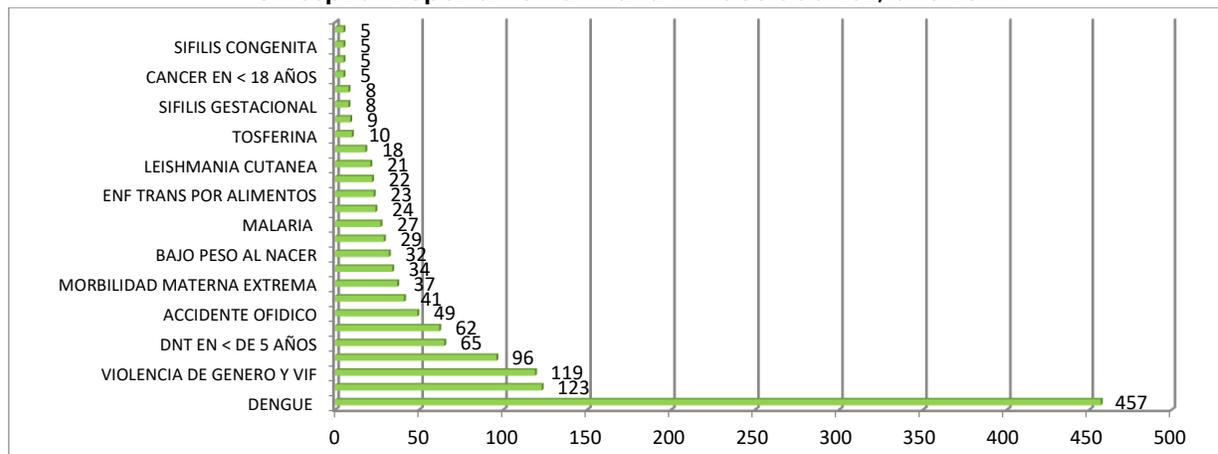
Para Colombia la tasa de mortalidad infantil año 2018 se encuentra en 13.2 muertes por 1000 Nacimientos. La tasa de muerte infantil encontrada para el hospital departamental María Inmaculada para el año 2019 fue de 18.2 muertes

por 1000 nacidos vivos. Incluyendo las muertes fetales y no fetales menores de 1 año de edad.

2.4.1.1.6 Eventos De Interés En Salud Pública. Los eventos en salud son el conjunto de sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de una comunidad (enfermedad, factores protectores, discapacidad, muerte, factores de riesgo y otros determinantes) y por lo anterior están sujetos a notificación, análisis y seguimiento por parte de las entidades territoriales.

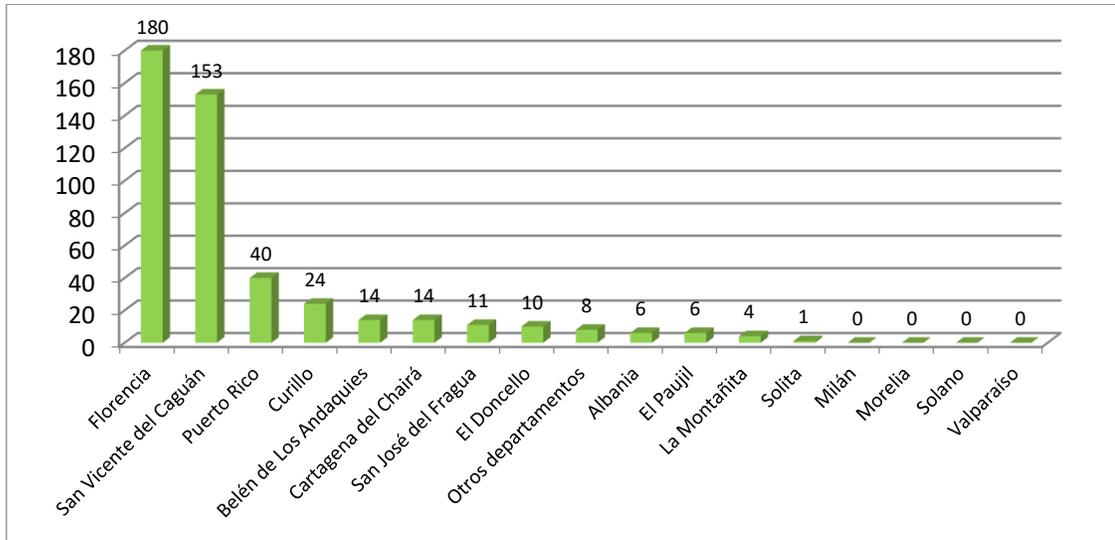
El grupo de eventos de interés en salud pública requieren un seguimiento especial por parte no sólo de las IPS sino de las EAPB y los entes territoriales, con el fin de que el evento no sólo se convierta en epidémico sino de igual manera minimizar las consecuencias que puedan traer para el paciente la no intervención a tiempo.

Gráfica 14. Distribución de los principales eventos de interés en salud pública reportados en el Hospital Departamental María Inmaculada ESE, año 2019

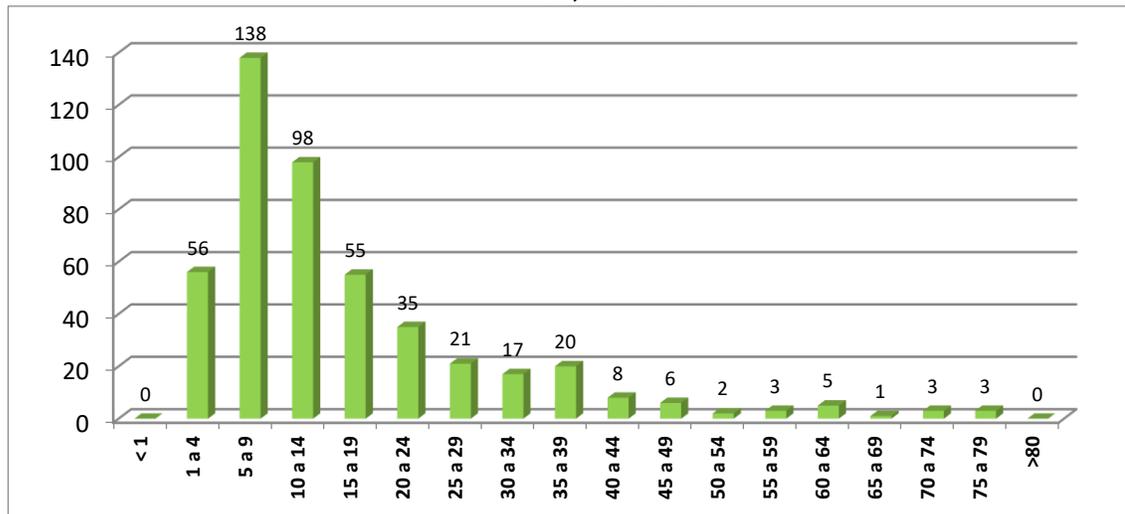


El dengue ocupa el primer lugar en los eventos notificados al sistema de vigilancia epidemiológica evento, en segundo lugar, se encuentran las exposiciones rábicas ocasionadas principalmente por perros y gatos observables. En tercer puesto de la notificación encontramos los casos de violencia donde se reporta la violencia intrafamiliar, la violencia de género y el maltrato por negligencia en los menores de edad. En cuarto lugar, de notificación se encuentran los intentos de suicidio y, en quinto lugar, se encuentra la DNT en menor de 5 años.

Gráfica 15. Distribución de los casos de Dengue por grupo municipio de procedencia HDMI ESE, año 2019.

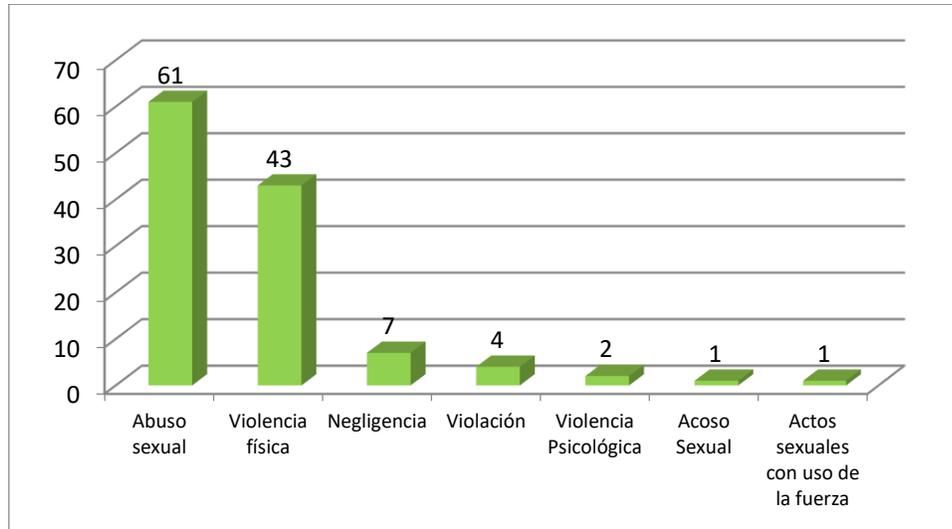


Gráfica 16. Distribución de la procedencia de los casos de dengue por grupo etéreo HDMI ESE, año 2019.

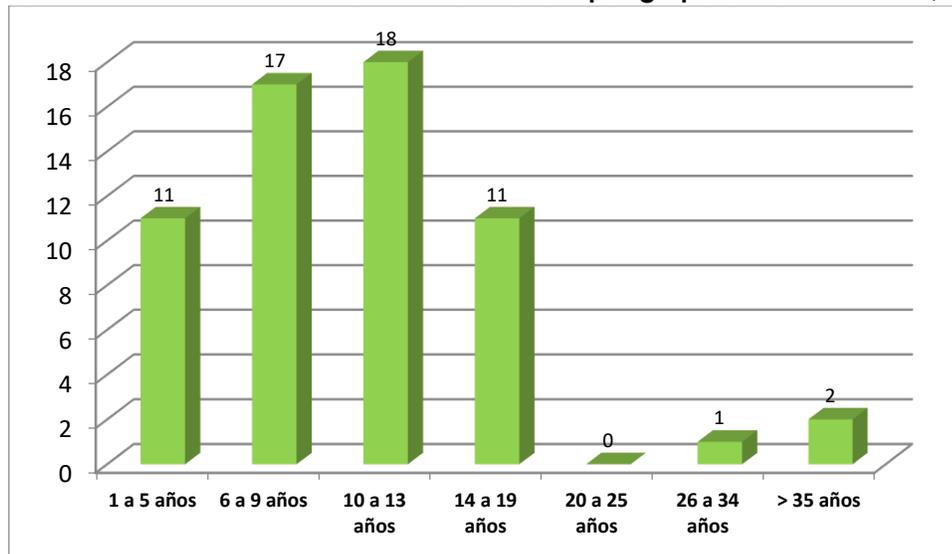


Las exposiciones rábicas ocuparon el segundo lugar en notificación al sistema de vigilancia, recordando que la rabia es una enfermedad viral, casi siempre mortal una vez que han aparecido los síntomas clínicos. En el 99% de los casos humanos, el virus (perteneciente al género Lyssavirus) de la rabia es transmitido por perros domésticos. Afecta a animales domésticos y salvajes, se propaga a las personas por la saliva a través de mordeduras o arañazos. Está presente en todos los continentes, excepto en la Antártida, más del 95% de las muertes humanas se registran en Asia y África.

Gráfica 17. Distribución de casos de VS e Intrafamiliar de casos por modalidad de la violencia HDMI ESE, año 2019.



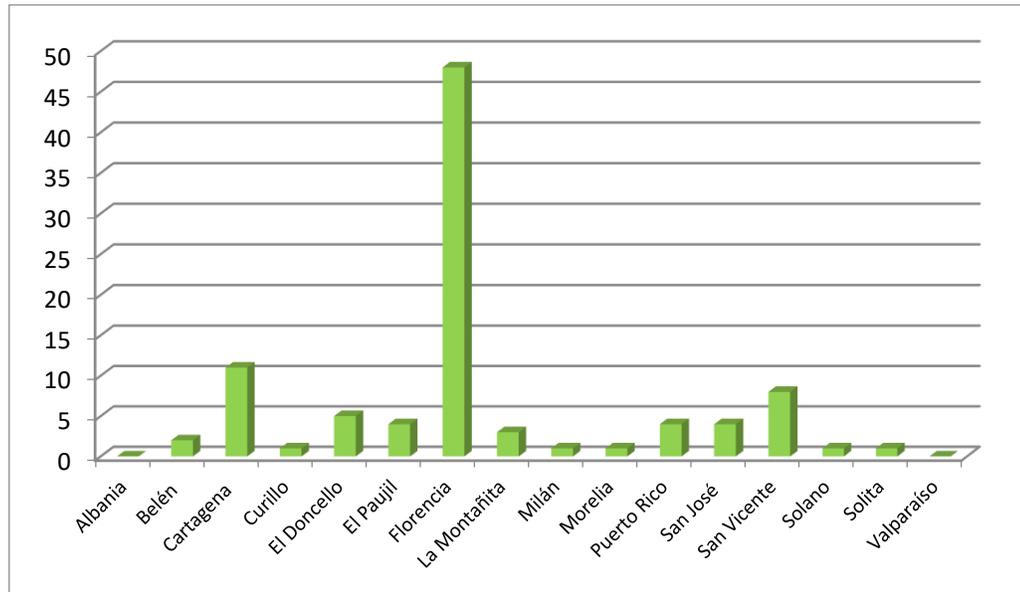
Gráfica 18. Distribución de casos de violencia sexual por grupo etáreo. HDMI ESE, año 2019.



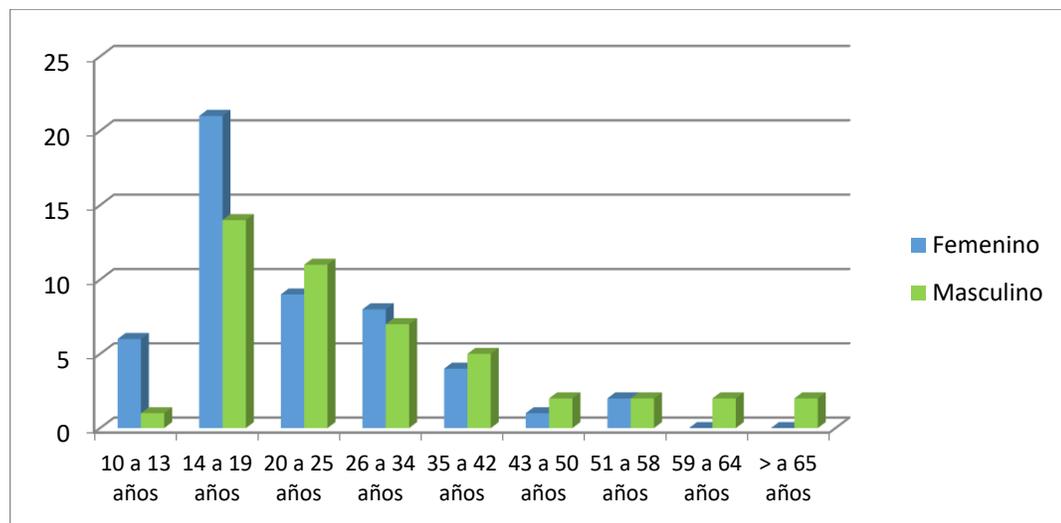
El mayor número de casos de violencia sexual que ingresaron al Hospital por el servicio de urgencias sucedieron en menores de 14 años, observándose una disminución notable a partir de esta edad.

La cuarta causa de notificación la presentan los intentos de suicidio siendo Florencia el municipio que aporta el mayor número de casos.

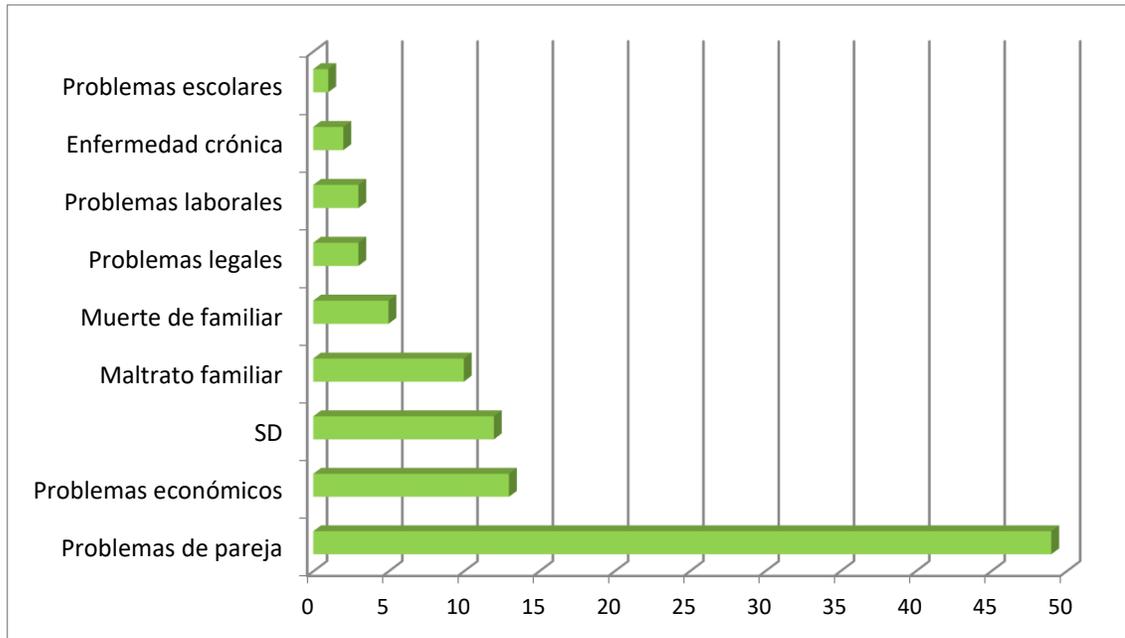
Gráfica 19. Distribución de los casos de intento de suicidio por sifide residencia HDMI ESE, año 2019.



Gráfica 20. Distribución de los casos de intento de suicidio por grupo étnico y género HDM I ESE, año 2019.

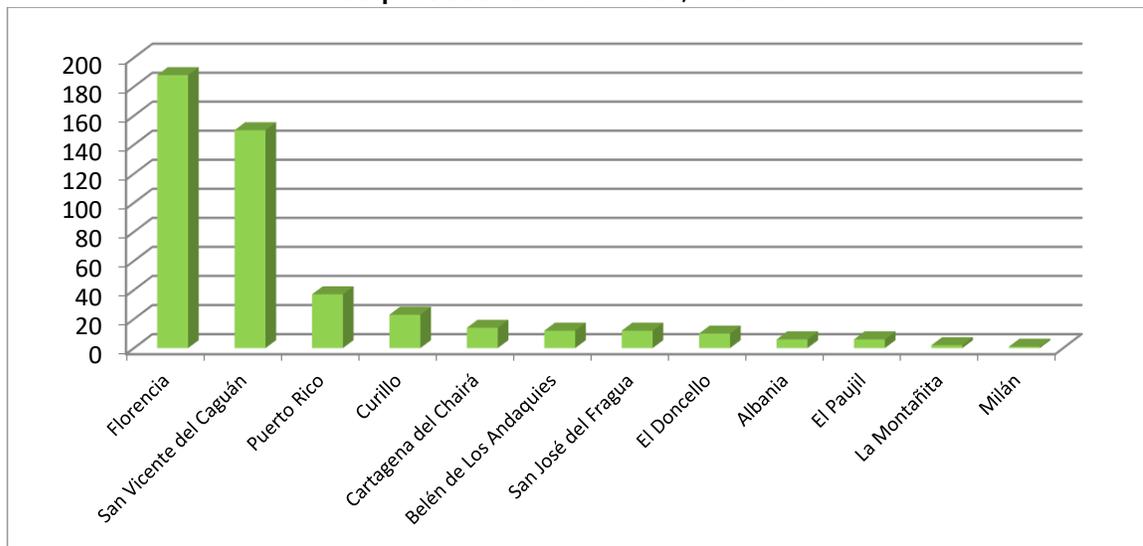


Gráfica 21. Distribución de los casos de intento de suicidio por causa desencadenante. HDM I ESE, año 2019.



La desnutrición aguda en menor de 5 años ocupa el 5^{to} puesto en notificación al sistema de vigilancia del HDMI y a nivel nacional el departamento ocupa el puesto 10 a nivel de notificación de este evento.

Gráfica 22. Distribución de los casos de desnutrición aguda en menor de 5 años por municipio de procedencia HDMI ESE, año 2019.



2.4.1.2 Análisis de la Morbilidad

El concepto de morbilidad indica la evolución de alguna enfermedad en un área concreta y permite medir el impacto de la enfermedad en relación a la población.

Tabla 14. Causas de Egreso Hospitalario por grupo de enfermedades HDMI E.S.E. Año 2019

Número de Capítulo	Código CIE10	DESCRIPCION CODIGO CIE10	Número de casos	% sobre total de egresos
I	A000 - B999	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	3.969	8%
II	C000 - D489	Tumores (Neoplasias)	605	1%
III	D500 - D899	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	291	2%
IV	E009 - E909	Enfermedades endocrinas, Nutricionales y metabólicas	806	3%
V	F000 - F999	Trastornos Mentales y del Comportamiento	1.356	3%
VI	G000 - G999	Enfermedades del Sistema Nervioso	668	1%
VII	H000 - H599	Enfermedades del Ojo y sus Anexos	1.000	2%
VIII	H600 - H959	Enfermedades del Oído y de la Apófisis Mastoides	549	1%
IX	I000 - I999	Enfermedades del Sistema Circulatorio	1.189	2%
X	J000 - J999	Enfermedades del Sistema Respiratorio	4.510	9%
XI	K000 - K939	Enfermedades del Sistema Digestivo	3.484	7%
XII	L000 - L999	Enfermedades de la Piel y del tejido subcutáneo	1.524	3%
XIII	M000 - M999	Enfermedades del sistema osteomuscular y Tejido Subcutáneo	1.742	4%
XIV	N000 - N999	Enfermedades del Sistema Genitourinario	3.173	7%
XV	O000 - O999	Embarazo, Parto y puerperio	6.895	14%
XVI	P000 - P999	Ciertas afecciones Originadas en el Periodo Perinatal	990	2%
XVII	Q000 - Q999	Malformaciones congénitas, Deformidades y Anomalías Macrosómicas	120	0%
XVIII	R000 - R999	Signos, Síntomas y Estados Morbosos mal Definidos	3.648	8%
XIX	S000 - T999	Traumatismos, Envenenamientos y Consecuencias de Causa Externa	6.780	14%
XX	V000 - Z999	Causas Externas de Morbilidad y Mortalidad	4.794	10%

Fuente. Sistemas de información HDMI (historia clínica) /oficina estadística

Tabla 15. Morbilidad por Grupos etáreo /Grupo: Menores de 1 año

Descripción	No. casos
INFECCION RESPIRATORIA VIAS SUPERIORES	261
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	154
ICTERICIA NEONATAL	127
OTROS RECIEN NACIDOS CON SOBREPESO PARA LA EDAD GESTACIONAL	102
DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	52
GASTROENTERITIS	48
TOXOPLAMOSIS CONGENITO	28
BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL	29
TOTAL	1.339

Las infecciones respiratorias de vías superiores ocupan el primer lugar en motivo de egreso en los menores de 1 año, de igual manera la sepsis bacteriana del

recién nacido le siguen en segundo puesto, seguido del diagnóstico de ictericia neonatal.

Tabla 16. Morbilidad por Grupos etáreo/Grupo: de 1 a 4 años de edad

Descripción	No. casos
Infección respiratoria vías superiores	1.023
Infecciones respiratorias bajas	351
Infección viral, no especificada	209
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	177
Traumatismo	113
Heridas	97
Fiebre del dengue	87
Otitis media	89
Fiebre no especificada	84
Fracturas	70
Celulitis	62
Convulsión febril	55
Total	3.459

Para el grupo de edad de 1 a 4 años las infecciones respiratorias de vías altas representan la primera causa de egreso hospitalario siendo la bronquiolitis su mayor causa por lo cual se debe ofrecer educación constante sobre el automanejo de esta enfermedad y la necesidad de evitar tratamientos injustificados. Los rinovirus son los agentes etiológicos más frecuentes. Un niño sufre una media de 4-8 episodios anuales en los 10 primeros años, mayor en los 3 primeros, especialmente en escolarizados.

Tabla 17. Morbilidad por Grupos etáreo Grupo: de 5 a 14 años.

Descripción	No. casos
INFECCION RESPIRATORIA VIAS ALTAS	411
GASTROENTERITIS	294
FRACTURAS	248
HERIDAS	172
INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	133
TRAUMATISMOS	125
APENDICITIS	113
INFECCION RESPIRATORIA ALTA	109
ABUSO SEXUAL	99
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	96
ASMA (BRONQUIAL, CATARRAL, ESPASMODICA)	94
CONTUSIONES	84
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	74
CEFALEA	71
TOTAL	3.601

Para este grupo etáreo las infecciones respiratorias se encuentran como primera causa de ingreso seguido por las gastroenteritis.

Tabla 18. Morbilidad por Grupos etáreo Grupo: de 15 a 44años.

Descripción	No. casos
PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	828
FALSO TRABAJO DE PARTO	819
HERIDAS	797
TRAUMATISMOS	621
FRACTURAS	591
GASTROENTERITIS	491
CEFALEA	490
ABORTO	482
CONTUSIONES	476
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	440
INFECCION VIAS RESPIRATORIAS BAJAS	414
APENDICITIS	404
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	401
EMBARAZO CONFIRMADO	307
PARTO POR CESAREA	305
CALCULO VIA URINARIA	301
AMENAZA DE ABORTO	274
FIEBRE DEL DENGUE	237
CELULITIS	201
LUMBAGO	180
CALCULO DE LA VESICULA BILIAR	147
OTROS DOLORES ABDOMINALES	144
TRANSTORNO AFECTIVO BIPOLAR	138
ABSCESOS	132
SUPERVISION DE EMBARAZO	121
AMIGDALITIS	101
EPISODIO DEPRESIVO	100
OTROS TRAUMATISMOS	93
ATENCION MATERNA	92
PSICOSIS	91
TOTAL	17.052

Las principales causas de egreso hospitalario en este grupo de edad estan dadas por los partos y debido a que el rango de edad es bastante amplio se describen un mayor número de diagnósticos de egreso.

Tabla 19. Morbilidad por Grupos etáreo Grupo: de 45 a 64 años.

Descripción	No. casos
FRACTURAS	251
DOLOR	237
TRAUMATISMOS	232
CEFALEA	185
HERIDAS	184
GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO	173
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	166
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	153
CONTUSION	145
INFECCION RESPIRATORIA VIAS ALTAS	127
DIABETES MELLITUS	123
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	115
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	111
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	94
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	65
INFECCION RESPIRATORIA BAJA	24
TOTAL	5.006

Las principales causas de egreso hospitalario en este grupo de edad estan dadas por la sumatoria de todas las fracturas, el dolor y los traumatismos ademas que ingresan las gastroenteritis, la HTA y las gastritis.

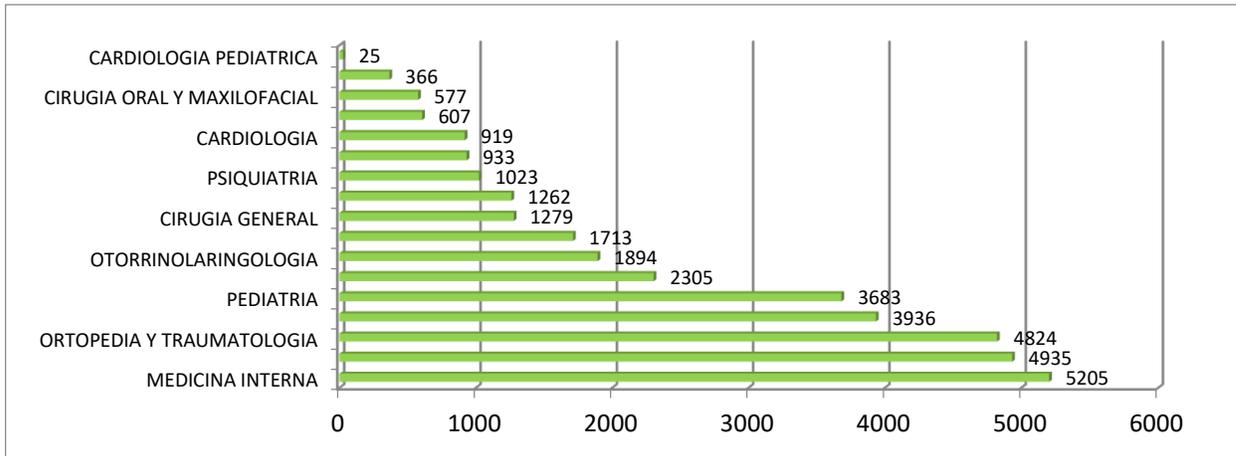
Tabla 20. Morbilidad por Grupos etáreo Grupo: mayores de 65 años

Descripción	No. casos
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	217
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA	193
CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA	150
DOLOR	134
DIABETES MELLITUS TIPO II NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	124
FRACTURAS	113
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	85
TRAUMATISMOS	74
GASTROENTERITIS	72
CELULITIS	63
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	56
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	55
INFECCION RESPIRATORIA VIAS BAJAS	48
CEFALEA	47
ALTAS	41
TOTAL	3.050

2.5 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

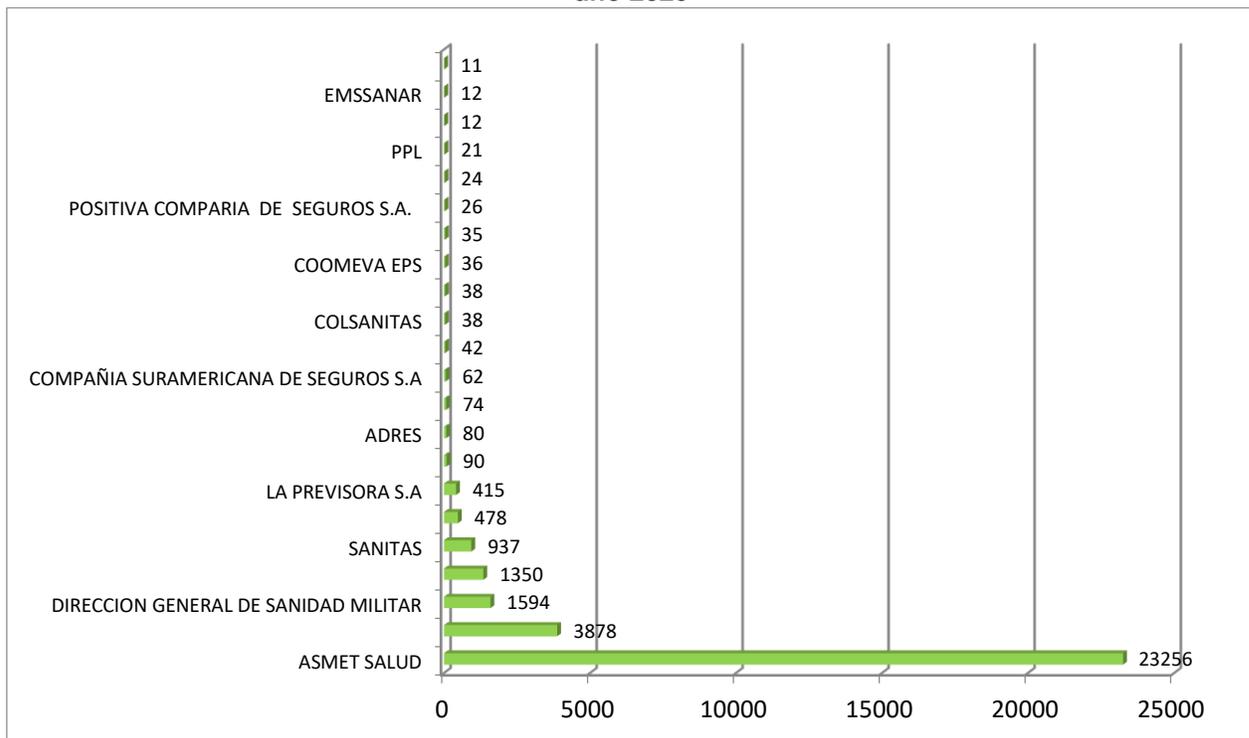
Durante el año 2019 se realizaron un total de 33.001 consultas médicas ambulatorias especializadas. Las consultas realizadas por nutrición y psicología que hacen parte de este servicio suman un total de 2.713

Gráfica 23. Distribución de la consulta médica ambulatoria HDMI ESE, año 2019.



FUENTE: Dinámica Gerencial 2019

Gráfica 24. Comparativo del número de consulta médica especializada por EAPB.HDMI año 2020



2.6 INDICADORES HOSPITALARIOS Y DE GESTION

El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, genera el informe de la prestación de servicios en salud basado en cuatro aspectos fundamentales: Indicadores decreto 2193 de 1994, Indicadores de gestión gerencial, indicadores de la Resolución 256 de 2016 (efectividad, seguridad, experiencia de la atención) y RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud).

El procesamiento de información surge en primera instancia de la información generada y reportada en aplicativo SIHO - Decreto 2193 de 2004, correspondiente al consolidado de 2019 y en segunda instancia de la información de RIPS, a través del SISPRO y AIHospital, en la cual se obtiene Información oportuna, suficiente y estandarizada para la toma de decisiones del Sector Salud y Protección Social, está conformado por bases de datos y sistemas de información del Sector sobre oferta y demanda de servicios de salud, calidad de los servicios, aseguramiento, financiamiento y promoción social.

Estos aplicativos permiten a la institución obtener y analizar estadísticas trascendentales en todo el proceso de atención a los usuarios y clasificarlos por periodos, a continuación, se presenta el resultado del procesamiento consolidado de las vigencias 2016-2019 así:

Tabla 21. Producción de Servicios

Variable	2016	2017	2018	2019
Camas de hospitalización	179	166	166	182
Total de egresos	13.277	13.268	13.097	13.614
Porcentaje Ocupacional	97,87	92,25	89,6	92,18
Promedio Días Estancia	4,71	4,34	3,91	4,04
Giro Cama	74,17	79,93	78,9	74,8
Consultas Electivas	67.436	63.802	53.110	51.339
Consultas de medicina general urgentes realizadas	37.417	43.829	45.933	45.896
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	26.840	43.513	48.923	57.423
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	12.143	13.551	11.375	12.596
Número de partos	2.995	3.032	2.990	3.068
% Partos por cesárea	49,22	44,43	39,6	41,13
Exámenes de laboratorio	178.810	177.460	185.995	206.593
Número de imágenes diagnósticas tomadas	35.285	35.603	24.646	37.442
Dosis de biológico aplicadas	19.461	19.192	17.093	14.621
Citologías cervicovaginales tomadas	2.140	1.597	1.044	715
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	8.134	7.549	3.655	2.993
Producción Equivalente UVR	4.472.315,27	4.742.196,41	4.253.701,67	4.692.365,7

Fuente: SIHO 2193/2004

Tabla 22. Indicadores Resolución 256 de 2016

Variable	2016	2017	2018	2019
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	2,953	3,085	2,545	2,597
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	0,003	0,003	0,005	0,002
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0,294	0,803	0,825	1,063
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,003	0,008	0,008	0,011
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1	1,109	1	1
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	1,364	1	1	1
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	7,407	8,991	12,978	7,829
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	9,681	7,926	7,576	6,544
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	9,031	9,091	10,741	7,26
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	9,407	11,543	11,083	6,641
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	8,654	6,364	11,7	5,365
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	12,23	18,399	17,446	13,077
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,887	0,927	0,915	0,903

Fuente: SIHO 2193/2004

Tabla 23. Egresos Hospitalarios

Item	2016	2017	2018	2019	% variación
% Ocupacional	90,59	95,48	98,01	103,61	↑ 5,71 %
Días de Estancia	74936	75108	75171	81757	↑ 8,76 %
Días Camas Disponibles	80886	82795	81546	82004	↑ 0,57 %
Días Camas Utilizadas	73277	79055	79926	84962	↑ 6,30 %
Promedio de Estancia	2,81	2,73	2,61	2,70	↑ 3,44 %
Giro Cama	10,05	9,95	10,60	11,17	↑ 5,38 %
Egresos	26.646	27.470	28.755	30.293	↑ 5,34 %

Fuente: SIHO 2193/2004

2.7 SITUACION FINANCIERA

El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, según la evaluación realizada por el Ministerio de Salud y protección social a través del SIHO, a 31 de diciembre de 2019, No presenta riesgo financiero.

Tabla 24. Ingresos Recocidos (miles de pesos)

Variable	2016	2017	2018	2019
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	58.529.520	59.271.474	60.309.842	65.508.247
Total Venta de Servicios	52.460.217	53.051.014	53.917.664	60.224.625
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	7.812.049	4.401.757	3.989.475	3.329.133
.....Régimen Subsidiado	34.400.575	36.274.874	36.720.859	41.631.775
.....Régimen Contributivo	3.118.636	3.827.767	4.812.568	6.400.155
Otras ventas de servicios	7.128.956	8.546.616	8.394.762	8.863.561
Aportes	500.000	3.093.016	3.683.356	3.762.425
Otros Ingresos	5.569.303	3.127.444	2.708.821	1.521.197
Cuentas por cobrar Otras vigencias	13.820.477	15.040.843	18.250.488	16.408.789
Ingreso Total Reconocido	72.349.996	74.312.317	78.560.330	81.917.036

Fuente: SIHO 2193/2004

Tabla 25. Ingresos Recaudados (miles de pesos)

Variable	2016	2017	2018	2019
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	36.416.253	36.745.643	38.716.120	39.586.849
Total Venta de Servicios	30.346.951	30.525.182	32.323.942	34.303.227
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	6.709.513	1.968.669	1.762.732	909.876
.....Régimen Subsidiado	18.987.264	23.187.983	24.608.082	24.976.656
.....Régimen Contributivo	1.096.832	1.083.830	1.415.650	3.264.775
Otras ventas de servicios	3.553.342	4.284.701	4.537.478	5.151.920
Aportes	500.000	3.093.016	3.683.356	3.762.425
Otros Ingresos	5.569.303	3.127.444	2.708.821	1.521.197
Cuentas por cobrar Otras vigencias	13.820.477	15.040.843	18.250.488	16.408.789
Ingreso Total Recaudado	50.236.730	51.786.486	56.966.607	55.995.638

Fuente: SIHO 2193/2004

Tabla 26. Recaudo / vs Reconocimiento

Variable	2016	2017	2018	2019
% de recaudos / reconocimientos	62,22	62	64,2	60,43
Total Venta de Servicios	57,85	57,54	59,95	56,96
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	85,89	44,72	44,18	27,33
.....Régimen Subsidiado	55,19	63,92	67,01	59,99
.....Régimen Contributivo	35,17	28,31	29,42	51,01
Otras ventas de servicios	49,84	50,13	54,05	58,12
Aportes	100	100	100	100
Otros Ingresos	100	100	100	100
Cuentas por cobrar Otras vigencias	100	100	100	100

Fuente: SIHO 2193/2004

Tabla 27. Gastos comprometidos

Variable	2016	2017	2018	2019
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	51.307.624	50.362.995	50.463.323	56.325.821
Gasto de Funcionamiento	40.861.851	42.313.837	41.939.374	47.477.309
Gastos de Personal	32.751.958	34.772.229	34.246.934	36.798.640
Gasto de Personal de Planta	19.412.852	19.969.858	20.326.893	21.963.064
Servicios Personales Indirectos	13.339.106	14.802.371	13.920.041	14.835.576
Gasto de Sueldos	9.878.853	10.072.507	10.128.620	10.973.481
Gastos Generales	7.406.973	6.837.522	6.626.965	8.320.179
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	7.141.224	7.758.032	7.855.255	8.693.511
Otros Gastos	4.007.469	995.212	1.734.170	2.513.490
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	8.183.625	13.650.196	15.176.866	10.106.291
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	59.491.249	64.013.191	65.640.189	66.432.112

Fuente: SIHO 2193/2004

Tabla 28. Indicador Equilibrio y eficiencia

Variable	2016	2017	2018	2019
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,22	1,16	1,2	1,23
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,84	0,81	0,87	0,84
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,14	1,18	1,2	1,16
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,71	0,73	0,77	0,7
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	11.729,99	11.187,01	12.675,47	12.834,60
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	10.733,38	10.558,79	11.706,19	11.970,68
Gasto de personal por UVR (\$)	7.323,27	7.332,52	8.051,09	7.842,24

Fuente: SIHO 2193/2004

Tabla 29. Cartera

Variable	2016	2017	2018	2019
Total Cartera	49.408.153	45.532.581	44.072.973	58.212.398
Régimen Subsidiado	33.880.079	26.742.758	22.115.803	26.960.657
Población Pobre No Asegurada	2.340.658	2.894.674	2.991.101	5.477.157
Régimen Contributivo	2.696.663	3.929.548	5.854.565	9.137.226
SOAT ECAT	7.839.049	9.664.217	10.545.897	12.384.906
Otros Deudores	2.651.704	2.301.385	2.565.607	4.244.821

Fuente: SIHO 2193/2004

Tabla 30. Prioridades en salud- Plan de Desarrollo del Caquetá "Pacto Social por el Desarrollo de Nuestra Región"2020-2023

Macroproblema	Causas	Efectos
Baja cobertura en servicios de salud	oferta de servicios insuficiente	Aumento de referencia de pacientes a otras Regiones del país
	Deficiente infraestructura física, tecnológica y de información en los actores del sistema (IPS, Ente Territorial)	Afecta la calidad en la prestación de los servicios de salud
	Profesional médico especialista insuficiente	Desplazamiento a otras regiones, falta de oportunidad en la asignación de citas
	Desfinanciamiento del Sistema	Afecta la continuidad del servicio
Baja calidad en la prestación de servicios de salud	Red de prestación de servicios de salud insuficiente para la demanda.	Inoportunidad en la prestación del servicio y traslado a otras regiones del país
	Contratación de IPS de otras regiones con servicios que son ofertados en el Departamento (Conformación RIPSS por las EPS)	Inoportunidad en la prestación del servicio y traslado a otras regiones del país
	Tecnologías de la información obsoleta o insuficiente.	Mala Calidad de la información dentro del sistema
	Desfinanciamiento del sistema	Dificultad para el cumplimiento de las condiciones de habilitación
	Barreras administrativas de acceso efectivo a los servicios de salud.	aumento de tutelas y acciones legales
Congestión en los servicios de urgencias de mediana complejidad	Falta de coordinación interinstitucional para la atención de emergencias y desastres y la gestión de referencias y contra referencias. (CRUE)	Deficiente respuesta institucional
	Baja resolutivez en la baja complejidad.	Aumento de remisiones a la mediana y alta complejidad
	Insuficiente capacidad instalada en el servicio de urgencias de la mediana complejidad.	Falta de oportunidad en la atención y sobreocupación institucional
	Aumento de migración de población extranjera en el Departamento	Colapso de servicios de salud por sobreocupación
Ejecución actividades de salud pública	Talento Humano rotativo	Discontinuidad en los procesos de Autoridad sanitaria, poca resolutivez
	No adherencia a Guías de Práctica Clínica para la Atención en Salud	Riesgo de mayor morbilidad y mortalidad asociada a las enfermedades desarrolladas
	Variabilidad climática	Enfermedades respiratorias agudas.
	Uso y abuso de sustancias químicas	Intoxicaciones por sustancias químicas.

**Tabla 31. Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia. Pacto por la Equidad”
Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos**

OBJETIVO	ESTRATEGIA
1. Fortalecer la rectoría y la gobernanza dentro del sistema de salud, tanto a nivel central, como en el territorio	a) Rediseñar el modelo de inspección, vigilancia y control del sector, y fortalecer las capacidades en el territorio b) Mejorar la institucionalidad del sector de la salud c) Blindar en forma efectiva al sector de la salud de los riesgos de corrupción y falta de transparencia
2. Definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos	a) Definir prioridades en salud pública de acuerdo con la carga de la enfermedad b) Implementar intervenciones en salud pública, y liderar, monitorear y evaluar las acciones intersectoriales para la promoción de políticas saludables
3. Articular todos los agentes del sector salud en torno a la calidad	a) Robustecer los sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores b) Generar incentivos al desempeño para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud c) Redefinir e implementar una política de prestación de servicios garantizando la calidad y humanización de la atención con énfasis en optimizar la gestión de los hospitales públicos d) Operativizar los modelos especiales de atención desde lo local, con enfoque integral para el paciente y diferencial para las zonas rurales con población dispersa e) Incentivar herramientas que pongan a disposición información de calidad y desempeño de cara a los usuarios para empoderarlos en la toma de decisiones f) Incentivar la investigación en salud.
4. Lograr más infraestructura y dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y la calidad	a) Instituciones prestadoras de servicios de salud dotadas con infraestructura adecuada y capacidad para responder con calidad y efectividad a las necesidades de toda la población
5. Formular acuerdos para el reconocimiento, formación y empleo de calidad para los trabajadores de la salud	a) Cierre de brechas de talento humano en el sector de la salud b) Crear y desarrollar lineamientos para el cierre de brechas de cantidad, calidad y pertinencia del talento humano de la salud a nivel territorial c) Implementar estrategias de educación continua para desarrollar y fortalecer competencias de los trabajadores de la salud
6. Alcanzar la eficiencia en el gasto optimizando los recursos financieros disponibles y generando nuevos con el aporte de todos	a) Hacer más eficiente el gasto en salud, a través de la actualización del plan de beneficios (PBS) y otras medidas que hagan más eficiente el gasto en tecnologías no financiadas con cargo a la UPC. b) Incrementar las fuentes de financiación del SGSSS, a través de la creación de la contribución al sistema de salud como alternativa para extender la corresponsabilidad de la población colombiana, de acuerdo con su capacidad diferencial de pago y la adquisición de seguros privados de salud complementarios para los individuos de mayores ingresos c) Conciliar y sanear, de manera progresiva, la cartera entre los agentes del sistema de salud, generando un cambio de prácticas financieras que garantice un saneamiento definitivo y estructural de las deudas del sector.

Capítulo III

Diagnostico Estratégico

Luis Francisco R.
Gerente

DIRECCIONAMIENTO EXTRATEGICO
!Luchando por tu salud!

3.1 ANALISIS EXTRATEGICO

Para el desarrollo del presente documento se aplicó la Metodología Balanced Score card, creada por los profesores David Norton y Robert Kaplan, siendo esta una herramienta que permite enlazar estrategias y objetivos clave con desempeño y resultados a través de cuatro áreas críticas como: desempeño financiero, conocimiento del cliente, procesos internos de negocio y aprendizaje.

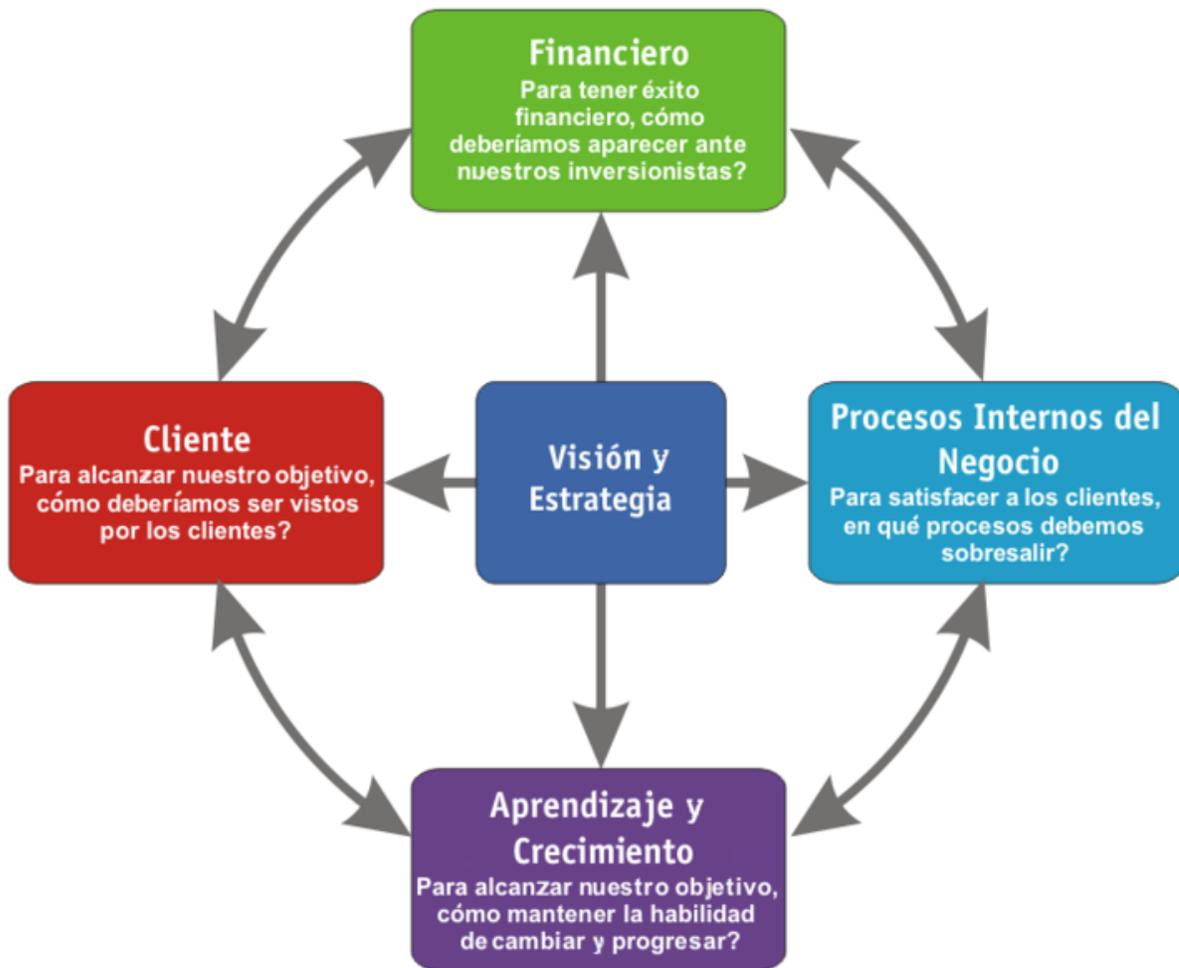


Figura 5. Análisis estratégico HMI

En el Balanced Score card, la comunicación se hace a través de una estructura lógica, basada en la gestión de los objetivos establecidos, permitiendo que los gerentes reasignen los recursos físicos, financieros y humanos con el fin de alcanzar los objetivos estratégicos. Más que una herramienta de medición del desempeño, el Balanced Score card es un traductor de la estrategia y un

comunicador del desempeño”.

El proceso de desarrollo del *Balance Score card*, implica varios pasos, todos estos en relación a cada una de las 4 perspectivas que podríamos resumir así:

1. Establecer una visión clara del futuro
2. Definir los objetivos estratégicos
3. Determinar los factores críticos de éxito
4. Seleccionar indicadores para medir y seguir el rendimiento
5. Establecer metas, planes de acción e iniciativas

Luego de un arduo proceso de trabajo en equipo en el que participaron activamente todos los líderes de proceso del Hospital Departamental María Inmaculada ESE y dando cumplimiento a la etapa de preparación consistente en la recolección y consolidación de los insumos necesarios para la realización del diagnóstico estratégico, se procede a dar aplicación a la Metodología de Planeación Estratégica adoptada por la institución.

Así mismo se procedió construir la DOFA institucional, realizando la revisión sistemática de la información correspondiente a las variables Internas (Debilidades y fortalezas) y Externas (Oportunidades y Amenazas) como se detalla a continuación en la siguiente tabla:

3.1.1 Factores Externos (Oportunidades y Amenazas)- MEFE

Tabla 32. Factores Externos / Oportunidades

PERSPECTIVA	FACTORES CLAVES DE ÉXITO	VARIABLE	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADO PONDERADO	%
POLITICO	CREAR ALIANZAS ESTRATEGICAS CON UNIVERSIDADES, FUNDACIONES E INSTITUTOS INTERNACIONALES (Investigación, ciencia y tecnología).	OPORTUNIDAD	0,03	4	0,12	52
POLITICO	ACCEDER A LOS INSENTIVOS AL DESEMPEÑO PARA LA CALIDAD , EFICIENCIA Y EL MEJORAMIENTO DE LOS RESULTADOS EN SALUD	OPORTUNIDAD	0,01	3	0,03	
POLITICO	DEPARTAMENTO DEL CAQUETA PRIORIZADO CON 16 MUNICIPIOS en el programa de desarrollo con enfoque Territorial (PDET).	OPORTUNIDAD	0,02	4	0,08	
POLITICO	RECURSOS DEL SISTEMA NACIONAL DE REGALÍAS Y DE OTRAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL PARA PROYECTOS DE INVERSIÓN.	OPORTUNIDAD	0,16	4	0,64	
ECONOMICO	AUMENTAR LA CONTRATACIÓN CON EAPB DE INFLUENCIA EN LA REGIÓN/AMPLIACION DE PORTAFOLIO DE SERVICIOS.	OPORTUNIDAD	0,097	4	0,388	23
COMPETITIVO	PREFERENCIA DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE.	OPORTUNIDAD	0,13	3	0,39	23,1
GEOGRAFICA	UNICA IPS PÚBLICA DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN LA REGION.	OPORTUNIDAD	0,01	4	0,04	2
	SUBTOTAL		0,457		1,69	

Tabla 33. Factores Externos / Amenazas

PERSPECTIVA	FACTORES CLAVES DE ÉXITO	VARIABLE	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADO PONDERADO	%
POLITICO	CRUE CON DEFICIECIAS EN EL DEPARTAMENTO	AMENAZA	0,03	2	0,06	17
POLITICO	CRISIS HOSPITALARIA A NIVEL NACIONAL	AMENAZA	0,01	1	0,01	
POLITICO	DIFICULTAD Y DEMORA EN EL TRÁMITE DE VIABILIDAD DE PROYECTOS PARA ACCEDER A RECURSOS DEL NIVEL NACIONAL Y DEPARTAMENTAL.	AMENAZA	0,02	2	0,04	
COMPETITIVO	ENTRADA DE NUEVOS COMPETIDORES EN PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA COMPLEJIDAD.	AMENAZA	0,1	1	0,1	15,9
ECONOMICO	CULTURA DEL NO PAGO POR PARTE DE LAS EAPB Y ASEGURADORAS	AMENAZA	0,2	1	0,2	50
ECONOMICO	ESCASEZ Y SOBRECOSTOS DE EPP PERSONAL EN EL PAIS.	AMENAZA	0,001	2	0,002	
ECONOMICO	LAS EAPB NO GESTIONAN EL RIESGO, NI CARACTERIZACIÓN LA POBLIACIÓN EN CUANTO A DEMOGRAFICA EPIDEMIOLOGICA.	AMENAZA	0,01	1	0,01	
ECONOMICO	FALTA DE CONTROL Y VIGILANCIA POR PARTE DE LA SUPERSALUD SOBRE LAS ERP, ADRES,SOAT, PARA GARANTIZAR EL FLUJO DE RECURSO.	AMENAZA	0,1	1	0,1	

PERSPECTIVA	FACTORES CLAVES DE ÉXITO	VARIABLE	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADO PONDERADO	%
LEGAL	CAMBIOS CONTINUOS EN LA NORMATIVIDAD POR PARTE DEL GOBIERNO NACIONAL-MINISTERIO DE SALUD, QUE AFECTA LA INSTITUCIONALIDAD.	AMENAZA	0,016	1	0,016	6
LEGAL	POLITICA NACIONAL DE VINCULACION LABORAL A LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DE LA SALUD.	AMENAZA	0,02	1	0,02	
SOCIAL	PERCEPCCIÓN DISTORSIONADA DE LA IMAGEN DEL HOSPITAL POR PARTE DE PERSONAS EXTERNAS.	AMENAZA	0,016	2	0,032	11
SOCIAL	INADECUADA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS POR PARTE DE LOS USUARIOS.	AMENAZA	0,02	2	0,04	
TOTAL		0	0,543		0,63	100
	TOTAL		1,000		2,3	

La matriz de evaluación de factores externos, arroja un resultado de 2.3, siendo este menor a 2.5, lo cual quiere decir que las amenazas se están aumentando; por tanto las oportunidades tenemos que explotarla lo más posible para que la entidad se encuentre en un buen lugar en el mercado. Y buscar las estrategias para superar las amenazas.

Tabla 34. Consolidado por factores y porcentaje de participación

FACTORES POAM	%	OPORTUNIDAD	AMENAZAS
FACTOR POLITICO	43	4	3
FACTOR COMPETITIVO	21	1	1
FACTOR GEOGRAFICO	2	1	0
FACTOR ECONOMICO	30	1	4
FACTOR LEGAL	2	0	2
FACTOR SOCIAL	2	0	2
TOTAL	100	7	12

Igualmente, es importante analizar los factores políticos y económicos, siendo estos de mayor impacto en las decisiones del gobierno Nacional, Departamental, Secretaria de salud, ERP y entes de control, sobre el Hospital Departamental María Inmaculada, ESE, reflejándose un alto peso porcentual, por lo cual mayor influencia, en cuanto a medio externo.

Tabla 35. Ponderado MEFE

	Fuerte 3 a 4	Promedio 2 a 2,99	Débil 1 a 1,99
Alto 3 a 4			
Media 2 a 2,99		2,3	
bajo 1 a 1,99			

INTERPRETACIÓN CLASIFICACIÓN

COLOR	ESTRATEGIA
	Crecer y construir
	Retener y Mantener
	Cosechar o desinvertir

El resultado ponderado MEFE, del Hospital Departamental María Inmaculada se encuentra en la media 2,3; lo cual indica que los procesos deben mantenerse y mejorarse.

3.1.2 Factores Internos (Fortalezas Y Debilidades)-MEFI

El Hospital ha enfocado sus esfuerzos en avanzar en la implementación de estándares altos de calidad como es la acreditación en salud centrando la atención en el paciente y su familia, ha logrado la transformación cultural, la cual se ve reflejada en el compromiso de los colaboradores con la mejora continua, prestar servicios de salud con la mayor seguridad posible, evitar riesgos innecesarios a los pacientes y a respetar la dignidad de las personas, en las cuales se soporta la eficiencia para cumplir con los objetivos y funciones hacia el mejoramiento continuo, crecimiento y desarrollo.

Así, mismo en la institución se presentan situaciones internas, en las cuales se tiene deficiencia o no se cuenta con las condiciones y/o recursos necesarios para resolverlas eficientemente, y que, de no subsanarlas, dificultan el cumplimiento de los objetivos y limitan o inhiben el éxito del Hospital.

Tabla 36. Factores Internos/Fortalezas

FACTORES INTERNOS						
PERSPECTIVA	FACTORES CLAVES DE ÉXITO	VARIABLE	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADO PONDERADO	%
CAPACIDAD DIRECTIVA	COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCION CON EL DESARROLLO INSTITUCIONAL.	FORTALEZA	0,01	4	0,040	3
CAPACIDAD FINANCIERA	SOFTWARE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO INTEGRADO, E IMPLEMENTACION DE NIIF.	FORTALEZA	0,03	4	0,120	10
CAPACIDAD COMPETITIVA O DE MERCADO	CERTIFICACIÓN DE PROCESOS ISO 9001 2015.	FORTALEZA	0,022	4	0,088	20
CAPACIDAD COMPETITIVA O DE MERCADO	IMAGEN CORPORATIVA POSESIONADA EN CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS.	FORTALEZA	0,012	4	0,048	
CAPACIDAD COMPETITIVA O DE MERCADO	CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO QUE PERMITEN GENERAR PROCESOS DE PEDAGOGIA INSTITUCIONAL.	FORTALEZA	0,015	4	0,060	
CAPACIDAD COMPETITIVA O DE MERCADO	IMPLEMENTACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO.	FORTALEZA	0,02	3	0,060	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	PLAN ANUAL Y EJECUCION DE AUDITORIAS INTERNAS POR LÍDERES DE PROCESO, GRUPO DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO.	FORTALEZA	0,015	4	0,060	44
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	BAJOS INDICES DE MORTALIDAD, INFECCIÓN NOSOCOMIAL Y USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS UCIN.	FORTALEZA	0,013	4	0,052	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	FOMENTO DE LA CULTURA DE AUTOCONTROL.	FORTALEZA	0,02	4	0,080	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	SE CUENTA CON DIFERENTES SOFTWARE PARA LA GESTIÓN DE NUESTROS PROCESOS TALES COMO: HEXABANK, SIHEVI, UNITY REAL, DARUMA, INDIGO, DINAMICA GERENCIAL.	FORTALEZA	0,02	4	0,080	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	PROCESOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL FORTALECIDOS Y CONFIABLES (DARUMA).	FORTALEZA	0,02	4	0,080	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	ADHERENCIA DEL PERSONAL AL REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS CON ADECUADA GESTIÓN POSTERIOR.	FORTALEZA	0,001	3	0,003	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	ALINEACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS E INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS ADMINISTRATIVOS, GESTIÓN DE CALIDAD Y ARTICULACIÓN CON EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.MIPG	FORTALEZA	0,05	4	0,200	
CAPACIDAD DE TALENTO HUMANO	EL TALENTO HUMANO SE ADAPTA A LAS NECESIDADES Y CIRCUNSTANCIAS QUE SE PRESENTEN (COVID-19)	FORTALEZA	0,02	4	0,080	22

FACTORES INTERNOS						
PERSPECTIVA	FACTORES CLAVES DE ÉXITO	VARIABLE	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADO PONDERADO	%
CAPACIDAD DE TALENTO HUMANO	EL HDMI, CUENTA CON PERSONAL CALIFICADO, FORMADO Y CON EXPERIENCIA, QUE GOZA DEL PRESTIGIO A NIVEL DEPARTAMENTAL PARA EL DESARROLLO DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DE LA INSTITUCIÓN.	FORTALEZA	0,03	4	0,120	
CAPACIDAD DE TALENTO HUMANO	DISPOSICIÓN DEL PERSONAL PARA LA MEJORA CONTINUA.	FORTALEZA	0,02	4	0,080	
	SUBTOTAL		0,32		1,25	100

Tabla 37. Factores Internos/Debilidades

FACTORES INTERNOS						
PERSPECTIVA	FACTORES CLAVES DE ÉXITO	VARIABLE	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADO PONDERADO	%
CAPACIDAD FINANCIERA	RETRASO EN EL PAGO DE HONORARIOS A CONTRATISTAS Y PROVEEDORES.	DEBILIDADES	0,01	1	0,010	20
CAPACIDAD FINANCIERA	FALTA DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS.	DEBILIDADES	0,1	2	0,200	
CAPACIDAD FINANCIERA	CARTERA MOROSA DE DIFÍCIL RECAUDO CON MÁS DE 360 DÍAS.	DEBILIDADES	0,01	1	0,010	
CAPACIDAD FINANCIERA	LIMITANTES EN LOS RECURSOS FINANCIEROS PARA DAR CUMPLIMIENTO CON LA HABILITACIÓN DE SERVICIOS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN.	DEBILIDADES	0,01	1	0,010	
CAPACIDAD COMPETITIVA O DE MERCADO	HOTELERÍA INADECUADA PARA ATENDER AL PACIENTE PARTICULAR, PREPAGADA Y OTROS.	DEBILIDADES	0,2	2	0,400	36
CAPACIDAD COMPETITIVA O DE MERCADO	NO SE CUENTA CON INCENTIVOS A LOS DONANTES DE SANGRE, NI PLAN DE USO DE MEDIOS PUBLICITARIOS PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DE CAPTACIÓN.	DEBILIDADES	0,01	1	0,010	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	RETRASO EN LA ENTREGA DE FACTURAS AL ÁREA DE CARTERA	DEBILIDADES	0,08	2	0,160	37
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	REGISTROS EQUIVOCADOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA, DATOS ESTADÍSTICOS EN EL SISTEMA QUE NO ARMONIZAN CON LA REALIDAD DE LA INSTITUCIÓN.	DEBILIDADES	0,1	1	0,100	

FACTORES INTERNOS						
PERSPECTIVA	FACTORES CLAVES DE ÉXITO	VARIABLE	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADO PONDERADO	%
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	CONTAMINACIÓN AMBIENTAL POR SUMINISTRO A PACIENTES EN RECIPIENTE EN ICOPOR.	DEBILIDADES	0,01	2	0,020	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	DEMORA EN LA SOLICITUD MÉDICA, TOMA DE MUESTRA Y APOYO DIAGNOSTICO.	DEBILIDADES	0,02	2	0,040	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	PROCESOS DE COSTOS NO IMPLEMENTADO EN SU TOTALIDAD, LO CUAL NO PERMITE TOMAR DECISIONES EN TIEMPO REAL.	DEBILIDADES	0,01	1	0,010	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	ARTICULACIÓN DEFICIENTE DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES (FACTURACIÓN, AUDITORIA CONCURRENTES, CALIDAD Y JURIDICA).	DEBILIDADES	0,001	1	0,001	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	LIMITACION EN TECNOLOGIAS MÉDICAS, PARA LA ATENCION DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD.	DEBILIDADES	0,01	1	0,010	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	NO SE CUENTA CON UNA CENTRAL DE MEZCLAS DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS, NI CERTIFICADO DE REEMPAQUE DE TABLETERIA Y CAPSULA.	DEBILIDADES	0,01	1	0,010	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN, ADQUISICIÓN DE INSUMOS, SUMINISTROS Y MEDICAMENTOS SON POCO EFICIENTES.	DEBILIDADES	0,02	1	0,020	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	EL PROCESO DE CALIDAD ES DEFICIENTE EN LOS CENTROS DE SALUD/BAJA COMPLEJIDAD.	DEBILIDADES	0,01	1	0,010	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	TECNOLOGIAS OBSOLETAS QUE RETRASAN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EN LOS REGISTROS DE HISTORIAS CLINICAS.	DEBILIDADES	0,01	2	0,020	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	INCONVENIENTES CON LA INTERFACES ENTRE LOS DIFERENTES SOFTWARE (DINAMICA - INDIGO)	DEBILIDADES	0,01	2	0,020	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	OBSOLENCIA EN LA INFRAESTRUCTURA DE LA RED DE DATOS (CABLEADO, EQUIPOS)	DEBILIDADES	0,01	1	0,010	

FACTORES INTERNOS						
PERSPECTIVA	FACTORES CLAVES DE ÉXITO	VARIABLE	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADO PONDERADO	%
CAPACIDAD DE TALENTO HUMANO	PLANES DE MEJORAMIENTO CON ARTICULACION DEFICIENTE, REFLEJANDOSE ACCIONES SIN CUMPLIR, ANALISIS INCOMPLETOS, FALTA DE COMPROMISO POR PARTE DE ALGUNOS LIDERES DE PROCESO.	DEBILIDADES	0,01	2	0,020	7
CAPACIDAD DE TALENTO HUMANO	LIMITACIÓN DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIAS DEBIDO A LA REDUCCION DEL NÚMERO DE PERSONAL FORMADO COMO AUDITOR INTERNO.	DEBILIDADES	0,01	2	0,020	
CAPACIDAD DE TALENTO HUMANO	INOPORTUNIDAD Y POCA CAPACIDAD RESOLUTIVA POR PARTE DE ALGUNOS ESPECIALISTAS.	DEBILIDADES	0,01	2	0,020	
CAPACIDAD DE TALENTO HUMANO	BAJA ADHERENCIA A PROTOCOLOS DE CONTINUIDAD EN EL MANEJO DE PACIENTES Y DE INTERCONSULTAS.	DEBILIDADES	0,01	2	0,020	
CAPACIDAD DE TALENTO HUMANO	ALTA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS, LO QUE IMPIDE EL DESARROLLO DE PROGRAMAS QUE FORTALEZCAN EL DESEMPEÑO LABORAL.	DEBILIDADES	0,001	1	0,001	
SUBTOTAL			0,68		1,15	100
TOTAL			1,00		2,4	

Se observa que el resultado total ponderado es del 2.4, indica que el Hospital Departamental María Inmaculada ESE, está en el promedio en su posición estratégica interna general. Los resultados mayores de 2.5 indican una organización poseedora de una fuerte posición interna, mientras que los menores de 2.5 muestran una organización con debilidades internas.

La ponderación del resultado da un total de 2.4, lo cual quiere decir que las estrategias utilizadas hasta el momento han sido adecuadas, deben mantenerse; por lo tanto cubren con las necesidades de la organización teniendo un buen desempeño, pero aún debe de haber algunas mejorías para reducir las debilidades tener un mejor aprovechamiento de las fortalezas y de los recursos para tener un mejor resultado, continuar con las estrategias que capitalicen las fortalezas internas y neutralicen las debilidades.

Tabla 38. Ponderado de factores internos

FACTORES POAM	%	FORTALEZA	DEBILIDAD
CAPACIDAD DIRECTIVA	2	1	0
CAPACIDAD FINANCIERA	15	1	4
CAPACIDAD COMPETITIVA O DE MERCADO	28	4	2
CAPACIDAD TECNOLÓGICA / PROCESOS	41	7	13
CAPACIDAD DE TALENTO HUMANO	15	3	5
TOTAL	100	16	24

Es importante identificar las áreas de mayores debilidades como lo son tecnológica/procesos y la capacidad del talento humano, pues constituyen debilidad en cuanto al compromiso y responsabilidad de los colaboradores para cumplir con sus tareas y metas propuestas por la organización.

Lo relevante es comparar el peso ponderado total de las **fortalezas** contra el de las **debilidades**, determinando si las fuerzas internas de la institución son favorables o desfavorables, en el caso de HDMI, las fuerzas internas son favorables con un peso ponderado total de 1.25 contra 1.15 de las debilidades, lo que significa que tiene más fortalezas que debilidades. No obstante, el valor total por debajo de 2.5, indica que la empresa es débil en el factor interno en su conjunto.

Tabla 39. Ponderado MEFI

	Fuerte 3 a 4	Promedio 2 a 2,99	Débil 1 a 1,99
Alto 3 a 4			
Media 2 a 2,99		2,4	
bajo 1 a 1,99			

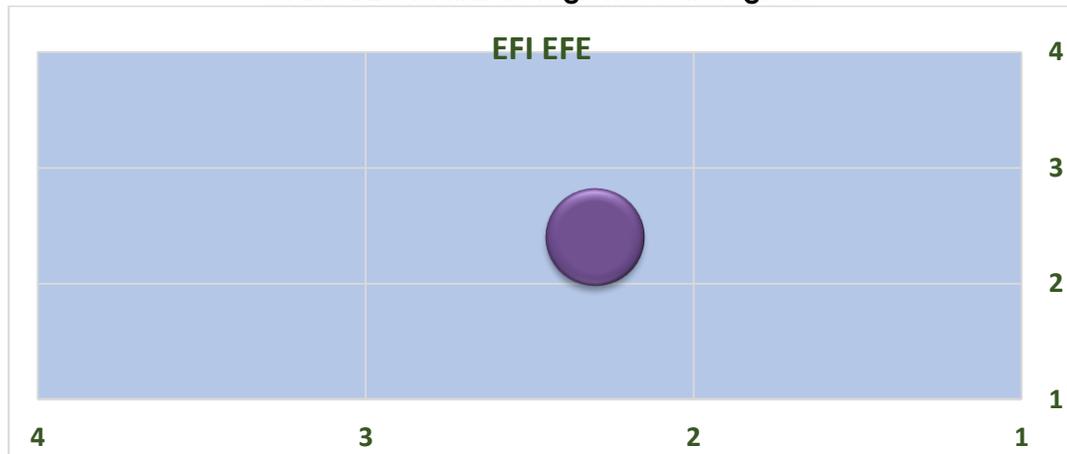
Interpretación clasificación

COLOR	ESTRATEGIA
	Crece y construye
	Retener y Mantener
	Cosechar o desinvertir

Continuando con la aplicación de la Metodología de Planeación Estratégica Participativa y una vez calculados los totales de la evaluación del factor externo e interno, se procedió a integrarlos en la Matriz de Regiones Estratégicas, encontrándose que la institución queda ubicada en el cuadrante III – V – VII, la estrategia debe ser de mantenimiento, consolidación y resistencia e identificar y controlar costos, Maximizar la productividad, mejoramiento continuo y

fortalecimiento de la infraestructura y dotación y ampliación de servicios de salud.

Gráfica 25. Matriz de regiones estratégicas



3.2 ESTRATEGIAS

3.2.1 Estrategias FO (MAXIMIZAR – MAXI)

Se cruzan las fortalezas internas con las oportunidades externas, para obtener las **estrategias FO**, las cuales se clasifican como estrategias ofensivas, ya que obtiene el máximo provecho de una situación favorable del entorno en uso de las fortalezas internas.

Se maximizan tanto fortalezas como oportunidades.

FO MAXIMIZAR -ESTRATEGIAS OFENSIVAS
Mantener el Sistema integrado de gestión, para acceder a los incentivos al desempeño para la calidad y eficiencia otorgados por el gobierno Nacional.
Gestionar con universidades o instituciones educativas convenios para mejorar las competencias del talento humano a través de formación continua.
Fortalecer los convenios docencia servicio e incluir otras profesionales de la salud.
Mejorar la capacidad instalada que permita ampliar el portafolio de servicios institucional en función de la morbilidad ampliando los niveles de responsabilidad y complejidad de los servicios de salud prestados.

Gestionar los recursos para la ejecución del reordenamiento físico- ampliación, fortalecimiento tecnológico y proyección de nuevos servicios.

3.2.2 Estrategias DO (MINIMIZAR – MAXI)

La estrategia debilidades vs. Oportunidades, intenta minimizar debilidades y maximizar oportunidades.

El Hospital presenta oportunidades en el medio externo, pero tiene debilidades institucionales que le evitan aprovechar las ventajas del mercado. Las estrategias propuestas contribuyen a la integración y fortalecimiento de la empresa. Se implementan Estrategias de retroalimentación, pues tratan de aprovechar una situación positiva del entorno para corregir procesos internos.

DO MINIMIZAR - MAXIMIZAR (ESTRATEGIAS DE RETROALIMENTACION O ADAPTACION)
Ampliación de la oferta y cobertura de los servicios, con base en las necesidades sentidas de los clientes internos, externos y EAPB.
Mejorar las estrategias de negociación con las EAPB, con el fin de buscar el equilibrio financiero y social de la E.S.E.
Realizar todas las gestiones requeridas para lograr la financiación de proyectos para la construcción, remodelación, adecuación y dotación del HDMI, acorde a las necesidades de los servicios.
Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la prestación de servicios de salud humanizados y seguros, en la sede principal y centros de salud.
Seguimiento a los eventos que vulneren la atención humanizada y medición de adherencia a protocolos.
Implementación del sistema integrado de gestión en los centros de salud, pertenecientes a la ESE.

3.2.3 Estrategias FA (MIXIMIZAR – MINIMIZAR)

Se basa en las fortalezas que pueden contrarrestar las amenazas del medio ambiente externo. Su objetivo es el de maximizar las primeras, mientras minimiza las segundas, se implementan estrategias defensivas, para tratar de

disminuir al mínimo e impacto de las amenazas del entorno ,valiéndose de las fortalezas.

FA MAXIMIZAR - MINIMIZAR ESTRATEGIAS DEFENSIVAS
Alcanzar niveles de acreditación en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad.
Aumentar los niveles de satisfacción de nuestros usuarios creando fidelidad hacia nuestros servicios.
Fortalecer el cumplimiento de la normatividad vigente.
Realizar programa de capacitación continua, garantizando la certificación de competencias y cumplimiento de estándares de habilitación.
Garantizar los elementos de protección personal y realizar seguimiento y control en el uso de estos elementos.

3.2.4 Estrategias DA (MINIMIZAR – MINIMIZAR)

El objetivo de la estrategia es la de minimizar debilidades internas y amenazas externas. Se implementan estrategias de supervivencia, las cuales están destinadas a eludir los efectos de las situaciones negativas del entorno y disminuir debilidades.

DA MINIMIZAR, ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA
Estructurar un Plan de endomarketing y Engagemen que mida la preferencia del cliente interno y externo con la ESE.
Mejorar los procesos de costos, contratación y mercadeo optimizando la gestión administrativa y financiera.
Modernizar la Planta de Personal de la ESE Hospital Departamental María Inmaculada para fortalecer procesos, áreas y optimizar el Talento Humano.
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutivead clínica y la seguridad del paciente.
Realizar medición del clima laboral y organizacional.
Fortalecer la interface y parametrización del sistema de información hospitalaria y demás registros asistenciales y administrativos, con el fin de mejorar la calidad del dato.

DA MINIMIZAR, ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA

Implementación de procesos amigables con el medio ambiente, siendo un hospital responsable con la sociedad.

Mejorar la eficiencia de los procesos administrativos y asistenciales Mejorar el proceso de facturación, cartera, auditoría y jurídica.

Desarrollar una cultura del uso adecuado de los servicios y recursos institucionales, tanto para el cliente interno como externo.



Capítulo IV Objetivos y Estrategias

Luis Francisco R.
Gerente

!Luchando por tu salud!

4.1 MAPA ESTRATEGICO

A continuación, se presentan los 17 objetivos estratégicos, definidos para el Plan de Desarrollo 2020-2024, resultado de un ejercicio participativo que estuvo orientado por un análisis interno y externo de la institución, los cuales a su vez contienen las estrategias, actividades y políticas.

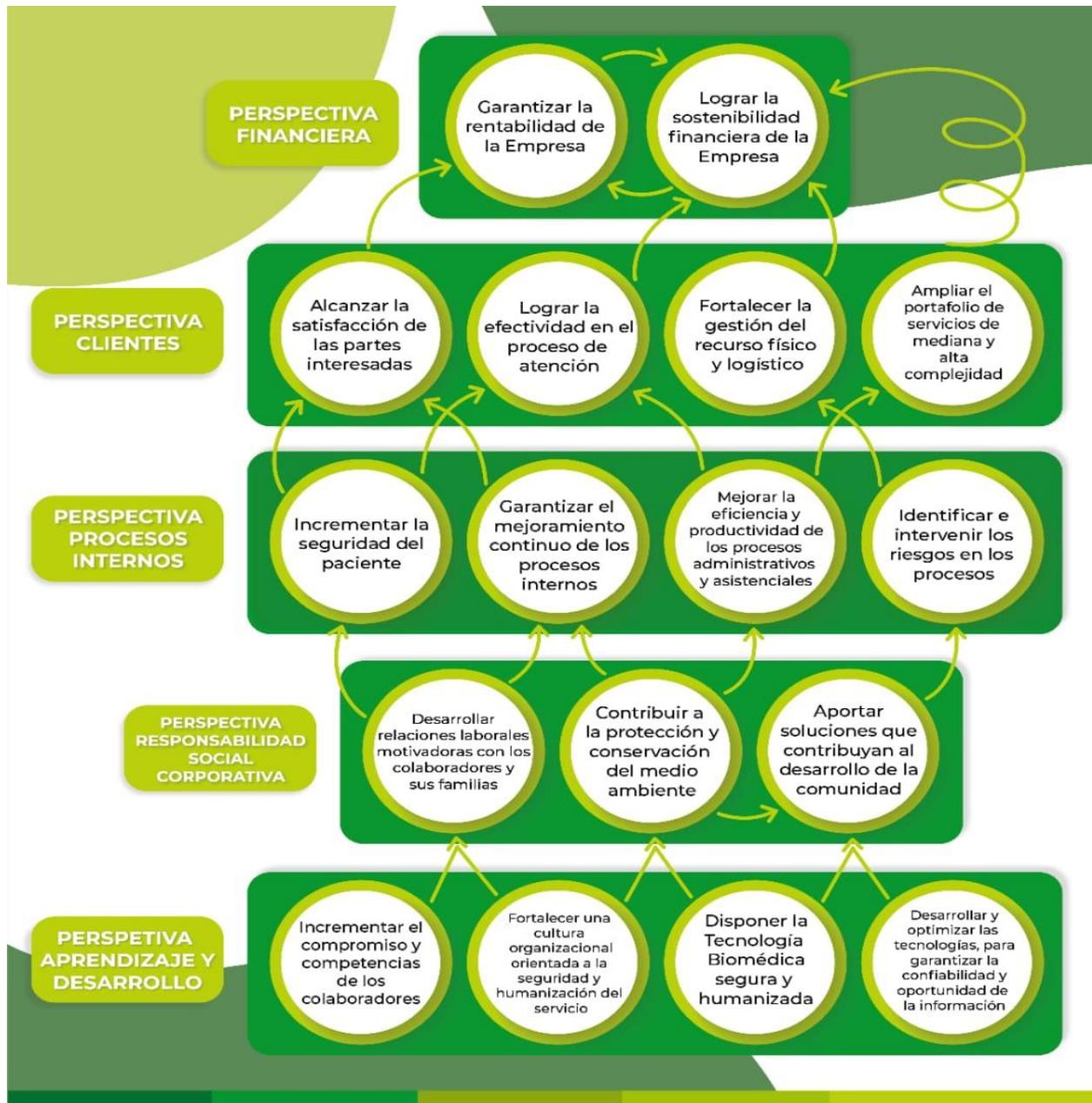


Figura 6. Mapa estratégico del HMI ESE

El mapa estratégico del hospital Departamental María Inmaculada ESE, adoptó el modelo de cinco perspectivas representadas Así:

1. Aprendizaje y Desarrollo
2. Responsabilidad Social y Corporativa
3. Procesos Internos
4. Clientes
5. Financiera

Las cuales se encuentran identificadas en el gráfico por rectángulo, y al interior de cada uno de ellos encuentran distribuidos los 17 objetivos estratégicos representados por los óvalos. Las cinco perspectivas están relacionadas a través de las causas y efectos de los objetivos estratégicos, por lo que en su conjunto se convierte en el mapa estratégico, que no es más que una representación visual de las relaciones causa efecto entre los componentes de la estrategia de la organización; es importante aclarar que el mapa se debe leer de abajo hacia arriba, es decir, es necesario fortalecer el aprendizaje y crecimiento de la organización y mejorar los procesos internos, para así lograr los resultados institucionales, lo que sin duda llevará a cumplir con la Misión y Visión de la organización, por ello este gráfico se debe entender como un desempeño ascendente.

La anterior interpretación sistémica facilita la comunicación entre los líderes del hospital y su entendimiento por parte de los demás colaboradores, lo cual además asegurará la alineación de los procesos y su aporte al logro de los grandes objetivos institucionales, que en últimas es lo que Kaplan y Norton proponen.

A continuación, se desarrollarán cada uno de los Objetivos Estratégicos contemplados en el Planteamiento Estratégico, las estrategias, actividades y las políticas.

4.2 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

4.2.1 Perspectiva financiera

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDAD	POLITICA
Garantizar la Rentabilidad de la Empresa.		Maximizar la productividad de la capacidad instalada, para fortalecer la gestión contractual y financiera en la institución.	
		Mejorar las estrategias de negociación con las EAPB, con el fin de buscar el equilibrio financiero y social de la E.S.E.	
		Mejorar los procesos de costos, contratación y mercadeo optimizando la gestión administrativa y financiera.	
		Realizar de forma autónoma traslados y movimientos presupuestales que permitan el cumplimiento de los objetivos y compromisos financieros dentro del mismo sector.	
	Gestión de recursos suficientes que garanticen la liquidez de la ESE.	Optimizar los procesos de cobros de cartera, con el propósito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos.	1. Política de control y austeridad en el gasto.
Lograr la sostenibilidad financiera de la Empresa.		Los recursos provenientes del orden Nacional, para financiar total o parcialmente la ejecución de proyectos para el Hospital María Inmaculada ESE, serán incorporados y ejecutados por la administración de la ESE directamente al presupuesto, cual fuere su cuantía.	2. Políticas contables.
		Se autoriza al Gerente del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, para que realice traslados presupuestales internos e integral de rubros que sean necesarios para la ejecución de este plan de desarrollo .	
		Cuando los contratos a suscribir tengan como objeto el cumplimiento de la misión institucional, sin importar su cuantía, no se necesitará autorización de la junta directiva, entendiéndose que queda facultado la gerencia para que realice el respectivo proceso contractual.	

Ajustar el Acuerdo No 003 del 28 de mayo del 2014 (Estatuto de Contratación) de acuerdo a la Resolución 5185 de 2013 del Ministerio de salud.

4.2.2 Perspectiva cliente

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDAD	POLITICA
Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.	Aumentar los niveles de satisfacción de nuestros usuarios creando fidelidad hacia nuestros servicios.	Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, con oportunidad, seguridad y trato humanizado.	1. Política del sistema integrado de gestión 2. Política pública de participación social en salud. 3. Seguridad de la información, lineamientos de uso y manejo. 4. Política para la implementación y desarrollo de la Estrategia Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMI. 5. Política de comunicaciones.
		Estructurar un Plan de endomarketing y Engagemen que mida la preferencia del cliente interno y externo con la ESE.	
	Pago oportuno a contratistas y proveedores.	Mejorar la rotación de las cuentas por pagar a contratistas y proveedores.	
Lograr la efectividad en el proceso de Atención.	Evaluación de resultados de atención en salud.	Evaluar la adherencia a guías y protocolos.	
		Fortalecimiento de competencias técnicas al personal asistencial.	
		Capacitación en programas de autocuidado a los usuarios y sus familias.	
		Realizar seguimiento a la efectividad clínica de los egresos hospitalarios.	
Fortalecer la gestión del Recurso físico y logístico.	Gestión y ejecución de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.	Gestionar la financiación de proyectos para la construcción, remodelación, adecuación del HDMI, acorde a las necesidades de los servicios.	
		Gestión para la Adquisición de equipos biomédicos para el fortalecimiento de servicios del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, de Florencia Caquetá.	

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDAD	POLITICA
		<p>Fortalecimiento de la Dotación de la ESE Hospital Departamental María Inmaculada para la Atención del Paciente Critico Afectado por Covid-19, para la Adquisición de 30 camas hospitalarias, 30 ventiladores estacionarios, 30 monitores de signos vitales, 3 carros de paro, 3 desfibriladores, 3 laringoscopios de fibra óptica, 3 fonendoscopios, 120 bombas de infusión, 15 succionadores, 1 equipo de rayos X portátil, 2 ventiladores de transporte, 2 electrocardiógrafos, 1 ecógrafo.</p>	
		<p>Remodelación del servicio de Hospitalización para la Implementación de la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E, de Florencia Caquetá.</p>	
		<p>Dotación del servicio de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.</p>	
		<p>Gestión del proyecto para la dotación del Servicio de Obstetricia del Hospital Departamental María Inmaculada ESE</p>	
		<p>Fortalecimiento de la Dotación del Servicio de Cirugía del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.</p>	
		<p>Fortalecimiento de la Dotación del Servicio de radiología e Imágenes Diagnosticas del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.</p>	
		<p>Fortalecimiento del servicio de imágenes diagnósticas, para la operación del Resonador Magnético y el Angiógrafo del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.</p>	
		<p>Gestión para la reposición del Tomógrafo del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.</p>	
		<p>Adquisición de dos (2) ambulancias de transporte asistencial medicalizado para el Hospital Departamental María Inmaculada ESE.</p>	

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDAD	POLITICA
		<p>Gestión para la adquisición de ambulancia de Transporte Asistencial Básico, para el Hospital Departamental María Inmaculada / Centro de Salud de la UNION PENEYA.</p> <p>Implementación del servicio de ONCOLOGIA, con su CENTRAL DE MEZCLAS, del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.</p> <p>Gestión del proyecto para la adquisición de la Unidad Móvil, para la captación de sangre, de HDMI.</p> <p>Suministro e Instalación de Ascensor Camero para la sede principal del HDMI.</p> <p>Gestión para la adquisición del sistema de llamado de enfermería audible y visible, para el HDMI.</p> <p>Gestión de proyectos para el mejoramiento de la infraestructura de los Centros y Puestos de Salud Adscritos al HDMI.</p> <p>Titulación de predios para los centros de salud de Morelia, Montañita, Unión Peneya y puesto de salud de agua bonita, para gestionar y ejecutar proyectos de infraestructura física.</p> <p>Mejoramiento de la infraestructura física de los servicios y áreas administrativas de HDMI.</p> <p>Adquisición de equipamiento industrial, para el servicio de apoyo de Alimentación del HDMI.</p>	
<p>Ampliar el portafolio de servicios de mediana y alta complejidad.</p>	<p>Mejorar la capacidad instalada de acuerdo a la morbimortalidad de la población, ampliando los niveles de responsabilidad y complejidad de los servicios de salud prestados.</p>	<p>Ofertar los servicios de UCI adultos, Resonancia magnética, oncología, nefrología, cardiovascular, Urología, Cirugía artroscópica y servicio de medicina laboral.</p>	

4.2.3 Perspectiva procesos internos

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDAD	POLITICA
Incrementar la seguridad del paciente.	Fortalecimiento de la cultura de seguridad.	Seguimiento a los eventos que vulneren la seguridad del paciente y medición de adherencia a protocolos.	
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutivez clínica y la seguridad del paciente.	
		Realizar búsquedas activas de acciones inseguras en la prestación de servicios, mediante la realización de rondas de seguridad.	
Garantizar el mejoramiento continuo de los procesos internos.	Mantener el Sistema integrado de gestión, para acceder a los incentivos al desempeño para la calidad y eficiencia otorgados por el gobierno Nacional.	Implementar el sistema integrado de gestión en los Centros de Salud adscritos al HDMI, Morelia, Montañita.	1. Política del sistema integrado de gestión 2. Política de comunicaciones. 3. Política de la Humanización.
		Mejorar el cumplimiento de los estándares de habilitación, con la normatividad vigente.	
		Diseñar y ejecutar el plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad.	
		Seguimiento a los planes de mejora y comités institucionales.	
		Realizar autoevaluación de los estándares de acreditación cumpliendo con la Resolución 5095 del 2018.	
Mejorar la eficiencia y productividad de los procesos administrativos y asistenciales.	Modernizar la Planta de Personal de la ESE Hospital Departamental María Inmaculada para fortalecer procesos, áreas y optimizar el Talento Humano.	Realizar, adoptar e implementar el Estudio Técnico de los cambios en la Planta de Personal, para optimizar el Talento Humano de acuerdo a las necesidades y requerimientos identificados.	
		Realizar, adoptar e implementar cambios en la Estructura Organizacional, de acuerdo al Nivel Jerárquico y responsabilidades establecidas, facultando a la gerencia para realizar la gestión integral.	
		Crear la oficina de contratación para Fortalecer, Unificar y centralizar los procesos de contratación de la ESE.	
Identificar e intervenir los	Fortalecer el sistema de	Designar un líder para el seguimiento y control al programa de riesgos institucionales.	

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDAD	POLITICA
riesgos en los procesos.	gestión del riesgo.	Diseñar el programa de capacitación en riesgos. Realizar los análisis, para las acciones de mejora y la toma de decisiones frente a la materialización de los riesgos.	
	Fortalecer el cumplimiento de la normatividad vigente, con una gestión administrativa eficiente.	Diseñar e implementar el procedimiento de actualización y despliegue institucional de la normatividad del Sistema de Salud y Seguridad Social en Colombia.	

4.2.4 Perspectiva responsabilidad social y corporativa

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDAD	POLITICA
Desarrollar relaciones laborales motivadoras con los colaboradores y sus familias.	Desarrollo Humano y bienestar laboral.	Crear un Programa que patrocine la finalización de estudios técnicos, a través de convenios interinstitucionales.	1. Política del sistema Integrado de gestión 2. Política Plan estratégico de seguridad vial. 3. Prevención de consumo de alcohol, tabaco y drogas. 4. Política de comunicaciones.
		Implementar aula de aprendizaje virtual para beneficio de los convenios docente asistencial.	
		Liderar un programa de capacitación continua al personal asistencial interno y externo, certificado por el Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	
		Fortalecer el funcionamiento del sistema de gestión para la salud y la seguridad en el trabajo.	
		Desarrollar la política para integración de colectivos desfavorecidos.	
		Desarrollar las olimpiadas Intrahospitalarias 2020.	
		Realizar medición del clima laboral y organizacional.	
Contribuir a la protección y conservación del medio ambiente.	Adopción de una Política Verde	Implementación de procesos amigables con el medio ambiente, siendo un hospital responsable con la sociedad.	
		Vincular la institución a programas de reforestación.	

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDAD	POLITICA
		Fortalecer el reciclaje y el uso sostenible de los recursos naturales. Vincular las acciones institucionales de reciclaje con campañas Nacionales Fortalecer la cultura ambiental institucional Reducir la contaminación a través de la eliminación de residuos de un solo uso. Mejoramiento de zonas verdes.	
Aportar soluciones que contribuyan al desarrollo de la comunidad.	Generación de ingresos y Desarrollo de la Comunidad	Promover proyectos de manufactura para generación de ingresos de grupos desfavorecidos mediante la compra de su producción. Unirse a campañas de ayuda para patrocinar el tratamiento de enfermedades. Promover proyectos para desarrollar capacidades comunitarias en salud. Crear un programa de ayudas para personas desfavorecidas de elementos dados de baja en la institución.	

4.2.5 Perspectiva aprendizaje y desarrollo

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDAD	POLITICA
Incrementar el compromiso y competencias de los colaboradores.	Fortalecer la formación integral en el lugar de trabajo.	Gestionar con universidades o instituciones educativas convenios para mejorar las competencias del talento humano a través de formación continua. Realizar programa de capacitación continua, garantizando la certificación de competencias y cumplimiento de estándares de habilitación. Fortalecer los convenios docencia servicio e incluir otras profesiones de la salud. Ejecutar el programa de inducción y reinducción.	1. Política de Humanización 2. Tratamiento protección de datos de los titulares HDMI. 3. Política para la implementación y desarrollo de la Estrategia Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMI.
Fortalecer una cultura organizacional orientada a la	Gestión del talento humano con énfasis en la	Seguimiento al programa de seguridad para fortalecer la cultura institucional. Realizar rondas de seguridad del ambiente físico.	

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDAD	POLITICA
seguridad y Humanización del Servicio.	humanización y seguridad en la atención	Operativizar el programa de Humanización de los servicios.	4. Sistema de gestión documental. 5. Política de comunicaciones.
		Capacitación y formación de los colaboradores en humanización y seguridad de la atención.	
		Realizar las acciones correctivas y sancionatorias de actos donde los colaboradores vulneren los principios de humanización y seguridad.	
Disponer de Tecnología Biomédica segura y humanizada.	Fortalecer la gestión de la tecnología Biomédica	Mantener y disponer de equipamiento para la prestación de servicios de salud seguros, en la sede principal y centros de salud.	
		Implementar el modelo de gestión de la tecnología que establezca su ciclo de vida, es decir que contemple la planeación, adquisición, instalación, capacitación, operación y disposición final de la tecnología.	
		Formular, calcular y analizar los indicadores de gestión de la tecnología en lo relacionado con el plan de mantenimiento preventivo, así mismo formular e implementar las acciones de mejora.	
Desarrollar y optimizar las tecnologías, para garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información.	Garantizar datos validos que se traduzcan en información confiable que permita generar conocimiento para tomar decisiones y	Fortalecer la interface y parametrización del sistema de información hospitalaria y demás registros asistenciales y administrativos, con el fin de mejorar la calidad del dato.	
		Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la producción de información confiables en la sede principal y centros de salud.	
		Fortalecer el proceso de auditoría a la Historia Clínica y demás registros asistenciales.	
		Capacitar y sensibilizar a los grupos de interés relacionados con la calidad del dato.	
		Elaborar acuerdos de confidencialidad entre el hospital y los colaboradores.	
		Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad.	
		Diseñar y aplicar un proceso de análisis y validación de los resultados de los indicadores.	
		Identificar las fuentes de información para el cálculo de los indicadores de gestión y proceder con su desarrollo e implementación.	

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDAD	POLITICA
		Identificar, intervenir y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora relacionados con la seguridad del software y hardware de los sistemas de la información.	

Capítulo V

Proyectos 2020-2024

Luis Francisco R.
Gerente

!Luchando por tu salud!

5.1 EVALUACIÓN DEL ESTADO DE INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA ESE

En el Hospital Departamental María Inmaculada de Florencia se identifica una problemática general en el componente de infraestructura física, el cual de manera global se sintetiza en una inadecuada distribución de unidades, servicios y ambientes, dispersión y dificultad de interrelación en los servicios o carencia de espacios, que afecta significativamente la prestación de los servicios de salud. Por tal razón y con el fin de lograr estándares de infraestructura acordes a la normatividad vigente para construcciones hospitalarias. (Res.4445/1996 –Res.3100/2019), el hospital mediante contrato de consultoría realiza el estudio de reordenamiento físico de sus actuales instalaciones y el diseño de nueva infraestructura para su ampliación.

En la infraestructura actual del Hospital María Inmaculada E.S.E, con el estudio de reordenamiento físico, se optimizarán servicios de mediana y alta complejidad que en la actualidad se están prestando y se generará una relación costo beneficio derivado de la interrelación de todos los servicios, procesos, equipos, espacios y tiempos de recorrido, logrando disminuir los tiempos de espera, la oportunidad en la atención y obteniendo un alto nivel de calidad en las diferentes áreas; en conclusión el proyecto permitirá rediseñar los servicios existentes en el actual Hospital María Inmaculada E.S.E y el traslado de otros servicios a la nueva infraestructura.

La nueva Torre permitirá a la comunidad acceder a nuevos servicios teniendo en cuenta el modelo de atención médica asistencial y las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social, que, en coordinación entre los diseñadores del proyecto, la entidad y el Ministerio tendrá como resultado un programa médico arquitectónico ajustado a las necesidades y un nuevo portafolio de servicios.

5.1.1 Capacidad Proyectada del HDMI Consulta externa

- El área de consulta externa no cumple con estándares de habilitación en infraestructura, interdependencia, manejo de residuos biológicos y rutas de bioseguridad.
- Se determina pasar de 12 consultorios especializados a 17 consultorios especializados.
- Se continúa con 1 consultorio para Psicología y Neuropsicología
- Se continúa con 1 consultorio para Medicina General compartido con Dermatología.
- Se determina adecuar una sala para procedimientos con 2 camillas.

5.1.2 Urgencias medianas y alta complejidad

- El área de urgencias atención inicial y observación no cumple con estándares de rehabilitación en infraestructura, interdependencia, manejo de residuos biológicos y rutas de bioseguridad.
- Hacinamiento en camillas
- Deficiencia en baños y espacios privados para el paciente
- Porcentaje ocupación observación mayor 100%.
- Por lo que se requiere construir un área nueva de Urgencias dando cumplimiento a estándares de rehabilitación y la cobertura del aumento de la demanda de servicios asistenciales.
- Se determina pasar de 57 camillas a 60 camillas para observación incluidas 2 aislados (no se requieren más camillas, debido a que se mejora el flujo de pacientes a UCI y hospitalización).
- Sala ERA – Sala EDA – Sala Yesos (nueva capacidad instalada)
- Sala reanimación adultos
- Sala reanimación pediátrica
- Área de procedimientos con 4 camillas
- Pasar de 4 consultorios médicos a 5 consultorios médicos
- Se continúa con 1 consultorio de Triage

5.1.3 Unidad obstetricia

- Porcentaje ocupación actual 98,5%.
- El área de la Unidad no cumple con estándares de rehabilitación en infraestructura, interdependencia, manejo de residuos biológicos y rutas de bioseguridad.
- Hacinamiento en camillas
- Falta de privacidad, falta de baños
- Por lo que se requiere construir un área nueva de Unidad de Obstetricia que cumpla con los estándares de rehabilitación, que garantice la cobertura por el aumento de la demanda de servicios asistenciales por aumento de la complejidad (UCI).
- Actualmente se atiende un promedio de 300 partos mensuales, con el aumento de la complejidad y la demanda de servicios se proyecta un incremento entre el 5 – 7% mensual. Tener en cuenta que el tiempo promedio de atención del parto al pasar a la sala de parto es entre 2-3 horas (fase activa – expulsivo – alumbramiento - adaptación) más el tiempo de limpieza y asepsia del mismo.
- Se determina pasar de 1 sala de partos a 2 salas de atención del parto
- De 1 consultorio médico especializado a 2 consultorios médicos especializados con ecógrafo.
- Se continúa con 1 consultorio de medicina general

- Se pasa de 6 camillas observación a 8 camillas de observación
- Se establece un área nueva de procedimientos con 2camillas
- Se pasa de 1 camilla para monitoreo fetal a 2 camillas para monitoreo
- Se determinan 6 camas para atención de trabajo parto
- Se pasan de 3 camillas recuperación pos parto a 4camillas.

5.1.4 Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica

- El área de Radiología y laboratorio clínico no cumplen con estándares de habilitación en infraestructura, interdependencia, manejo de residuos biológicos y rutas de bioseguridad.
- Falta de privacidad, falta de baños
- En radiología se establece aumentar servicios de Mamografía y Resonancia Magnética.
- Continuando con servicios de Radiología convencional, Tomografía, Ultrasonido.
- En área de Laboratorio clínico se aumenta de 1 a 2 los cubículos para toma de muestras.
- Se establece Diagnostico Cardiovascular (el cual se tenía como consultorio de cardiología en consulta externa) y se dejan en apoyo diagnóstico, con un área para consultorio y otra área con 2 módulos para procedimientos.
- Así mismo se establece el área de Endoscopias (la cual se tenía en consulta externa) y se deja como apoyo diagnóstico, con un área para consultorios, área con 2 módulos para procedimientos y área con 2 camillas para alistamiento y recuperación de procedimientos.
- El área de fisioterapia continua con la misma capacidad instalada.
- El área de terapia respiratoria aumenta de 1 a 2 camillas para procedimientos.

5.1.5 Internación

- El área de Internación no cumple con estándares de habilitación en infraestructura, interdependencia, manejo de residuos biológicos y rutas de bioseguridad.
- Porcentaje de ocupación 98%.
- Internación general adultos: pasa de 79 camas a 98camas
- Aislamiento Adultos: pasa de 3 camas a 5camas
- Internación Pediatría: pasa de 34 camas a 29camas
- Internación Obstetricia: pasa de 10 camas a 20camas
- Internación Salud Mental: pasa de 20 camas a 25camas
- Cuidado Intensivo Neonatal pasa de 7 a 8 camas, Intermedio y básico continua igual.
- Se establecen 4 camas en UCI pediátrica, debido a la falta de camas intensivas pediátricas en el Departamento, promediode 8remisiones mensuales a UCI pediátrica con

noportunidad por parte de las EPS lo cual genera altos riesgos de morbimortalidad en la población pediátrica.

- Se establece la UCI adultos con 24 camas, las cuales se requieren por falta de camas en el Departamento, inoportunidad por parte de las EPS en la remisión a UCI, lo cual pone en riesgo la salud y vida de los pacientes, se requiere garantizar la cobertura en la atención por aumento en la demanda de servicios asistenciales por la elevación de la complejidad en la atención.

5.1.6 Quirúrgicos

- El área quirúrgica no cumple con estándares de habilitación en infraestructura física, interdependencia de servicios, manejo de residuos biológicos y rutas de bioseguridad.
- Además, se requiere aumentar el número de quirófanos debido al aumento de la demanda de servicios por la elevación de la complejidad en la atención, aumento en la complejidad de la atención obstétrica, aumento de procedimientos quirúrgicos que se realizan por contar con UCI adultos.
- Se pasan de 4 quirófanos a 5 quirófanos (quedando con una capacidad instalada actual de 1 quirófano urgencias general, 1 quirófano urgencias obstétricas y 3 quirófanos para cirugía ambulatoria).

5.2 PROYECCION FINANCIERA Y FUENTES DE FINANCIACION 2020-2024

No	NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR PROYECTO	FUENTES DE FINANCIACION			
			MINISTERIO DE SALUD	OUTSOURCING	GOBERNACION - REGALIAS	HOSPITAL
			2020-2024			
1	Gestionar la financiación del proyecto para la construcción, remodelación, adecuación del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, de Florencia Caquetá. Acorde a las necesidades de servicios planteadas.	\$ 71.000.000.000	0	0	71.000.000.000	0
2	Gestión para la Adquisición de equipos biomédicos para el fortalecimiento de servicios del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, de Florencia Caquetá.	\$ 5.800.000.000	5.800.000.000		0	
3	Fortalecimiento de la Dotación de la ESE Hospital Departamental María Inmaculada para la Atención del Paciente Crítico Afectado por Covid-19, para la Adquisición de 30 camas hospitalarias, 30 ventiladores estacionarios, 30 monitores de signos vitales, 3 carros de paro, 3 desfibriladores, 3 laringoscopios de fibra óptica, 30 fonendoscopios, 120 bombas de infusión, 15 succionadores, 1 equipo de rayos X portátil, 2 ventiladores de transporte, 2 electrocardiógrafos, 1 ecógrafo.	\$ 4.336.417.465			4.336.417.465	

No	NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR PROYECTO	FUENTES DE FINANCIACION			
			MINISTERIO DE SALUD	OUTSOURCING	GOBERNACION - REGALIAS	HOSPITAL
			2020-2024			
4	Remodelación del servicio de Hospitalización para la Implementación de la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E, de Florencia Caquetá.	\$ 2.260.849.482				2.260.849.482
5	Dotación del servicio de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	\$ 896.380.897	717.000.000			179.380.897
6	Gestión del proyecto para la dotación del Servicio de Obstetricia del Hospital Departamental María Inmaculada ESE	\$ 338.450.000	236.915.000		0	101.535.000
7	Fortalecimiento de la Dotación del Servicio de Cirugía del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	\$ 700.000.000	560.000.000			140.000.000
8	Fortalecimiento de la Dotación del Servicio de radiología e Imágenes Diagnosticas del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	\$ 280.000.000	224.000.000		0	56.000.000
9	Fortalecimiento del servicio de imágenes diagnósticas, para la operación del Resonador Magnético y el Angiógrafo del Hospital Departamental María Inmaculada ESE	\$ 9.000.000.000		9.000.000.000	0	
10	Proyecto para Equipo de Hipotermia para Asfixia Perinatal, Polisomnógrafo.	\$ 700.000.000		700.000.000		
11	Proyecto de dotación para el equipamiento de la Lavandería.	\$ 1.200.000.000				1.200.000.000

No	NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR PROYECTO	FUENTES DE FINANCIACION			
			MINISTERIO DE SALUD	OUTSOURCING	GOBERNACION - REGALIAS	HOSPITAL
			2020-2024			
12	Gestión para la reposición del Tomógrafo del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	\$ 1.600.000.000			1.600.000.000	
13	Adquisición de dos (2) ambulancias de transporte asistencial medicalizado para el Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	\$ 623.000.000	431.000.000			192.000.000
14	Gestión para la adquisición de ambulancia de Transporte Asistencial Básico, para el Hospital Departamental María Inmaculada / Centro de Salud de la UNION PENEYA.	\$ 240.000.000	192.000.000			48.000.000
15	Implementación del servicio de ONCOLOGIA, con su CENTRAL DE MEZCLAS, del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	\$ 0	0	Por determinar	0	0
16	Gestión del proyecto para la adquisición de la Unidad Móvil, para la captación de sangre, de HDMI.	\$ 350.000.000			350.000.000	
17	Suministro e Instalación de Ascensor Camero para la sede principal del HDMI.	\$ 380.000.000	0	0	0	380.000.000
18	Gestión para la adquisición del sistema de llamado de enfermería audible y visible, para el HDMI.	\$ 250.000.000	250.000.000			
19	Gestión de proyectos para el mejoramiento de la infraestructura de los Centros y Puestos de Salud Adscritos al HDMI.	\$ 2.000.000.000			2.000.000.000	

No	NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR PROYECTO	FUENTES DE FINANCIACION			
			MINISTERIO DE SALUD	OUTSOURCING	GOBERNACION - REGALIAS	HOSPITAL
			2020-2024			
20	Titulación de predios para los centros de salud de Morelia, Montañita, Unión Peneya y puesto de salud de agua bonita, para gestionar y ejecutar proyectos de infraestructura física	\$ 30.000.000				30.000.000
21	Mejoramiento de la infraestructura física de los servicios y áreas administrativas de HDMI.	\$ 1.400.000.000				1.400.000.000
22	Adquisición de equipamiento industrial, para el servicio de apoyo de Alimentación del HDMI.	\$ 120.000.000				120.000.000
23	Adquisición y reposición de tecnologías de la información (equipos de cómputo, servidores, almacenamiento etc).	\$ 360.000.000				360.000.000
24	Mejoramiento de la infraestructura de red de datos del Hospital María Inmaculada y sus centros de salud.	\$ 700.000.000				700.000.000
TOTAL PROYECTOS PLAN DE DESARROLLO 2020-2024		\$ 104.565.097.844	\$ 8.410.915.000	\$ 9.700.000.000	\$ 79.286.417.465	\$ 7.167.765.379



LUIS FRANCISCO RUIZ AGUILAR
 Gerente

Elaboro. Dr. Edward Alexander Cortes Puentes/Asesor de Planeación
 Dra. Martha Ortiz/ Asesora de Calidad

EQUIPO DIRECTIVO Y ASESOR

CAMILO DIAZ CARDENAS

Subgerente Científico

ELVER CUELLAR MURCIA

Subgerente Administrativo y Financiero

MALLERLY GONZALEZ ARIAS

Directora de Talento Humano

LUZ ESTELLA GAITAN CHAVARRO

Directora de Servicios Ambulatorios

CLAUDIA MARCELA TRUJILLO BARRETO

Directora de Servicios Hospitalarios

EDWARD ALEXANDER CORTES PUENTES

Asesor de Planeación

MARTHA PATRICIA ORTIZ VEGA

Asesora de Calidad

CINDY TATIANA VARGAS TORO

Asesora de Control Interno Disciplinario

ELSA EDID CALDERON CHAUX

Asesora de Control Interno

LUIS CARLOS LOPEZ RAMIREZ

Asesor Jurídico



HOSPITAL DEPARTAMENTAL
María
Inmaculada
E.S.E.

PLAN DE DESARROLLO 2020 · 2024

!Luchando por tu salud!

Luis Francisco R.
Gerente