

# PLAN DE DESARROLLO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2018-2020

## GESTIÓN DIRECTIVA

GD-GE-PL-02 VERSIÓN 2  
JUNIO DE 2018



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**  
**NIT. 900.006.037-4**

**INSTITUCIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD**

**GERENTE: ÉDGAR JULIÁN NIÑO CARRILLO**

**Resolución de Nombramiento No 00085 de mayo 2 de 2017**  
**Acta de Posesión No.: 011 mayo 3 de 2017**

La última versión de este documento estará disponible en la Intranet de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander.  
<http://www.hus.gov.co/xmartnet/index.htm> y será la única válida para su utilización.  
Evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

## **MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA**

### **Doctor. ROBINSON SARMIENTO GARCIA**

Presidente de la Junta Directiva de la E.S.E. HUS Representante del Estamento Político, Administrativo  
Delegado del Señor Gobernador

### **Doctor. LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO**

Secretario de Salud de Santander Representante del Estamento Político, Administrativo

### **Doctor. FABIO BOLIVAR GRIMALDOS**

Delegado del Rector de la Universidad Industrial de Santander Representante del Estamento Político,  
Administrativo

### **Doctora. MYRIAM FANNY ANAYA MARTÍNEZ**

Representante del Estamento Científico de la ESE – HUS

### **Doctora. LUISA DE LA C. SALAMANCA GARZÓN**

Representante de la Comunidad – Gremios de la Producción

### **Doctor. HERMES JAIMES CARVAJAL**

Representante de la Comunidad – Gremios de la Producción

### **Doctor. PANFILO ERNESTO NIÑO VELASCO**

Representante de los usuarios

## **MIEMBROS DEL NIVEL DIRECTIVO HOSPITAL**

### **Médico. ÉDGAR JULIÁN NIÑO CARRILLO**

Gerente

### **Administradora. MARTHA ROSA AMIRA VEGA BLANCO**

Subgerente Administrativo y financiero.

### **Médico. JUAN PAULO SERRANO PASTRANA**

Subgerente servicios Quirúrgicos.

### **Médico. LADY RODRIGUEZ BURBANO**

Subgerente servicios Médicos.

### **Enfermera. HELDA CECILIA AMAYA DIAZ**

Subgerente de Enfermería.

### **Médico. GUILLERMO GÓMEZ MOYA**

Subgerente servicios Ambulatorios.

### **Médico. JURG NIEDERVACHER VELASQUEZ**

Subgerente mujer e infancia.

### **Médico. ALVARO GÓMEZ TORRADO**

Subgerente Alto costo.

### **Médico. SIGIFREDO FONSECA GONZALEZ**

Subgerente de Apoyo Diagnóstico.

## PRESENTACIÓN

En un escenario sectorial de constante cambio, y con la presencia de enormes retos para la prestación de servicios de salud desde los ámbitos financieros, logísticos y estructurales, se hace indispensable la formulación de un plan de desarrollo que oriente los esfuerzos institucionales para solucionar los problemas de salud de mediana y alta complejidad con calidad.

Con este propósito, y mediante un diagnóstico riguroso, que contó con el acompañamiento de la Universidad Industrial de Santander, se inició el camino para la construcción del Plan de Desarrollo institucional; este diagnóstico contó con el apoyo de las diferentes dependencias buscando determinar líneas de base que permitieran acercar la mirada gerencial al estado actual del hospital. Igualmente, para el análisis externo se tuvieron en cuenta múltiples variables y la producción científica de los diferentes actores sectoriales del nivel, nacional, departamental y local.

Las metas planteadas en el documento elaborado, se articulan con las políticas públicas y con los planes de desarrollo Nacional “Todos por un nuevo país” y con el Plan de Desarrollo Departamental “Santander Nos Une” el cual establece que al finalizar el periodo de gobierno en 2019 Santander será un territorio más equitativo en salud, con un sistema de salud fortalecido y centrado en el ciudadano. A su vez para la construcción del presente Plan se tuvo en cuenta en su marco teórico al Plan Decenal de Salud, el Plan Decenal Para el Control del Cáncer, la Ley Estatutaria de Salud, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS).

Se pretende que el Plan de Desarrollo 2017-2020 sea la hoja de navegación para la consolidación del Hospital Universitario de Santander como centro de referencia de alta complejidad en el Nororiente colombiano, diferenciándose por contar con altos estándares de calidad y con productos científicos de investigación e innovación en salud; para ello se definieron cinco ejes estratégicos a saber: gestión de buen gobierno, prestación de servicios, eficiencia administrativa, gestión del talento humano, y gestión financiera.

La prestación del servicio de salud se fundamenta en los ejes trazadores previstos en la resolución 2082 de 2014, que incluye la atención centrada en el usuario, gestión clínica excelente y segura, humanización de la atención en salud, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, proceso de transformación cultural permanente, y responsabilidad social.

De esta forma se presenta a la región, una herramienta que servirá para guiar los esfuerzos y recursos institucionales con el fin de lograr las metas previstas para el año 2020 de contar con un: “Hospital Acreditado, Seguro y Sostenible”.

**ÉDGAR JULIÁN NIÑO CARRILLO**  
**Gerente E.S.E HUS**

## CONTENIDO

	Pág.
1. ANTECEDENTES .....	10
2. MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 LOS PLANES DE DESARROLLO EN LAS INSTITUCIONES.....	12
2.2 LOS PLANES DE DESARROLLO EN EL HUS .....	12
3. MARCO LEGAL .....	12
4. ARTICULACIÓN.....	14
4.1 EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO “TODOS POR UN NUEVO PAÍS” .....	14
4.1.1 Equidad .....	15
4.1.2 Paz.....	15
4.1.3 Educación.....	16
4.2 SALUD PÚBLICA - PLAN DECENAL DE SALUD .....	17
4.3 PLAN DECENAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER.....	18
4.4 LEY ESTATUTARIA EN SALUD .....	18
4.4.1 Política de Atención Integral en Salud (PAÍS).....	18
4.4.2 Atención Primaria en Salud (APS) .....	19
4.4.3 Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).....	20
4.4.4 Redes Integrales de Prestadores de Salud .....	20
4.4.5 Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) .....	20
4.5 PLAN DESARROLLO DEPARTAMENTAL “SANTANDER NOS UNE” .....	20
4.6 PROGRAMA TERRITORIAL DE REDES.....	21
5. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO.....	22
5.1 ANÁLISIS EXTERNO .....	22
5.1.1 Situación del Sistema de Salud Nacional .....	22
5.1.2 Situación Departamental-Santander .....	23
5.1.3 Competitividad.....	24
5.1.4 Innovación .....	25
5.1.5 Las TIC .....	25
5.1.6. Población.....	26
5.1.7 Red de Prestación de Servicios de Salud Departamental .....	28
5.2 ANÁLISIS INTERNO .....	29
5.2.1 Portafolio.....	29
5.2.2 Remisiones .....	29
5.2.3 Capacidad instalada .....	33
5.2.4 Análisis de indicadores producción.....	33
5.2.5 Análisis indicadores calidad .....	39
5.2.6 Perfil epidemiológico .....	46
5.2.7 Talento Humano .....	49
5.2.8 Situación Financiera .....	49
5.2.9. Situación Infraestructura .....	52
6. ANÁLISIS ESTRATÉGICO.....	53

6.1	METODOLOGÍA (PROCEDIMIENTO DE PLANEACIÓN)	53
6.2	FORMULACIÓN PLATAFORMA ESTRATÉGICA	54
6.2.1	Misión	54
6.2.2	Visión	54
6.2.3	Objetivos Corporativos	54
6.2.4	Valores	54
6.2.5	Principios	55
6.2.6	Políticas	55
6.2.7	Mapa de Procesos	55
6.2.8	Estructura Organizacional	58
7.	FORMULACIÓN DE LÍNEAS ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	59
7.1	ANÁLISIS	59
7.1.1	Factores Críticos de Éxito	59
7.1.2	Matriz DOFA	59
7.2	FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS	59
7.2.1	Ejes y objetivos estratégicos	60
7.2.2	Eje estratégico 1. Gestión de buen gobierno	60
7.2.3	Eje estratégico 2. Misional - Prestación servicios	61
7.2.4	Eje estratégico 3. Eficiencia administrativa	61
7.2.5	Eje estratégico 4. Gestión de talento humano	61
7.2.6	Eje estratégico 5. Gestión financiera	62
7.3	PLAN DE INVERSIÓN	62
7.4	EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO	64
7.4.1	Ejecución del Plan de Desarrollo	64
7.4.2	Seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional	64
7.4.3	Análisis de Resultados	64
7.4.4	Implementación de Acciones de Mejoramiento	64
7.4.5	Evaluación Plan de Desarrollo	64
7.5	SOCIALIZACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO	65
8.	DOCUMENTOS DE REFERENCIA	66
9.	ANEXOS	68
	ANEXO A. Plan de Desarrollo Departamental “Santander nos Une”	68
	ANEXO B. Portafolio de Servicio ESE HUS	72
	ANEXO C. Factores Críticos de Éxito	74
	ANEXO D. Matriz DOFA	77
	ANEXO E. Eje Estratégico 1. Gestión de Buen Gobierno	78
	ANEXO F. Eje Estratégico 2. Prestación de Servicios	80
	ANEXO G. Eje Estratégico 3. Eficiencia Administrativa	83
	ANEXO H. Eje Estratégico 4. Gestión de Talento Humano	86
	ANEXO I. Eje Estratégico 5. Gestión Financiera	88
	ANEXO J. Proyección de Ventas 2017 - 2020	89
	ANEXO K. Proyección de Recaudo 2017 - 2020	91
	ANEXO L. Iniciativas Asociadas al Objetivo	92
	ANEXO M. Objetivos de Desarrollo Sostenible Al 2030	94

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Marco Legal.....	13
Tabla 2. Población Departamento de Santander.....	27
Tabla 3. Población Total y por Sexo, Santander 2017.....	27
Tabla 4. Primeras Causas de Atención por Servicios, Santander 2013.....	28
Tabla 5. Situación Actual de UCI en el Departamento de Santander.....	31
Tabla 6. Consolidado de Remisiones a UCI 2016.....	32
Tabla 7. Consolidado de Remisiones a UCI Adulto 2016.....	32
Tabla 8. Consolidado de Remisiones a UCI Pediátrica 2016.....	32
Tabla 9. Consolidado de Remisiones a UCI Neonatal 2016.....	33
Tabla 10. Capacidad Instalada.....	33
Tabla 11. Producción de Servicios.....	33
Tabla 12. Consulta Médica Especializada.....	34
Tabla 13. Total Egresos.....	34
Tabla 14. Pacientes Atendidos en UCI.....	34
Tabla 15. Total Días Estancia de los Egresos.....	35
Tabla 16. Promedio Cirugías por Día.....	37
Tabla 17. Total Egresos no Quirúrgicos, Obstétricos y Quirúrgicos.....	37
Tabla 18. Promedio Día Estancia.....	38
Tabla 19. Indicadores de Calidad Asistenciales.....	39
Tabla 20. Resultados de Indicadores de Calidad – Resolución 256 de 2016.....	40
Tabla 21. Resultado de Indicadores de Calidad – Resolución 256 de 2016 – II Semestre.....	40
Tabla 22. Resultado de Indicadores de Calidad – Resolución 256 de 2016 – II semestre.....	42
Tabla 23. Programación de Cirugía.....	43
Tabla 24. Proporción satisfacción usuarios.....	45
Tabla 25. Tiempo Promedio Espera Triage II.....	45
Tabla 26. Consulta Externa.....	46
Tabla 27. Consulta Urgencias.....	47
Tabla 28. Hospitalización.....	47
Tabla 29. Urgencias.....	48
Tabla 30. Mortalidad.....	48
Tabla 31. Ingresos Reconocidos.....	50
Tabla 32. Ingresos Recaudados.....	50
Tabla 33. Gasto Comprometido.....	51
Tabla 34. Cartera Deudores.....	51
Tabla 35. Pasivos.....	52
Tabla 36. Ejes y Objetivos Estratégicos.....	60
Tabla 37. Programas y Objetivos.....	60
Tabla 38. Eje 2. Misional – Prestación de Servicios.....	61
Tabla 39. Eficiencia Administrativa.....	61
Tabla 40. Eje 4. Gestión del Talento Humano.....	62
Tabla 41. Eje 5. Gestión Financiera.....	62
Tabla 42. Proyectos Acorde al PMA.....	62
Tabla 43. Recaudo Estampilla Pro Hospital.....	63

## LISTA DE ILUSTRACIONES

	<b>Pág.</b>
Ilustración 1. Modalidades de la Planeación .....	53
Ilustración 2. Descripción Mapa de Procesos .....	56
Ilustración 3. Organigrama ESE HUS .....	58
Ilustración 4. Formulación de Líneas Estrategias y Objetivos Estratégicos .....	59
Ilustración 5. Ejes .....	60

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Remisiones por Departamento de Procedencia 2016.....	29
Gráfico 3. Remisiones por Provincia de Procedencia 2016.....	30
Gráfico 4. UVR y Estacionalidad de la Producción por Trimestre .....	35
Gráfico 5. Servicios Quirúrgicos, Hospitalarios y Apoyo Diagnóstico.....	36
Gráfico 6. Cirugías por Grupos Quirúrgicos.....	36
Gráfico 7. Porcentaje Ocupación Hospitalaria .....	37
Gráfico 8. Consulta de Medicina (Miles).....	38
Gráfico 9. Consultas de Medicina Programadas por Cada Consulta Urgente.....	38
Gráfico 10. Oportunidad Medicina Interna .....	41
Gráfico 11. Oportunidad Pediatría.....	41
Gráfico 12. Oportunidad Ginecología.....	41
Gráfico 13. Oportunidad Obstetricia.....	42
Gráfico 14. Oportunidad CX General.....	42
Gráfico 15. Oportunidad Toma de Ecografía .....	43
Gráfico 16. Oportunidad Toma de Resonancia Magnética Nuclear .....	43
Gráfico 17. Proporción Cancelación de Cirugía Programada .....	44
Gráfico 18. Oportunidad Realización CX de Cataratas.....	44
Gráfico 19. Oportunidad Realización CX de Reemplazo de Cadera .....	44
Gráfico 20. Experiencia de la Atención .....	45
Gráfico 21. Oportunidad de Atención Triage II .....	46
Gráfico 22. Consulta Externa .....	46
Gráfico 23. Consulta Urgencias.....	47
Gráfico 24. Hospitalización.....	47
Gráfico 25. Urgencias.....	48

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p><b>PLAN DE DESARROLLO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2018-2020</b></p>	<p><b>Página: 10 de 107</b></p>
	<p><b>CODIGO: GD-GE-PL-02</b></p>	<p><b>Versión: 2</b></p>
<p><b>Elaboró:</b> Hernán Alonso Delgado Centeno Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional</p>	<p><b>Revisó:</b> Edgar Julián Niño Carillo Gerente E.S.E HUS</p>	<p><b>Aprobó:</b> Junta Directiva Acta del 13 de junio de 2018</p>
<p><b>Fecha Elaboración:</b> Noviembre de 2017</p>	<p><b>Fecha de Revisión:</b> Diciembre de 2017</p>	<p><b>Fecha Aprobación:</b> Diciembre de 2017</p>

## 1. ANTECEDENTES

La institución pública en salud más importante del nororiente colombiano, nació bajo el Decreto Presidencial N° 0793 del 13 de abril de 1951 firmado por el expresidente Laureano Gómez, como Hospital Universitario Ramón González Valencia, por la necesidad de tener en la ciudad un Hospital que diera cubrimiento en salud a todo el Nororiente Colombiano.

En julio de 1973, es inaugurado por el Presidente Misael Pastrana Borrero, en memoria del expresidente Ramón González Valencia.

En vista de los conflictos laborales y la falta de recursos, el señor Gobernador del Departamento de Santander en el año 2004 decidió liquidar el entonces Hospital Ramón González Valencia y dar comienzo al actual Hospital Universitario de Santander, que fue creado mediante la resolución 0025 expedida el 4 de febrero de 2005 como una entidad social del estado prestadora de servicios de salud descentralizada, de orden Departamental con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría de Salud de Santander, que comenzó a operar saneada financieramente.

Su reestructuración le costó al departamento cerca de 78 mil millones y desde sus inicios se determinó que sería una administración compartida entre el departamento, el cual garantizaría la viabilidad financiera; y la Universidad Industrial de Santander (UIS), que se encargaría de la administración técnico - científica del nuevo centro asistencial, a través de siete subgerencias médico - quirúrgicas.

Es así como la E.S.E Hospital Universitario de Santander ha dedicado sus doce años de existencia a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del nororiente colombiano, mediante el trabajo de un equipo humano calificado, con apoyo tecnológico y especialmente por su compromiso con la academia, con más de mil (1.000), estudiantes en práctica semestral, provenientes de un total de ocho universidades en convenio.

Desde su creación y hasta la actualidad, el Hospital ha sido protagonista de grandes cambios que han permitido que la institución sea reconocida dentro y fuera del país.

En el año 2006, en la evaluación aplicada a más de mil instituciones prestadoras de salud (IPS) públicas y privadas de alta, mediana y baja complejidad del país, realizada por la Universidad Nacional de Colombia y Fedesalud, con el auspicio del Ministerio de la Protección Social, dieron a conocer las 100 mejores IPS del país. En esta ocasión, la institución fue ubicada en el puesto noveno. Este destacado lugar se logró después de que los investigadores evaluaran y analizaran los servicios que se prestan, la información financiera y los indicadores de calidad de las IPS que aún no han sido acreditadas.



En el 2006, la enfermera Marcela Carbonell Gutiérrez, coordinadora de emergencias y desastres del Hospital, fue una de las cuatro personas seleccionadas para representar a Colombia en el curso de Capacitación para la Administración de Servicios Médicos de Emergencia en tiempo de gran desastre natural implementado especialmente para los Países Andinos” y desarrollado en Japón, gran mérito que permitió destacar y dar a conocer a la institución en el ámbito internacional, especialmente en las acciones realizadas al interior del Hospital en cuanto a emergencias y desastres. Es precisamente el programa de emergencias y desastres al que vienen a referenciarse instituciones acreditadas de alta complejidad en el departamento de Santander, como son el Hospital Internacional y la Fundación Cardiovascular, Fundación Oftalmológica de Santander Carlos Ardila Lulle y el Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro.

Durante el año 2009, se creó el Programa Madre Canguro, con el propósito de disminuir la mortalidad de los neonatos ofreciendo atención a los niños menores de 37 semanas y/o de bajo peso al nacer, evitando futuras complicaciones y secuelas desde el punto de vista médico, psicológico y social.

En el año 2010 el hospital tenía una torre hospitalaria de 12 pisos (22.850 m<sup>2</sup> y 380 camas) una plataforma de servicios de 2 pisos (8.565 m<sup>2</sup>), localizado en un lote cuya área es de 22.400 m<sup>2</sup> y colinda por el costado occidental y norte con la facultad de salud de la UIS, su planta de primer piso ocupa el 61% del área total del lote; además tiene como parte de sus servicios tres edificaciones adicionales con estructuras totalmente independientes que no son parte de su planta física inicialmente construida, como oncología (950m<sup>2</sup>), programa bebe canguro (1.740 m<sup>2</sup>) y el área de órtesis y prótesis (100m<sup>2</sup>). Además, son parte de sus áreas libres: un parqueadero para 30 automóviles, zonas verdes, un polideportivo y un parqueadero para ambulancias por el sector de urgencias. Consulta externa y el área administrativa están ubicadas, actualmente, en edificaciones cercanas al hospital.

A partir del año 2013, la Junta Directiva junto con la Gerencia, trazaron un camino orientado en el fortalecimiento del ciclo de preparación para la acreditación, con miras a lograrla, según lo establecido en la ley 1438 de 2011, en donde se destacaba la necesidad de la adecuación y modernización de la infraestructura institucional.

La implementación del sistema único de acreditación, representó un gran desafío para la administración de la E.S.E HUS y del Departamento, desde el punto de vista asistencial, político, social y económico, lo que definió el futuro de la institución frente a la atención de la población residente en su área de influencia en particular (Zona urbana y rural); buscando mejorar la calidad en la prestación de los servicios, atención humanizada y centrada en el usuario, que garantice seguridad clínica bajo una transformación cultural que permita observar la institución de manera integral. La acreditación es requisito para ser reconocido como hospital universitario y la normatividad vigente establece plazo para obtener este reconocimiento a enero de 2020.

En el marco del proceso para lograr la Acreditación en la ESE HUS se han realizado Ciclos de preparación para la Acreditación o Ciclos de Mejoramiento Continuo obteniendo los siguientes resultados:

- **Primer Ciclo:** Inicio del Ciclo con la Autoevaluación realizada en agosto de 2013 con un resultado de 1.23; se determinaron 159 Oportunidades de mejoramiento con 571 acciones incluidas en los Planes de Mejora de los diferentes Grupos de Estándares para lograr su ejecución hasta el cierre del Ciclo en agosto 2014.
- **Segundo Ciclo:** Se da inicio al segundo ciclo con la Autoevaluación realizada en septiembre de 2014 con un resultado de 1.70; se determinaron 105 Oportunidades de mejoramiento con 290 acciones incluidas en los Planes de Mejora para los diferentes Grupos de Estándares y lograr su ejecución hasta el



cierre del Ciclo en septiembre 2015.

- **Tercer Ciclo:** Se da inicio al tercer ciclo con la Autoevaluación realizada en octubre de 2015 con un resultado de 2.34; se determinaron 122 Oportunidades de mejoramiento con 236 acciones incluidas en los Planes de Mejora para los diferentes Grupos de Estándares y lograr su ejecución hasta el final del cierre del ciclo en agosto de 2016. Sin embargo, en junio de 2016 se fortaleció el equipo de Acreditación con la contratación de un Equipo Asesor Externo con amplia experiencia en Acreditación de IPS. Revisando los Planes de Mejora determinaron que no era lo más aconsejable cerrar el ciclo y realizar una nueva autoevaluación, sino que se replantearan las acciones de mejoramiento en ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), reflejándose un aumento de 236 a 459 acciones de mejoramiento para incluir en los Planes de Mejora del Tercer Ciclo de preparación para la acreditación, esperando cerrar el ciclo en noviembre de 2017.

Para cada ciclo de preparación para la acreditación se priorizaron oportunidades de mejora correspondientes a los estándares asistenciales y administrativos, incluyéndose en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con Enfoque en Acreditación, del cual se cuenta con la documentación en físico y en la herramienta tecnológica SIPA.

De igual forma, se creó la unidad de gestión en seguridad del paciente, la cual lidera a nivel operativo el cumplimiento del programa de seguridad del paciente, constituida por un equipo de trabajo que permite la articulación de los programas relacionados con la seguridad del paciente: hemovigilancia, farmacovigilancia, reactivovigilancia, técnovigilancia y prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

Se crearon cuatro líneas de trabajo estratégico. La primera es la financiera, en donde se requiere mejorar resultados medidos a través de indicadores de equilibrio presupuestal, facturación, recaudo y cartera; la segunda línea es la de infraestructura con la finalización de los proyectos de la primera fase aprobada por el Ministerio de Salud; la tercera línea es la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud con enfoque en acreditación. Finalmente, la cuarta línea es la del talento humano, en términos de cultura organizacional que permita el crecimiento personal y profesional de quienes en ella desempeñan sus actividades.

## **2. MARCO TEÓRICO**

Los planes de desarrollo en el sector público obedecen a un mandato contemplado en el artículo 399 de la Constitución Política de Colombia en donde se señala que su objeto es el de asegurar el uso eficiente de los recursos. En la misma norma, en el artículo 366, se estipula que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado; su objetivo fundamental es la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. El mismo artículo señala que en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.

Pero es la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo (Ley 152 de 1994), la que establece las directrices para la elaboración, presentación y aprobación del Plan Nacional y los Planes Territoriales.

### **2.1 LOS PLANES DE DESARROLLO EN LAS INSTITUCIONES**

Dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (Decreto 1011 de 2006) se define el Sistema Único de Acreditación conformado por grupos de estándares, dentro de los que se encuentra los estándares de procesos administrativos gerenciales que son críticos en la organización para el apoyo de los procesos asistenciales; por estándares de direccionamiento y gerencia establecen que debe haber un plan con objetivos y metas cuya construcción es participativa y al cual hay que hacer seguimiento junto con los planes operativos que de este se desprenden y son consecuentes con la misión, visión y valores de la



institución.

De igual forma dentro de los sistemas de gestión aplicables a entidades del estado está el “Modelo Estándar de Control Interno MECI”, que contempla en el componente de direccionamiento estratégico la elaboración de planes y programas.

Finalmente, dentro del objeto Institucional del HUS definido por el decreto 025 de 2005, está el ser hospital universitario, a través de cuyos convenios, se da cumplimiento a la Ley General de Educación, en donde se define que cada establecimiento educativo deberá elaborar y poner en práctica un Proyecto Educativo Institucional (PEI)<sup>11</sup>, en donde se fija el norte de las instituciones educativas y los proyectos con los cuales se cumplirá.

## 2.2 LOS PLANES DE DESARROLLO EN EL HUS

- Plan de Desarrollo 2008 a 2010 – Gerente Dr. Martín Bernardo Mejía Carreño
- Plan de Desarrollo 2010 a 2011 – Gerente Dr. German Javier Daza Vargas
- Plan de Desarrollo 2012 a 2015 – Gerente Dr. Eimar Sánchez Sánchez
- Plan de Desarrollo 2018 a 2020 – Gerente Dr. Édgar Julián Niño Carrillo

## 3. MARCO LEGAL

A continuación, se relacionan las principales normas vigentes, relacionadas con el sistema de planeación, el sistema presupuestal, docencia servicios y el sistema de salud, enunciando su contenido, aplicables a la ESE Hospital Universitario de Santander.

**Tabla 1. Marco Legal**

<b>NOMENCLATURA</b>	<b>ALCANCE</b>
<b>Constitución Política de Colombia de 1991</b>	Artículos: 1,2,11,49,50 y 399
<b>LEY 100 de 1993</b>	"Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral".
<b>LEY 87 DE 1993</b>	"Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones"
<b>LEY 152 DE 1994</b>	"Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo"
<b>LEY 489 DE 1998</b>	"Funcionamiento Entidades públicas – Modelo Integrado de Planeación y Gestión".
<b>LEY 1438 DE 2011</b>	"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones."
<b>LEY 1474 DE 2011</b>	"Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
<b>LEY 1450 DE 2011</b>	"Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014". Art 156 Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado – ESE
<b>LEY 1608 DE 2013</b>	Por medio de la cual se adoptan medida para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud"

<sup>1</sup> <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-87557.html>



<b>NOMENCLATURA</b>	<b>ALCANCE</b>
<b>LEY 1751 DE 2015</b>	"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"
<b>LEY 1753 DE 2015</b>	Plan de Desarrollo Nacional 2014 - 2018 "Todos por un Nuevo País."
<b>LEY 1797 DE 2016</b>	"Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"
<b>DECRETO 1876 DE 1994</b>	"Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado".
<b>DECRETO 139 de 1996</b>	"Por el cual se establecen los requisitos y funciones para los Gerentes de Empresas Sociales del Estado y Directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público".
<b>DECRETO 2145 DE 1999.</b>	"Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial y se dictan otras disposiciones."
<b>DECRETO 4110 DE 2004.</b>	"Por el cual se reglamenta la ley 872 de 2003 y decreto 4110 de 2004 y se adopta la norma técnica de calidad en la gestión pública". Actualizada como NTCGP 2009.
<b>DECRETO 1011 DE 2006.</b>	"Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud"
<b>DECRETO 4923 DE 2011</b>	"Por el cual se garantiza la operación del Sistema General de Regalías".
<b>DECRETO 19 DE 2012</b>	"Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública."
<b>DECRETO 903 de 2014</b>	"Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud".
<b>DECRETO 943 DE 2014</b>	"Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)".
<b>DECRETO 1083 DE 2015</b>	"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública"
<b>DECRETO 2353 DE 2015</b>	"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"
<b>DECRETO 780 DE 2016</b>	"Por el cual se expide el decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social"
<b>RESOLUCIÓN 2181 DE 2008</b>	"Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015. Decreto Único Reglamentario. Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público."
<b>RESOLUCIÓN 123 DE 2012</b>	"Establece el manual de acreditación para IPS hospitalarias y ambulatorias de Colombia."
<b>RESOLUCIÓN 2003 DE 2014</b>	Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Así mismo, adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud
<b>RESOLUCIÓN 2082 de 2014</b>	"Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud".
<b>RESOLUCION 429 DE 2016</b>	"Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud"



NOMENCLATURA	ALCANCE
<b>RESOLUCION 1441 DE 2016</b>	“ Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud”
<b>CONPES SOCIAL 91 DE 2005</b>	"Objetivos del Estado Colombiano frente al logro de los objetivos del milenio."
<b>ORDENANZA 012 DEL 20 DE MARZO DE 2016.</b>	Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Departamental “Santander Nos Une”

#### 4. ARTICULACIÓN

En la Constitución Nacional se plantea la articulación de los planes territoriales con el plan nacional al establecer que “Las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el gobierno nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les hayan sido asignadas por la Constitución y la ley. Los planes de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones de mediano y corto plazo”<sup>22</sup>

La Ley 152 de 1994, que establece las directrices del Plan Nacional de Desarrollo indica que debe existir coherencia entre niveles; es decir, los Planes de desarrollo territoriales deben tener en cuenta las directrices del Plan Nacional.

##### 4.1 EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO “TODOS POR UN NUEVO PAÍS”

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) está conformado por una parte general y un plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional. En la parte general se señalan los propósitos y objetivos nacionales de largo plazo, las metas y prioridades de la acción estatal a mediano plazo y las estrategias y orientaciones generales de la política económica, social y ambiental adoptada por el gobierno. El plan de inversiones públicas contiene los presupuestos plurianuales de los principales programas y proyectos de inversión pública nacional y la especificación de los recursos financieros requeridos para su ejecución.

El vigente Plan Nacional de Desarrollo “Todos por un nuevo país” se basa en 3 ejes que son: Equidad, Paz y Educación y plantea.

##### 4.1.1 Equidad

A nivel internacional hay consenso en que las diferencias entre los niveles de vida entre países son atribuibles a su desarrollo institucional, por esto se han venido efectuando comparaciones entre países a partir de mediciones sobre el nivel de desarrollo de la Infraestructura Social de cada uno de ellos, comparando aspectos como gobernabilidad, costos de transacción, calidad de las políticas entre otros.

El país ha crecido económicamente en la última década, sin embargo, sus resultados no se reflejan en la calidad de vida de la población. Esto lo explican los expertos, “por la presencia de instituciones políticas y económicas extractivas, como consecuencia de la falta de control por parte del Estado, de muchas regiones del país, y el hecho de que exista ausencia del mismo en muchas de ellas”<sup>3</sup>.

Colombia es uno de los países más desiguales a nivel mundial ocupando el puesto octavo, según medición

<sup>2</sup>Constitución Política de Colombia 1991, Art. 339

<sup>3</sup> Daron Acemeglu, James Robinson, Porqué Fracasan los Países pág 446 y 447



realizada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) publicada en marzo de 2017<sup>4</sup>. Esta evaluación toma especial importancia para nuestro país si tenemos en cuenta que dentro de la región, Colombia es del grupo de países que encabeza la medición y la salud “es un sector en el que el mercado presenta innumerables fallas que, de no ser corregidas, pueden generar grandes problemas de eficiencia y equidad”<sup>5</sup>.

Es importante destacar que “la pobreza no sólo implica bajos niveles de ingreso, usualmente también está acompañada por altas tasas de mortalidad infantil, limitado acceso a la educación o salud de calidad, y reducidas capacidades y libertades para conectarse con todo el territorio”<sup>6</sup>. En consecuencia, reducir la pobreza y lograr una mayor equidad requiere mejorar la conexión de las poblaciones con los circuitos del crecimiento económico, y su acceso a bienes y servicios que mejoran sus condiciones de vida. Esto es una vivienda digna, con acceso adecuado a agua y saneamiento básico, con facilidades de transporte y acceso a tecnologías de información y comunicaciones, servicios adecuados de salud y una educación pertinente y de calidad, entre otros.

Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) también son determinantes de la equidad social y económica, ya que permiten o facilitan el acceso a los servicios, mejorando la calidad de vida de los usuarios.

Bajo el enfoque de buen gobierno, se fortalecerá el acceso a los servicios para las personas con discapacidad, con criterios de pertinencia, calidad y disponibilidad; respeto por la diferencia y su aceptación como parte de la diversidad; accesibilidad; igualdad de oportunidades, y eliminación de prácticas que conlleven a la marginación y segregación de cualquier tipo.

#### **4.1.2 Paz**

El proceso de construcción conjunta de la paz avanza en pro de garantizar los derechos fundamentales de todos los ciudadanos, especialmente de quienes el conflicto armado se los ha restringido, y por transformar la ilegalidad presente en varios territorios del país a través de una institucionalidad que brinde las garantías y oportunidades para el goce efectivo de los derechos.<sup>7</sup>

La visión de paz del Gobierno Nacional resalta “la importancia de mejorar las capacidades de las entidades territoriales para la formulación, ejecución y seguimiento de los planes y programas de inversión, incluyendo la estructuración de proyectos y la evaluación de los resultados del gasto”<sup>8</sup>. La visión de una Colombia en paz en el presente Plan Nacional de Desarrollo está soportada en cuatro enfoques básicos: 1) el enfoque de derechos, entendido como la garantía del goce efectivo de los derechos de los ciudadanos en ejercicio pleno de su ciudadanía; 2) el enfoque territorial, que implica la atención diferenciada de los territorios con el fin de cerrar las brechas existentes entre los ámbitos urbano y rural, especialmente en aquellos que se han visto más afectados por los efectos del conflicto armado interno y que tienen un mayor rezago en su desarrollo; 3) el enfoque participativo, entendido como la profundización de la democracia y la participación de todos los ciudadanos en las decisiones que les incumbe; y 4) la reconstrucción de la confianza entre los ciudadanos y entre la ciudadanía y el Estado como base para la reconciliación.

Dentro de los objetivos y lineamientos generales de construcción de paz plantean la importancia de fortalecer la participación ciudadana y comunitaria en la planificación, desarrollo y seguimiento a planes de

<sup>4</sup> PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo publicada en marzo de 2017 <http://www.eltiempo.com/economia/sectores/indice-de-desigualdad-en-colombia-aumento-segun-programa-de-las-naciones-unidas-para-el-desarrollo-70022>

<sup>5</sup> Cárdenas Mauricio, Introducción a la Economía Colombiana 3ra edición, pág. 483.

<sup>8</sup> PND pag.39

<sup>6</sup> Plan Nacional de Desarrollo cita (Easterly, 2002)

<sup>7</sup> PND pag. 38

<sup>8</sup> PND Pág. 40



gobierno, y en la gestión del desarrollo económico y social regional<sup>9</sup>. Estos procesos deben tener un enfoque diferencial que promueva la garantía de derechos de comunidades étnicas, niños y adolescentes, población con discapacidad y la tercera edad; y por el imperativo de promover integralmente los derechos de las mujeres y la igualdad de género.<sup>10</sup>

Por su parte, la conectividad digital resultará indispensable para avanzar en el cierre de brechas poblacionales y territoriales para el acceso a bienes, servicios e información, aprovechando las posibilidades que la tecnología ofrece para innovar, reducir costos, educar y compartir información; y el inmenso potencial que ha adquirido el Estado en los últimos años para el desarrollo de políticas de innovación social<sup>11</sup>.

#### 4.1.3 Educación

La educación, como el mayor factor de movilidad social, es el elemento más importante para combatir la pobreza y la desigualdad. Así, los avances en términos educativos no son sólo un objetivo en sí mismo, sino fundamentalmente, un medio para alcanzar otros logros prioritarios para el futuro del país. No debe obviarse que de la mano de los avances en educación se han dado logros en términos de reducción de la pobreza<sup>12</sup>.

En este sentido, la educación, precisamente el tercer pilar del Plan de Desarrollo, se concibe como el más poderoso instrumento de igualdad social, pues no sólo nivela las oportunidades de las personas, sino que abre puertas de progreso y mejora la calidad de la democracia, es por esto que el sistema educativo colombiano afronta retos en cuanto a desarrollo de competencias y cierre de brechas para construir una sociedad más equitativa y con igualdad de oportunidades<sup>13</sup>.

Teniendo en cuenta que la educación es un pilar del desarrollo, la educación superior presenta una serie de retos que se deben superar para avanzar hacia una mayor cobertura, mejor calidad y una mayor pertinencia y tránsito entre los diferentes niveles.

El gran reto en términos de educación que enfrentan los países, es el de ampliar el acceso, mejorando la calidad, respondiendo a las demandas de la globalización dados unos escasos recursos, a lo que el Ministerio de Educación Nacional ha señalado que *“la tendencia en el mundo ha sido la de diversificar las fuentes de ingresos del sector mediante la inclusión de otros recursos de origen público, como regalías, tasas o aportes de gobiernos regionales, la participación privada y el favorecimiento con líneas de crédito públicas, en muchos casos subsidiados, a los estudiantes de ingresos medios y bajos”*<sup>14</sup>.

La innovación, desarrollo e investigación son fundamentales como aporte de las instituciones de educación superior que hacen presencia en la institución, en la sostenibilidad y crecimiento, logrando beneficios socioeconómicos que impactan en los usuarios.

Es importante señalar que dentro de la estrategia VI del Plan de Desarrollo Nacional denominada MOVILIDAD SOCIAL, hace referencia a la Salud de la Población Colombiana a través del establecimiento del segundo objetivo estratégico: *“Mejorar la condición de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad”*<sup>15</sup>, a su vez este objetivo contiene cuatro objetivos específicos los cuales son:

**a. Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención:** a través del fortalecimiento del servicio de Telemedicina, disminución del tiempo de espera en pacientes Triage III,

<sup>9</sup> (Romero y García, 2014)

<sup>10</sup> PND pág. 41

<sup>11</sup> PND pag 43

<sup>12</sup> Visión Colombia 2019

<sup>13</sup> PDN pág. 63

<sup>14</sup> (MEN, 2011: 11)

<sup>15</sup> PND, Pág.295



fortalecimiento de la adopción e implementación de Guías de Práctica Clínica, incremento de la detección temprana de VIH en pacientes con factores de riesgo y gestión de cofinanciación de proyectos.

**b. Mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas de resultados en salud:** mediante fortalecimiento de la estrategia AIEPI, programa Canguro Ambulatorio, Implementación de servicios de apoyo diagnóstico para detección de cáncer de mama.

**c. Recuperar la confianza y legitimidad del Sistema:** a través del incremento de la satisfacción de los usuarios, el mejoramiento de herramientas digitales para prevenir e informar temas de salud a la comunidad y el fortalecimiento de la gestión del riesgo.

**d. Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema en condiciones de eficiencia:** teniendo en cuanto aspecto tales como fortalecimiento de la adecuada facturación y cobro de servicios NO POS, implementación de la Plataforma MYPRES para régimen contributivo, mantenimiento de las E.S.E. en riesgo bajo o sin riesgo, fortalecimiento de la gestión de cartera mayor a 180 días y mejoramiento en la gestión de compras.

#### **4.2 SALUD PÚBLICA - PLAN DECENAL DE SALUD**

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, y busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

De acuerdo con la naturaleza de las estrategias, las acciones que las conforman se ordenan para su ejecución en tres líneas operativas:

**1) Promoción de la salud;** Conjunto de acciones que debe liderar el territorio convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad logren intervenir y modificar los determinantes sociales de la salud en cada territorio, y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones, que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de la vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos. Esta institución por ser de tercer nivel de complejidad incluye acciones de: adopción de políticas públicas, participación ciudadana y educación en salud, esta última en las consultas realizadas por los profesionales de salud.

**2) Gestión del riesgo en salud;** Conjunto de acciones que deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones con individuos identificables y caracterizables, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. Estas acciones están lideradas por la oficina asesora de calidad, a través de una secuencia de actividades que incluye la evaluación del riesgo y el desarrollo de estrategias para identificarlo, manejarlo y mitigarlo.

**3) Gestión de la salud pública;** Conjunto de acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia, administración y fiscalización de recursos. Siendo cabeza de Red pública de prestación de servicios, el hospital se cuenta con área de epidemiología, vigilancia y control, para articular las acciones de los actores que operan en el territorio, armonizando los servicios de atención médica.



### **4.3 PLAN DECENAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER**

El cáncer constituye un grupo de enfermedades con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales. La carga creciente del cáncer en el perfil de salud de los colombianos amerita intervenciones oportunas, certeras y coordinadas para lograr el impacto esperado sobre su incidencia, discapacidad, calidad de vida y mortalidad a nivel poblacional e individual.

Se establecieron las líneas estratégicas de acuerdo con cada uno de los objetivos del modelo para el control del cáncer. Para cada una de ellas, con base en la revisión de la evidencia científica y las recomendaciones dadas por expertos nacionales en consultas públicas y diferentes escenarios de discusión, se establecieron metas y acciones en los distintos niveles. Dichas metas están alineadas con el Plan Nacional de Desarrollo y se articulan con el Plan Decenal de Salud Pública para el periodo 2012-2021.

El objetivo al cual apunta la gestión del HUS, como institución de alta complejidad es el de garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimiento e información para la toma de decisiones liderado por la subgerencia de alto costo.

### **4.4 LEY ESTATUTARIA EN SALUD**

La Ley Estatutaria 1751, conocida como la Ley Estatutaria de Salud (LES), se firmó el 16 de febrero de 2015 por el presidente de la República. Pasaron 24 años para reglamentar por primera vez un derecho fundamental desde la Constitución de 1991, en este caso el derecho a la salud. Esta ley recogió normativas anteriores y la jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de salud.

El alcance de la ley abarca los componentes del sistema de salud, dividida en cuatro capítulos, se encuentran los derechos y los mecanismos de protección para los pacientes (capítulos I y II), regulación del ejercicio de los profesionales de la salud (capítulo III) y contiene otras disposiciones, como la política farmacéutica y los servicios en zonas marginadas, entre otras (capítulo IV).

Dentro de los cambios relevantes en la implementación de la ley estatutaria está la eliminación de los comités técnico- científicos (CTC) y se pone en marcha del aplicativo en línea Mi Prescripción (Mipres) donde da respuesta a los artículos interdependientes. De igual forma se ordena proveer servicios de manera completa, garantizar la autonomía profesional, y garantizar la prestación de servicios y tecnologías de manera integral.

Una de las mejoras de la ley estatutaria que más incide en la ESE es la de unificar y actualizar las reglas de afiliación del sistema de salud reduciendo tramites y procesos para los ciudadanos, acompañado de la creación del sistema de afiliaciones transaccional, el cual permitirá actualizar, en línea y en tiempo real, la base de datos de los afiliados.

La Política Integral de Atención en Salud (PAIS), presentada en febrero de 2016 por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, fue una respuesta transversal a lo establecido en la ley estatutaria de salud en lo referente a la accesibilidad, la integralidad de los servicios, la prevención, los determinantes de la salud, la articulación intersectorial y la atención en zonas marginadas. Uno de los principales objetivos de la política es evitar que la atención médica de urgencias sea la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema de salud.

#### **4.4.1 Política de Atención Integral en Salud (PAÍS)**

Para la aplicación de la Política de Atención Integral en Salud es necesario disponer de un marco de referencia sobre la arquitectura y funcionalidad del Sistema de Seguridad Social en Salud, con el fin de diseñar los mecanismos que permitan su adaptación a los objetivos del Sistema de Salud, tal como está planteado en la Ley Estatutaria de Salud. Adicionalmente, es necesario abordar dos importantes condicionantes del Sistema: el modelo de financiamiento y su descentralización administrativa.



El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”<sup>16</sup>, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”.<sup>17</sup>

La Política de Atención Integral en Salud está conformada por: 1. Un marco estratégico que transforma los principios y objetivos en estrategias y 2. Un modelo operacional que, a partir de las estrategias, adopta los mecanismos e instrumentos operativos y de gestión que orientan la intervención de los diferentes agentes del Sistema. Esto requiere la adopción de los instrumentos y la adaptación de dichos agentes a los objetivos de la política y el desarrollo de procesos que instrumentan la política más allá de sus propios objetivos institucionales.

#### **4.4.2 Atención Primaria en Salud (APS)**

La Atención Primaria en Salud es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como “primer elemento de asistencia sanitaria” que se garantiza por ser de alta calidad, costo efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios (OMS, 1978):

La atención primaria tiene un alcance mayor que el componente asistencial de los servicios curativos tal como lo plantea la OMS en su informe de 2008, e involucra la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria.<sup>18</sup>

De acuerdo con definiciones de la OPS/OMS, cada país adopta una definición de APS con base en sus particularidades. En el caso colombiano, la Ley 1438 de 2011 establece como definición:

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial / transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.<sup>19</sup>

La Atención Primaria en Salud se regirá por los principios de: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.<sup>20</sup>

La estrategia de Atención Primaria en Salud busca generar bienestar y abordar el riesgo de salud desde las condiciones de la comunidad y de cada uno de sus integrantes. Superpone los objetivos de las personas y la

<sup>16</sup> Ley 1751, Estatutaria de Salud

<sup>17</sup> Ley 1751 de 2015

<sup>18</sup> WHO-World Health Organization. Atação primária à saúde: mais necessária que nunca. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008

<sup>19</sup> Ley 1438 de 2011 capítulo III, artículo 12

<sup>20</sup> Ley 1438 de 2011 capítulo III, artículo 13.1



comunidad sobre los objetivos de los agentes que reorienta su intervención. Para la Política de Atención Integral en Salud existe un doble circuito donde se intersectan: 1. Las acciones de cuidado que el individuo y la comunidad emprenden para mantener la salud y las intervenciones del Estado, tanto de tipo prestacional (dirigidas al individuo) como colectivas (dirigidas a la comunidad) y 2. Un segundo circuito de resultados esperados, donde se ponderan las ganancias en bienestar con la reducción de los riesgos en salud de la comunidad o persona. Finalmente, es la estrategia que permite construir el sistema de salud verticalmente desde el individuo hacia las instituciones del sistema y horizontalmente con la integralidad de las intervenciones que fomentan salud.

#### **4.4.3 Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)**

La Política de Atención Integral en Salud requiere de un modelo operacional que pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, y orienta la intervención de los diferentes agentes y demás entidades en el cumplimiento de sus competencias, funciones y responsabilidades, con miras a la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, a través de la interacción coordinada sobre determinantes y riesgos relacionados con la salud.

El MIAS comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema para permitir la oportunidad, continuidad, integralidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad.

El objetivo de la institución para este periodo es ajustar el actual modelo de prestación, al modelo integral de atención en salud definido por el Gobierno Nacional cuya visión está centrada en el ciudadano.

#### **4.4.4 Redes Integrales de Prestadores de Salud**

EL Gobierno definió las Redes Integrales de Prestadores de Salud (RIPSS) como “el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, e incluyen procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutoria, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información, para garantizar la gestión adecuada de la atención así como también, mejorar los resultados en salud”<sup>22</sup>. Este nuevo modelo de organización para prestar servicios de salud se implementará a partir del año 2018.

#### **4.4.5 Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS)**

La Ruta Integral de Atención en Salud es una herramienta obligatoria, que consolida las acciones colectivas e individuales que integran el manejo del riesgo de la enfermedad y orienta las intervenciones. El objetivo es mantener la salud, recuperarla o abordar la rehabilitación. Para ello se establecen tres tipos: la primera es la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, la segunda ruta es de grupo de riesgo, y la tercera ruta es específica de atención.

La institución adoptará las rutas integrales definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para grupos de población y grupos de riesgo.

### **4.5 PLAN DESARROLLO DEPARTAMENTAL “SANTANDER NOS UNE”**

El Plan de Desarrollo “Santander Nos Une” 2016-2019 plantea como objetivo principal lograr un Santander



sano, educado, culto, competitivo, equitativo, sostenible y feliz.<sup>21</sup>

El enfoque de este plan es el reconocimiento de los derechos y deberes de los ciudadanos consagrados en la Constitución Política de 1991, e identifica temas de desarrollo que la sociedad puede alcanzar. Se consolida en cuatro grupos para que se facilite y promueva el compromiso del cumplimiento de deberes. Uno de los grupos es el de los derechos y deberes sociales, del cual hace parte la salud y contempla la consolidación del acceso de los santandereanos a los servicios de salud oportunos y de calidad invitando a que la población cumpla con su deber de cuidarse, tener buenos hábitos de vida y prevenir la enfermedad<sup>22</sup>; los otros tres grupos son los derechos y deberes económicos, los derechos y deberes ambientales y los derechos y deberes civiles.

Este Plan de Desarrollo le apuesta al cierre de brechas sociales, económicas, ambientales, culturales, educativas e incluso alimentarias de cara al postconflicto. El propósito es coherente con el compromiso de crecer con equidad planteado en el Plan de Desarrollo Nacional y en la medida en que las brechas sean cerradas se podrá conseguir que la paz anhelada sea una paz real, palpable y verificable<sup>23</sup>.

El diagnóstico o la situación actual del área de la salud es abordada a través del tema de desarrollo en salud y seguridad alimentaria y nutricional. Algunas causas de los problemas de salud se plantean por el desconocimiento en los derechos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las barreras de acceso para las acciones de promoción, prevención y atención, falta de calidad en la atención de servicios de salud, incumplimiento de competencias de los diferentes actores del SGSSS, desarticulación de acciones entre los actores del sector salud con otros sectores; lo que genera el aumento en la inoportunidad en la prestación de servicios de salud, así como de la mortalidad prematura e intervenible, deterioro en los indicadores de salud, aumento de la carga de la enfermedad y deterioro de las condiciones de salud de la población.<sup>24</sup>

Dentro de los objetivos programáticos está la consolidación del saneamiento financiero de la red pública de hospitales de Santander y la creación de la red integrada de atención en salud público – privada, que permita satisfacer las necesidades de la población.

Se plantea la participación activa en proyectos de la región como el proyecto “Diamante Caribe – Santanderes, el cual se potenciará en la región como un actor principal en una economía global configurando de esta forma un clúster económico en el sector salud”.<sup>25</sup>

Entre las estrategias planteadas se ha considerado desarrollar lo siguiente:

- Promover la actuación en una economía global que configure un clúster económico en el sector salud visibilizando la marca Santander Salud
- Alianza Público Privada APP para la construcción de la nueva sede de la Secretaría de Salud Departamental
- Creación del Centro de Atención Integral en Salud Mental Barrancabermeja
- Desarrollo de hospitales seguros en el departamento
- Ferias Saludables
- Fortalecimiento y Modernización del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE y Atención Pre Hospitalaria
- Generación de la paz
- Implementación del MIAS / Socialización y aplicación de rutas de atención

<sup>21</sup> Resolución 1441 de 2016 art 3

<sup>22</sup> Plan de desarrollo “Santander Nos Une” 2016-2019 pág. 18

<sup>23</sup> Ibid pág 16

<sup>24</sup> Ibid pág 79

<sup>25</sup> Ibid pág 179



- Mejoramiento de la infraestructura y dotación hospitalaria
- Rutas saludables “Viajamos Salvando Vidas por Santander”
- Desarrollo de la Salud: Sistema Integrado de Información en Salud de Santander (SIISS) y Telemedicina<sup>26</sup>

Es por esto que el Hospital Universitario de Santander articuló lo planteado en el Plan de Desarrollo Departamental en el componente programático, lo cual es fundamental para formulación de los programas, proyectos y metas en la institución (Ver Anexo A).

#### **4.6 PROGRAMA TERRITORIAL DE REDES**

Según lo establecido en el artículo 156 de la ley 1450 de 2011, “El Programa deberá considerar como mínimo el diagnóstico de la situación de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y del conjunto de la red en cada territorio incluyendo los componentes de acceso a la prestación de servicios, eficiencia en su operación y sostenibilidad financiera, los posibles efectos de la universalización y unificación sobre el financiamiento y operación de la misma, las fuentes de recursos disponibles, la definición y valoración de las medidas y acciones que permitan fortalecer la prestación pública de servicios, los ingresos y gastos y su equilibrio financiero, incluyendo medidas de ajuste institucional, fortalecimiento de la capacidad instalada, mejoramiento de las condiciones de calidad en la prestación y de la gestión institucional con especial énfasis en las relacionadas con el recaudo de ingresos por venta de servicios y deberá considerar adicionalmente lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, en lo pertinente”.

### **5. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO**

#### **5.1 ANÁLISIS EXTERNO**

##### **5.1.1 Situación del Sistema de Salud Nacional**

Durante la última década el sistema de salud colombiano ha alcanzado logros sustanciales en términos de cobertura: mientras que en el año 2006 el 84% de la población contaba con aseguramiento en salud, para el 2015 este servicio cubría al 95,4% de la población<sup>27</sup>.

En publicación de la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (ACESI), en la página web<sup>28</sup> en el mes de marzo de 2017, se presenta artículo titulado “interminable crisis del sistema del sector salud” en donde se hace recuento de las principales fallas en el sector en el año 2016, entre las que se señala los colapsos reiterados de los servicios de urgencias y como estos se han convertido en la puerta de entrada al sistema en lugar de los programas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; los efectos de las liquidaciones sobre los prestadores por la liquidación de las EPS Saludcoop y Caprecom, ambas manejadas por el estado, las fallas en los reconocimientos por las acreencias y la incertidumbre por el incumplimiento de los indicadores financieros por parte de las EPS.

En concordancia con lo anterior el informe nacional de competitividad señala que:

El sector aún enfrenta retos importantes, particularmente en materia de sostenibilidad financiera, de calidad y acceso a los servicios médicos. Además, el flujo de recursos es complejo y poco transparente, lo cual dificulta las labores de vigilancia, inspección y control. Así mismo, los aseguradores y prestadores de salud tienen pocos incentivos para ofrecer servicios de mejor calidad, lo que ha generado entre los usuarios una pérdida

<sup>26</sup> Ibíd pág 18

<sup>27</sup> Informe Nacional de Competitividad 2016 – 2017 pág. 49

<sup>28</sup> <http://acesi.com.co/?p=1503>



generalizada de la confianza en el sistema<sup>29</sup>.

Según estudio realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, la deuda a los hospitales y clínicas por la prestación de servicios de salud llegó a los \$7.3 billones de pesos, siendo este el mayor monto de cartera adeudado en los últimos 18 años, con el agravante que el 66% es cartera en mora, es decir \$4.8 billones, con corte a Diciembre 31 de 2016 en una muestra de 135 instituciones<sup>30</sup>.

En el estudio se evidenció que las EPS del régimen contributivo siguen siendo los mayores deudores de los hospitales con \$2.9 billones de pesos, que corresponden al 40% de la deuda total, seguido por las EPS del régimen subsidiado con \$2.3 billones, es decir el 32.5% de la deuda; en tercer lugar, el Estado, que incluye los Entes Territoriales y el Fosyga, con \$742.706 millones de pesos, que equivale al 10.2% de lo adeudado. El 17% restante lo adeudan empresas de medicina prepagada, aseguradoras SOAT, Magisterio, IPS, empresas y particulares.

El estudio también advierte que la deuda de las 53 EPS del régimen contributivo y subsidiado que se encuentran actualmente bajo alguna medida de vigilancia por la Superintendencia de Salud, asciende a los \$3.5 billones de pesos, es decir el 48% del total de la deuda, situación que podría poner en riesgo la atención de más de 25 millones de afiliados que tienen este grupo de EPS.

Además, advierte que, para evitar un gran detrimento al patrimonio de los hospitales y clínicas, en el corto plazo, el actual gobierno debe garantizar el pago de las deudas de entidades en liquidación como Saludcoop, Caprecom y Cafesalud EPS, que en el presente estudio superan los \$443 mil millones, con un 67% de cartera en mora. En el caso de esta última, teniendo en cuenta lo anunciado públicamente, el comprador compensará una parte de los \$1.45 billones de pesos de lo adeudado a sus IPS y tendrá hasta 5 años para pagar el saldo. Se hace necesario que el plan de pago de las acreencias se haga en el corto plazo y no se dé ninguna preferencia o privilegio en el reconocimiento y pago a las IPS que integran el grupo comprador.

Asimismo, la Superintendencia Nacional de Salud dio a conocer los resultados de seguimiento de indicadores financieros que deben cumplir las EPS para permanecer en el sistema de salud, establecidos en el Plan de Solvencia Financiera del Decreto 2702 de 2014<sup>31</sup>.

Según los resultados, el 75% de las EPS del Régimen Contributivo cumplen con lo establecido, mientras que sólo el 40% de las EPS del Régimen Subsidiado cumplen con los indicadores.

Para diciembre de 2016, las EPS debían capitalizar un 10% del defecto patrimonial equivalente a \$533 mil millones de pesos más las pérdidas adicionales generadas. Del valor capitalizado, \$231 mil millones corresponde al régimen contributivo, \$138 mil millones al subsidiado y \$90 mil millones a una entidad que administra ambos regímenes. 17 EPS registraron cubrimiento del déficit en el indicador de patrimonio adecuado, de acuerdo a la transición prevista en la norma. 11 EPS realizaron capitalizaciones por un total de \$48 mil millones, de los cuales \$41 mil millones corresponden a recursos adicionales y \$7 mil millones a otros efectos patrimoniales; no obstante, estos recursos fueron insuficientes para el cumplimiento requerido, teniendo en cuenta que registraron pérdidas adicionales en el periodo de julio a diciembre de 2015. 8 EPS no realizaron acciones de capitalización ni ejecutaron acciones que permitieran el cubrimiento del defecto en solvencia<sup>32</sup>.

*“Para aquellas EPS que no capitalizaron y que no utilizaron los mecanismos dispuestos en diferentes*

<sup>29</sup> Ibid

<sup>30</sup> ACHC, 2017

<sup>31</sup> Superintendencia Nacional de Salud. Informe Cumplimiento de Indicadores Financieros de permanencia en el Sistema según decreto 2702 de 2014. Bogotá DC, agosto de 2017

<sup>32</sup> Superintendencia Nacional de Salud. Comunicado de Prensa CP- CP-OCEII- 022. Bogotá 8 de agosto 2017



*normas, la Supersalud expedirá una orden perentoria de capitalización; con términos concretos, plazos y montos. De no cumplirlo, se tendrán que ir del sistema".<sup>33</sup>*

### **5.1.2 Situación Departamental-Santander**

En el departamento de Santander, se puede identificar que entre las EPS que tienen afiliados actualmente y que a su vez se encontraban en el listado por no capitalizar y no cumplir con un patrimonio adecuado, estaban Saludvida y Asmetsalud. Asimismo, en las que capitalizaron y no cumplieron con un patrimonio adecuado se observa a Coomeva, Comparta y Emdisalud, generando un alto riesgo para la prestación de los servicios de salud y para la estabilidad financiera del Hospital Universitario de Santander, el cual es cabeza de red departamental.

Con relación a las cuentas por pagar por concepto de servicios a PPNA y NO POS, la Secretaría de Salud de Santander tenía una deuda reconocida y conciliada de \$33.970.318.742 pesos. La facturación sin auditar (correspondiente a recobros, urgencias sin contrato y contratos con la red pública) era de \$31.236.035.949 pesos, de los cuales \$24.423.123.659 corresponde a deuda con las EPS. En conciliación la cartera ascendió a un valor de \$10.315.784.583.<sup>34</sup>

La cobertura de aseguramiento en salud en el departamento Santander, es del 98% de usuarios afiliados a los regímenes, ocupando el sexto lugar en el país. El número de camas de hospitalización por cada 100.000 habitantes (junio 2017), es de 211,83 ocupando el quinto lugar. El número de camas de servicios especializados (obstetricia, psiquiatría, entre otros) por cada 100.000 habitantes (junio 2017), es 87,64 ocupando el cuarto lugar.

Santander cuenta con los factores de riesgo para las enfermedades de transmisión vectorial como son Dengue, Chikunguña, Zika, Leishmaniasis, Chagas y Malaria; el dengue es la enfermedad con mayor incidencia en Bucaramanga y el Área Metropolitana, así como en cabeceras de provincia. El 9.2% de casos de dengue en el país se presentan en este departamento. Al igual que el dengue, la enfermedad de Chagas aporta al indicador nacional un 8% en país. Para la prevención y control de estas enfermedades se debe desarrollar un plan estratégico para el abordaje multisectorial e interdisciplinario el cual se contempla en el modelo de Intervención Integrada para la Promoción, Prevención y control de las ETV (EGI), teniendo en cuenta los escenarios de riesgo priorizados en el departamento.<sup>35</sup>

### **5.1.3 Competitividad**

La Tecnología y la Innovación (CTI) son la columna vertebral del progreso económico y la competitividad.<sup>36</sup> La CTI ha contribuido a la transformación de bienes y servicios fundamentales para la competitividad, tales como infraestructura y logística, energía, salud, educación y tecnologías de la información y la comunicación.

La Transferencia de Conocimiento y Tecnología (TCT), es una de las principales novedades de la Política de Ciencia, Tecnología y la Innovación del país, y está enfocada en la idea que las empresas y el mercado deben ser los principales promotores de las ideas de investigación y desarrollo.<sup>37</sup>

La Comisión Nacional de Competitividad propuso en la Política Nacional de Competitividad que Colombia para el año 2032 sería:

El tercer país más competitivo de América Latina, con un nivel de ingreso per cápita equivalente al de un país de ingresos medio alto, a través de una economía exportadora de bienes y servicios de alto valor agregado e

<sup>33</sup> Ibíd

<sup>34</sup> Plan de Desarrollo Departamental - Santander 2016 – 2019 pág. 79

<sup>35</sup> Indicadores de Ciencia y Tecnología 2011 Observatorio de Ciencia y Tecnología (OCyT) pág. 107

<sup>36</sup> Indicadores de Ciencia y Tecnología 2011 Observatorio de Ciencia y Tecnología (OCyT) pág. 118

<sup>37</sup> Visión del Plan de competitividad 2032 (salud).



innovación, con un ambiente de negocios que incentive la inversión local y extranjera, propicie la convergencia regional, mejore las oportunidades de empleo formal, eleve la calidad de vida y reduzca significativamente los niveles de pobreza y desigualdad.<sup>38</sup>

Para lograrlo se creó el Sistema Nacional de Competitividad, Ciencia, Tecnología e Innovación.

Según el más reciente Índice Global de Competitividad del Foro Económico Mundial, Colombia se encuentra en la casilla 61 entre 138 países, y ocupa el quinto lugar en el ranking en América Latina. En la medición realizada a través del Índice Global de Competitividad sobre educación superior y capacitación, Colombia ocupó el puesto 70 entre 138 países.

En la medición realizada a través del índice global de Innovación (Insead y Wipo, 2012), Colombia ocupa el puesto 97 en subíndice de producción de conocimiento entre 144 países. Los indicadores son bajos en la producción de patentes y publicaciones.

El Índice Departamental de Competitividad 2017, de la misma manera que en sus versiones anteriores, evalúa la competitividad territorial a partir de diez pilares, los cuales están agrupados en tres factores: i) condiciones básicas, ii) eficiencia, y iii) sofisticación e innovación. El factor condiciones básicas comprende seis pilares: instituciones, infraestructura, tamaño del mercado, educación básica y media, salud, y sostenibilidad ambiental. Por su parte, el factor eficiencia consta de dos pilares: educación superior y capacitación y eficiencia de los mercados. A la vez, el factor sofisticación e innovación está compuesto por los pilares de sofisticación y diversificación e innovación y dinámica empresarial.<sup>39</sup>

Santander, con un puntaje de 6,17 sobre 10, es el tercer departamento más competitivo del país. El mejor desempeño de esta región se presenta en el factor de condiciones básicas, en el cual ocupa el segundo lugar con una calificación de 6,22 sobre 10. En el factor de eficiencia Santander ocupa el cuarto puesto, con un puntaje de 6,32 sobre 10. Con respecto al factor de sofisticación e innovación, el departamento ocupa el sexto lugar con un puntaje de 5,72 sobre 10.<sup>42</sup>

#### **5.1.4 Innovación**

“Es necesario arraigar la innovación como fundamento de la competitividad, para avanzar en el desarrollo tecnológico del sector productivo nacional”<sup>40</sup>. Colombia ocupa el puesto 79 entre 138 países.<sup>41</sup>

Al conjunto de actores y acciones para apoyar a los emprendedores, se les ha definido como EL ECOSISTEMA PARA LA INNOVACION, y se mide a partir del Índice de Complejidad Económica. (ICE). El ICE considera que la diversidad y la sofisticación de productos que un país crea está estrechamente relacionada con el conocimiento que poseen sus ciudadanos y de su articulación a través de sus organizaciones y mercados. “Colombia ocupa el puesto 79 entre los 138 países que contempla el ICE y el quinto entre los 21 países de América Latina y el Caribe incluidos en el índice, después de México (20 en el *ranking* general), Panamá (30), Costa Rica (49) y Brasil (52); y supera a Chile (78), Ecuador (93), Nicaragua (97), Bolivia (101) y Venezuela (111)”<sup>42</sup>.

Los países que han definido como meta el progreso económico ha hecho grandes inversiones en CTI para desarrollar capacidades –entendidas como capital humano, conocimiento y tecnologías–, con el fin de facilitar la producción de bienes y servicios más sofisticados. A su vez, la CTI ha contribuido a la transformación de bienes y servicios fundamentales para la competitividad, como infraestructura y logística,

<sup>38</sup> CONSEJO PRIVADO DE COMPETITIVIDAD & CEPEC-UNIVERSIDAD DEL ROSARIO índice departamental de competitividad 2017 pág. 12

<sup>39</sup> *Ibid.* Pag. 18

<sup>40</sup> DNP. Visión Colombia 2032.

<sup>41</sup> Fuente: WEF (2016).

<sup>42</sup> Consejo Privado de Competitividad. Informe Nacional de Competitividad 2012 - 2013



energía, salud, educación y tecnologías de la información y la comunicación.<sup>43</sup>

Con la reforma al régimen de regalías, los departamentos y municipios adquieren un papel protagónico sin precedentes en términos de ejecución de recursos para innovación, sin embargo se debe tener en cuenta que en el último informe nacional de competitividad se critica que prácticamente a mitad de la vigencia, aun la estrategia nacional de innovación no ha despegado siendo la base de la locomotora de la innovación planteada por el gobierno nacional y adicionalmente, no haya un claro liderazgo de la Innovación, al haber prácticamente tres instituciones liderando los temas. (Ministerio de comercio, industria y turismo, el DNP Y COLCIENCIAS). La ley 1289/09 le da la potestad a COLCIENCIAS de manejar todo el sistema de ciencia, tecnología e innovación.

El gobierno nacional ha definido políticas enfocadas a incentivar la inversión en tecnología e innovación, dentro de las que se destaca la Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (CONPES 3582), la Política Nacional de Competitividad y Productividad. (CONPES 3527) y los Planes Regionales de Competitividad.

### **5.1.5 Las TIC**

Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) son herramientas que permiten y mejoran la competitividad, al optimizar los procesos productivos, al acercar los usuarios a las instituciones, democratizan la información y empoderan a las sociedades.

En los últimos diez años, el porcentaje de personas que usa Internet pasó de 15,3% en 2006 a 55,9% en 2015, y la penetración de la telefonía móvil ascendió de 67,9% en 2006 a 115,7% en 2015 (UIT, 2016). Sin embargo, la adopción de las TIC por parte de las empresas ha sido lenta.<sup>44</sup>

Aunque ha registrado avances en materia de gobierno electrónico, según el Índice de Desarrollo de Gobierno en Línea Colombia aún está por debajo de países de la región como Uruguay, Chile y Argentina. El 75% de las instituciones colombianas están en la etapa presencial de desarrollo de Gobierno en Línea, es decir, tienen páginas web con información mejorada, pero es unidireccional y no transaccional. Es necesario avanzar en la presencia transaccional de las instituciones, de manera que se logre la interacción efectiva entre el gobierno y los ciudadanos en aspectos como el pago de impuestos, las convocatorias públicas y la obtención de documentos.<sup>45</sup>

En cuanto al índice de preparación tecnológica Colombia ocupa el puesto 68 en la medición de 139 países<sup>46</sup>.

Es necesario avanzar en la presencia transaccional de las instituciones, de manera que se logre la interacción efectiva entre el gobierno y los ciudadanos en aspectos como el pago de impuestos, las convocatorias públicas y la obtención de documentos.<sup>47</sup>

Dentro de los programas y proyectos que desarrolla el gobierno nacional mencionado en el informe nacional de competitividad es importante reseñar: Proyecto Nacional de Fibra Óptica, mediante el cual se espera tener conectados a internet 753 municipios lo que representa conectividad para el 98% de las entidades territoriales del país. El Plan Vive Digital, pretende generar la masificación de la penetración, el uso y la apropiación de las TIC. Incentivar el uso de las TIC en nuevos campos –como el teletrabajo– para mejorar la productividad y la competitividad de mipymes. El Plan incorpora medidas para jalonar la demanda, como los programas de alfabetización digital y el establecimiento de Telecentros para llevar conectividad a las

<sup>43</sup> Consejo Privado de Competitividad. Informe Nacional de Competitividad 2016 - 2017

<sup>44</sup> Recomendaciones sobre competitividad e innovación para la elaboración de planes de desarrollo regional documento elaborado por la dirección de desarrollo empresarial – DNP, año 2011.pag 159

<sup>45</sup> Ibid. pág 168

<sup>46</sup> Consejo Privado de Competitividad. Informe Nacional de Competitividad 2016 – 2017

<sup>47</sup> ibid



áreas más apartadas.

En cuanto al Internet se resalta que en Colombia este es más utilizado con fines informativos, desperdiçando oportunidades del sector productivo, en donde las herramientas en línea y las soluciones tecnológicas son aun incipientes.

El consejo privado de competitividad, recomienda un plan intensivo de alfabetización digital, en el cual se incorpore al aula de clase material TIC –equipos, tableros digitales, contenidos digitales, juegos interactivos, bibliotecas virtuales– que esté asociado al currículo de formación de los estudiantes, con el respectivo proceso de entrenamiento para los profesores.

Hacen referencia a la telesalud, tema en el que se sugiere acelerar la implementación de los lineamientos contemplados por la Ley 1419 de 2010, así como un monitoreo cercano sobre el estado la historia clínica única electrónica que prevé la Ley 1438 de 2011 y se termina planteando la utilización de las redes sociales como mecanismo de transparencia en la gestión pública y control por parte de la ciudadanía.

La reforma constitucional que creó el Sistema General de Regalías y destinó cerca del 10% de los recursos del nuevo Sistema a la financiación de proyectos regionales de ciencia, tecnología e innovación representa una apuesta por un modelo de desarrollo basado en la generación, uso y apropiación del conocimiento como motor del crecimiento económico sostenible y herramienta fundamental para alcanzar la prosperidad social. La formulación de programas y proyectos de CT el de impacto regional constituye una oportunidad estratégica para articular estos recursos con las prioridades de las regiones en términos de apuestas productivas<sup>48</sup>.

#### **5.1.6. Población**

La E.S.E Hospital Universitario de Santander es una Institución que, dentro de la red pública prestadora de servicios de salud en el Nororiente Colombiano, es cabeza de red departamental cubriendo la mediana y alta complejidad de la población santandereana; así como de su área de influencia que es parte del sur de Bolívar, Arauca, Norte de Santander, Boyacá y Cesar.

De acuerdo con las proyecciones estadísticas del Censo 2005, para el año 2016 Santander cuenta con una población total de 2.071.016 habitantes – 1,023,783 (49,43%) hombres y 1,047.233 (54,57%) mujeres.

**Tabla 2. Población Departamento de Santander**

<b>AÑO</b>	<b>POBLACION SANTANDER</b>
<b>2016</b>	2.071,016
<b>2017</b>	2,080,938
<b>2018</b>	2,090,839
<b>2019</b>	2,100,704
<b>2020</b>	2,110,580

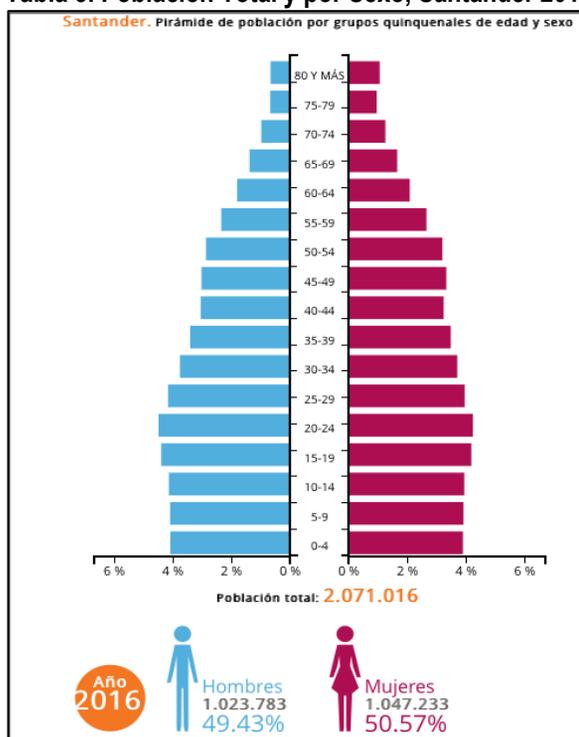
Fuente: Departamento Nacional de Estadística. Disponible en: <https://geoportal.dane.gov.co/laboratorio/estimaciones/indicador4.html>

La proyección de población de Santander para el año 2016 según el DANE fue de 2.071.016 habitantes, con una distribución similar por sexo (54,57% mujeres vs 49,43% hombres), es decir, una relación mujer/hombre de 1:1 (ver tabla 1).

La pirámide poblacional del departamento de Santander presenta en la base un angostamiento, evidenciando poblaciones cuya natalidad ha descendido en los últimos años.

<sup>48</sup> Recomendaciones sobre competitividad e innovación para la elaboración de planes de desarrollo regional documento elaborado por la dirección de desarrollo empresarial – DNP, año 2011.

**Tabla 3. Población Total y por Sexo, Santander 2017**



**Población Departamental 2017**

	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Total</b>	<b>2.080.938</b>	<b>1.028.722</b>	<b>1.052.216</b>
<b>0-4</b>	164.478	84.372	80.106
<b>5-9</b>	164.929	84.479	80.450
<b>10-14</b>	165.365	84.842	80.523
<b>15-19</b>	173.505	89.108	84.397
<b>20-24</b>	179.037	92.176	86.861
<b>25-29</b>	169.593	87.228	82.365
<b>30-34</b>	155.798	78.954	76.844
<b>35-39</b>	144.150	71.709	72.441
<b>40-44</b>	131.476	64.176	67.300
<b>45-49</b>	130.129	62.213	67.916
<b>50-54</b>	127.425	60.395	67.030
<b>55-59</b>	107.735	50.718	57.017
<b>60-64</b>	83.607	38.940	44.667
<b>65-69</b>	64.820	29.618	35.202
<b>70-74</b>	48.055	21.236	26.819
<b>75-79</b>	34.220	14.327	19.893
<b>80 Y MÁS</b>	36.616	14.231	22.385

Fuente: Departamento Nacional de Estadística DANE, Proyección 2016. Disponible en:

<https://geoportal.dane.gov.co/laboratorio/estimaciones/indicador1.html>

En Santander en el año 2013, las principales causas de atención por servicio fueron: 1) en consulta



externa: la hipertensión arterial primaria; 2) en consulta de urgencias: la fiebre no especificada; 3) en hospitalización: la infección de vías urinarias; y 4) en urgencias con observación: la fiebre no especificada.

**Tabla 4. Primeras Causas de Atención por Servicios, Santander 2013**

Tipo de servicio	Primeras causas	Total	%
<b>Consulta externa</b>	Hipertensión esencial (primaria)	1.465.192	10,0
	Caries de la dentina	1.271.038	8,6
	Gingivitis crónica	330.991	2,2
	Lumbago no especificado	273.862	1,9
	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	264.572	1,8
	Otros diagnósticos	11.119.008	75,5
<b>Total</b>		<b>14.724.663</b>	<b>100,0</b>
<b>Consulta de urgencias</b>	Fiebre, no especificada	138.166	7,5
	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	85.955	4,7
	Otros dolores abdominales y los no especificados	67.427	3,7
	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	50.775	2,8
	Infección viral, no especificada	45.968	2,5
	Otros diagnósticos	1.454.409	78,9
<b>Total</b>		<b>1.842.700</b>	<b>100,0</b>
<b>Hospitalización</b>	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	8.727	3,0
	Fiebre, no especificada	7.353	2,5
	Otros dolores abdominales y los no especificado	6.559	2,3
	Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	6.356	2,2
	Apendicitis aguda, no especificada	5.334	1,8
	Otros diagnósticos	255.621	88,2
<b>Total</b>		<b>289.950</b>	<b>100,0</b>
<b>Urgencias</b>	Fiebre, no especificada	81.938	6,4
	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	75.466	5,9
	Otros dolores abdominales y los no especificados	49.619	3,9
	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	38.233	3,0
	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	32.483	2,5
	Otros diagnósticos	996.422	78,2
<b>Total</b>		<b>1,274,161</b>	<b>100,0</b>

Fuente de datos: Ministerio de la Salud y Protección Social, Sistema Integral de Información SISPRO 2013. Cálculos: Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS)

### 5.1.7 Red de Prestación de Servicios de Salud Departamental

El modelo de red de prestación de servicios de salud del departamento de Santander fue avalado por el Ministerio de Salud y protección Social en 2013. Allí mismo se establece que los ochenta y siete (87) municipios del departamento cuentan con ochenta y tres (83) Empresas Sociales del Estado para la prestación de los servicios de salud a su población, las cuales conforman la Red Pública Hospitalaria Departamental.<sup>49</sup>

De acuerdo al registro especial de prestadores de servicios de salud, se tienen 2.498 prestadores así: 2.216 IPS Públicas y Privadas, 1.195 Profesionales independientes, 10 inscripciones de transporte especial de pacientes, adicionalmente 272 inscripciones de instituciones con objeto Social diferente

<sup>49</sup> Plan de Desarrollo Departamental - Santander 2016 – 2019 pág. 79



como Universidades, Centros Vida (Adulto Mayor) y entidades adaptadas para un total de 12.752 servicios habilitados, existen 91 instituciones prestadoras de servicios de salud en la Red pública con sus respectivas sedes, distribuidas en alta complejidad 0.9%, mediana complejidad 2.7% y 96% de baja complejidad ubicada en un 95% fuera del área metropolitana; siendo este un número significativo de instituciones que requieren acompañamiento, asistencia técnica y verificación de los estándares de calidad competencias propias del departamento.<sup>50</sup>

En el análisis de funcionamiento de la red en el departamento, persiste el riesgo por la escasa capacidad resolutoria en las acciones de los prestadores de salud de la red pública, lo cual se evidencia principalmente en la limitada articulación de los hospitales de baja complejidad con los de mediana y alta complejidad de atención, la alta rotación del talento humano, el incipiente sistema de información en red, la debilidad en la implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad, la concentración de talento humano especializado para la atención en la mediana y alta complejidad en el área metropolitana, así como el deterioro y cumplimiento de la vida útil de equipos biomédicos e infraestructura.<sup>51</sup>

Las Instituciones públicas que cuentan con 244 ambulancias, de las cuales el 38% tiene de uso más de 10 años, el 21% corresponde entre 5 a 10 años de uso y solo el 41 % de estas tienen menos de 5 años de uso, la Red de ambulancias esta designada en un 95%. Para las referencias y contra referencias de los usuarios institucionalizados, la actual política de salud con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los procesos de descentralización de competencias y recursos, requieren el compromiso de las personas y las instituciones para definir estrategias acordes a las necesidades locales que permitan mejorar la calidad de vida de sus habitantes, no se cuenta con una red que permita realizar la área metropolitana donde reside el 54% de la población santandereana.<sup>52</sup>

## **5.2 ANÁLISIS INTERNO**

### **5.2.1 Portafolio**

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander es una institución de carácter público que presta servicios de alta y mediana complejidad a la población del nororiente colombiano y magdalena medio; por su capacidad instalada y su nivel de complejidad ofrece una amplia variedad de servicios a sus usuarios, los cuales están agrupados según los procesos; internación, quirúrgicos, consulta externa, urgencias, apoyo diagnóstico y terapéutico, esterilización (ver anexo B).

### **5.2.2 Remisiones**

El Hospital Universitario de Santander (HUS) tiene habilitadas 48 camillas en el servicio de Urgencias, pero debido al plan de contingencia hospitalario por la construcción de la nueva central de urgencias, se tienen adicionales 71 camillas, para un total de 119. De estas 119, se deshabilitaron 25, por disposición del área de infraestructura para dar continuidad a la construcción de las obras, quedando 94 en funcionamiento; sin embargo, la ocupación promedio del servicio en el primer semestre de 2017, es de 170 pacientes diarios<sup>53</sup>, presentando picos de 220 pacientes, razón por lo cual, el servicio de Urgencias del HUS presenta generalmente Capacidad Instalada Superada, dificultando la atención oportuna de pacientes, con criterios de calidad.

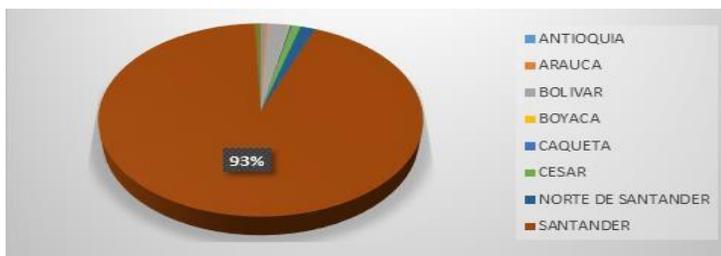
### **Gráfico 1. Remisiones por Departamento de Procedencia 2016**

<sup>50</sup> Ibíd.

<sup>51</sup> Ibíd.

<sup>52</sup> ibíd

<sup>53</sup> Fuente UFATI Estadísticas HUS corte a 30 de junio de 2017



Fuente: RIPS año 2016

En cuanto a la remisión de pacientes por provincia de procedencia, para el año 2016 se encontró que en su gran mayoría (87%) de los pacientes que ingresaron a Urgencias del HUS registraron residencia en la provincia de Soto, seguido de la provincia de Mares (7%) y Vélez y Guanentá en menor proporción (3 y 2% respectivamente) según datos de los RIPS.<sup>54</sup>

**Gráfico 2. Remisiones por Provincia de Procedencia 2016**



Fuente RIPS año 2016

En el caso de las gestantes que llegan con complicaciones, o que en el HUS son tipificados como embarazo de alto riesgo obstétrico (ARO) se observa que persisten fallas en la identificación oportuna y captación al programa de control prenatal, en los primeros niveles de complejidad; ya que las gestantes no presentan los controles prenatales adecuados, y en algunos casos menos frecuentes, no han asistido a ningún control. En estos casos las Aseguradoras son igualmente responsables de esta problemática.

Los casos de dolor abdominal no especificado, generalmente son asociados a no disponibilidad de especialistas de cirugía general, o la no disponibilidad de quirófanos o de ayudas diagnósticas en los segundos niveles de atención las 24 horas o los fines de semana y festivos.

Los casos de dolor precordial y diagnósticos relacionados, los casos están asociados a la no disponibilidad de la especialidad de medicina interna, o de ayudas diagnósticas en los segundos niveles de atención las 24 horas o los fines de semana y festivos.

En cuanto a infraestructura el Hospital Universitario de Santander se encuentra en un proceso de construcción y ampliación, de acuerdo a lo aprobado en el PMA, adelantándose a la fecha la primera fase, la cual no está terminada. El estado actual implica, que la capacidad instalada actual está similar a la existente en el 2013 y que algunos servicios como hospitalización adultos y pediatría, así como urgencias se encuentren en plan de contingencia.

La baja disponibilidad de camas de hospitalización adultos y pediatría no permite suplir la demanda que presenta el servicio de urgencias, para la internación de pacientes que ya se les ha definido la conducta en el servicio y que requieren de estancia hospitalaria, para dar continuidad al manejo terapéutico.

<sup>54</sup> Fuente: RIPS informe procesado por UFATI y consolidado por calidad para el año 2016.



Otro factor importante es la resolutiveidad en el servicio de urgencias, la cual está asociada a varios factores como el entrenamiento del equipo médico del servicio de urgencias, la oportunidad en la valoración por las especialidades básicas y la oportunidad en la realización de paraclínicos.

En cuanto al entrenamiento del equipo médico del servicio de urgencias en guías de atención en urgencias, y en protocolos institucionales se ha realizado inducción y reinducción de acuerdo a lo establecido por la oficina asesora de calidad, así como se tiene en cuenta el perfil del profesional que ingresa a laboral a la institución, sin embargo, debido a diversos factores laborales se tiene una alta rotación en el personal médico y de enfermería en el servicio.

La oportunidad de valoración de la valoración por especialidades médicas básicas se encuentra en los límites normales debido a que el HUS tiene contratadas todas las especialidades básicas y adicionalmente se apoya en las especialidades aportadas por la UIS en el marco del convenio docente-asistencial.

En cuanto a la oportunidad en la realización de paraclínicos según informe de oportunidad al comité de calidad se tiene que el HUS cuenta con laboratorio clínico de alta complejidad, así como los servicios de tomografía, resonancia magnética, ecografía, angiografía operando normalmente.

### **SITUACIÓN ACTUAL UCI**

El Hospital Universitario de Santander (HUS) tiene habilitadas 12 camas de Uci adultos, 6 camas de cuidado intensivo neonatal, 2 de cuidado intensivo pediátrico, y 30 de cuidado intermedio neonatal.

De acuerdo con Dennis (2002), en Colombia existe un déficit de camas disponibles en las UCI para adultos, dado que la relación existente es de 0,03 camas por cada 1.000 habitantes, cuando la situación ideal es que ese índice esté alrededor de 0,19<sup>55</sup>. Al realizar la revisión del estándar de camas por habitantes en el departamento de Santander, el cual posee una población de 2.061.079 habitantes<sup>56</sup> (Total hombres: 1.018.724, Total mujeres: 1.042.355) se evidencia que para el caso de Uci adultos se tienen 275 camas habilitadas, de las cuales sólo 12 (4,4%) son públicas, las cuales se encuentran en el Hospital Universitario de Santander. Aplicando el estándar propuesto, para el caso del departamento, se deberían tener 380 camas habilitadas.

**Situación actual de UCI en el departamento de Santander. Fuente REPS corte junio 30 de 2017**

**Tabla 5. Situación Actual de UCI en el Departamento de Santander**

<sup>55</sup> DENIS, R., 2002. Factores asociados con la mortalidad hospitalaria en pacientes admitidos en cuidados intensivos en Colombia. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana.

<sup>56</sup> Fuente: DANE. Proyecciones de población 2015. Disponible en <https://geoportal.dane.gov.co/midaneapp/pob.html>



IPS	CIUDAD	TIPO	ADULT	PEDIÁTRIC	NEONATA	TOTA
FCV	FLORIDABLANCA	PRIVAD	35	29	20	84
HIC	PIEDRECUESTA	PRIVAD	53	14	0	67
FOSUNAB	FLORIDABLANCA	PRIVAD	40	0	0	40
FOSCAL	FLORIDABLANCA	PRIVAD	30	1	8	39
COMUNEROS	BUCARAMANGA	PRIVAD	29	0	0	29
CHICAMOCHA	BUCARAMANGA	PRIVAD	15	1	10	26
SAN LUIS	BUCARAMANGA	PRIVAD	7	6	12	25
UCI SAN GABRIEL	SOCORRO	PRIVAD	10	2	10	22
HUS	BUCARAMANGA	PUBLIC	12	2	6	20
CLINICA LA MAGDALENA	BARRANCABERMEJA	PRIVAD	4	2	7	13
GESTIONAR	BUCARAMANGA	PRIVAD	9	0	0	9
CONUCOS	BUCARAMANGA	PRIVAD	5	2	2	9
CLINICA BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	PRIVAD	8	0	0	8
METROPOLITANA	BUCARAMANGA	PRIVAD	8	0	0	8
SERVICLIICOS	BUCARAMANGA	PRIVAD	7	0	0	7
CAÑAVERAL	FLORIDABLANCA	PRIVAD	3	0	3	6
<b>TOTALES</b>			<b>275</b>	<b>59</b>	<b>78</b>	<b>412</b>

Fuente REPS corte junio 30 de 2017

Al realizar la revisión del estándar de camas por habitantes en el departamento de Santander, el cual posee una población de 2.061.079 habitantes)<sup>57</sup>, se evidencia que para el caso de Uci Pediátrica y Neonatal se tienen 137 camas habilitadas (59 pediátricas y 78 neonatales), de las cuales sólo 8 (5,8%) son públicas, las cuales se encuentran en el Hospital Universitario de Santander. Según, esta cifra el número de camas por cada mil habitantes de cuidado intensivo neonatal en el departamento es de 0.038 por cada mil habitantes y de cuidado intensivo pediátrico 0,029.

Al realizar una revisión de las solicitudes de UCI que realiza el Hospital Universitario de Santander, luego de superar su capacidad instalada, se encontró que en el año 2016 el Hospital Universitario de Santander solicitó 1566 camas para pacientes de Uci Adultos, 112 para pacientes de Uci pediátrica, 179 para Uci neonatal y 139 camas para pacientes de UCI Adultos especializada en cuidados coronarios, según tabla adjunta.

**Tabla 6. Consolidado de Remisiones a UCI 2016**

Solicitudes de Referencia de UCI		
UCI	No. de remisiones	% Particip.
UCI-ADULTO	1566	78,46%
UCI-PEDIATRICO	112	5,61%
UCI-NEONATAL	179	8,97%
UCI-CORONARIA	139	6,96%
<b>Total</b>	<b>1996</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Referencia y Contrarreferencia HUS

<sup>57</sup> Fuente: DANE. Proyecciones de población 2015. Disponible en <https://geoportal.dane.gov.co/midaneapp/pob.html>



Al realizar una revisión del resultado de la gestión de UCI adultos realizada por el Hospital Universitario de Santander, en el año 2016 respecto a Uci adultos se encontró que el 42,78% fueron aceptados, el 24,11% por cambio de la condición del paciente fueron canceladas, el 16,6% falleció en espera de asignación de cama, el 6,7% se les dio salida, y sólo el 9% se le asignó cama en Uci adulto en el HUS:

**Tabla 7. Consolidado de Remisiones a UCI Adulto 2016**

Definición de Referencia de UCI ADULTO		
ESTADO	Nº CASOS	% DE CASOS
ACEPTADO	670	42,78%
CANCELADA	389	24,11%
FALLECIO	260	16,60%
SALIDA	106	6,77%
UBICACIÓN EN LA ESE HUS	141	9,00%
<b>TOTAL</b>	<b>1566</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Referencia y Contrarreferencia HUS

Al realizar una revisión del resultado de la gestión de UCI pediátrica realizada por el Hospital Universitario de Santander, en el año 2016 respecto a UCI pediátrica se encontró que el 40,18% fueron aceptados, el 31,25% por cambio de la condición del paciente fueron canceladas, el 7,14% falleció en espera de asignación de cama, el 8,9% se les dio salida, y sólo el 12,5% se le asignó cama en Uci pediátrica en el HUS:

**Tabla 8. Consolidado de Remisiones a UCI Pediátrica 2016**

Definición de Referencia de UCI PEDIATRICA		
ESTADO	Nº CASOS	% DE CASOS
ACEPTADO	45	40,18%
CANCELADA	35	31,25%
FALLECIO	8	7,14%
SALIDA	10	8,93%
UBICACIÓN EN LA ESE HUS	14	12,50%
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Referencia y Contrarreferencia HUS

Al realizar una revisión del resultado de la gestión de UCI Neonatal realizada por el Hospital Universitario de Santander, en el año 2016 respecto a UCI Neonatal se encontró que el 35,2% fueron aceptados, el 39,11% por cambio de la condición del paciente fueron canceladas, el 1,12% falleció en espera de asignación de cama, el 21,23% se les dio salida, y sólo el 3,35% se le asignó cama en UCI Neonatal en el HUS:



**Tabla 9. Consolidado de Remisiones a UCI Neonatal 2016**

Definición de Referencia de UCI NEONATAL		
ESTADO	Nº CASOS	% DE CASOS
ACEPTADO	63	35,20%
CANCELADA	70	39,11%
FALLECIO	2	1,12%
SALIDA	38	21,23%
UBICACIÓN EN LA ESE HUS	6	3,35%
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Referencia y Contrarreferencia

### 5.2.3 Capacidad instalada

El Hospital actualmente tiene habilitada ambulancias básicas 2, ambulancias medicalizadas 3, cuenta con 8 quirófanos, 2 salas de partos y 388 camas en total detallados en la siguiente tabla:

**Tabla 10. Capacidad Instalada**

CAPACIDAD	NOMBRE	CANTIDAD
AMBULANCIAS	Básica	2
	Medicalizada	3
SALAS	Quirófano	8
	Partos	2
	Procedimientos	0
CAMAS	Pediátrica	40
	Adultos	188
	Obstetricia	36
	Cuidado Intermedio Neonatal	30
	Cuidado Intensivo Neonatal	6
	Cuidado Intermedio Pediátrico	0
	Cuidado Intensivo Pediátrico	2
	Cuidado Intensivo Adulto	12
	Unidad de Quemados Adulto	10
	Unidad de Quemados Pediátrico	4
	Cuidado básico neonatal	0

### 5.2.4 Análisis de indicadores producción

**PRODUCCIÓN DE SERVICIOS** - Decreto 2193 de 2004

**Tabla 11. Producción de Servicios**

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS					
Variable	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Producción Equivalente UVR</b>	13.391.503	14.881.766	16.489.047	16.277.458	16.851.506

A pesar de que se aprecia en los últimos años que se mantiene la producción de servicios de la ESE HUS, en términos de las unidades de valor relativo UVR, por encima de 16 millones de UVR en las últimas 3 vigencias,

incluso mostrando un incremento en la producción del 3,52% en el 2016 frente al 2015, en algunos de los servicios especializados se encuentran variaciones negativas, tales como:

En consultas médicas especializadas se aprecia una disminución del 38.6% de la vigencia 2016 frente al 2015; en el 2016 se realizaron 42250 consultas especializadas frente a 69281 del 2015, al igual que frente a los años anteriores, pues en el 2014 se realizaron 75724 y en el 2013 se realizaron 62634.

**Tabla 12. Consulta Médica Especializada**

Variable	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Consultas de medicina especializada electivas realizadas</b>	70.754	62.634	75.724	69.281	42.520

En cuanto a los egresos hospitalarios, en el 2016 se presentaron 20235 egresos, frente a 21291 del año 2015, lo que traduce en una disminución del 4,95%. En los años 2014 y 2013 también se presentaron mayores egresos hospitalarios, registrándose 20977 y 21528 respectivamente.

**Tabla 13. Total Egresos**

Variable	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Total de egresos</b>	16.530	21.528	20.977	21.291	20.235
<b>...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)</b>	3.015	3.667	3.820	3.826	3.671
<b>...Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)</b>	6.719	7.478	7.480	7.109	7.854
<b>...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)</b>	6.796	10.383	9.677	10.356	8.710

Igual situación se presenta en los pacientes del servicio de cuidado intermedio, pues en el 2016 se presentaron 474 egresos, frente a mayores números de egreso de dichos servicios en años anteriores, como 545 egresos en el 2015, 851 egresos en el 2014, 874 egresos en el 2013 y 1032 en el 2012. Incluso en años anteriores se presentaron cifras muy superiores a este número de egresos del servicio de cuidado intermedio, pues en el 2011 se presentaron 1357 egresos y en el 2010 con un total de 1496 egresos. Es decir, los egresos de este servicio en el 2016 fueron casi una tercera parte de los egresos de hace un lustro.

**Tabla 14. Pacientes Atendidos en UCI**

Variable	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Pacientes en Cuidados Intermedios</b>	1.032	874	851	545	474
<b>Pacientes Unidad Cuidados Intensivos</b>	687	887	754	865	664

Los pacientes en el servicio de Cuidado Intensivo también muestran una tendencia negativa en el 2016 frente al año anterior, pues mientras en el 2016 se registraron 664 egresos, en el año 2015 los mismos ascendieron a 865 pacientes, lo que equivale a una disminución del 23,2% frente al 2015 y un 11,9% frente al periodo 2014. La cifra de egresos de cuidado intensivo en el 2016 es inferior a los registrados 4 años atrás, cuando se presentaron 687 egresos de cuidado intensivo.

Con un escenario similar de camas de Uci desde el inicio de obras en el 2013 (12 adulto, 6 pediátricas y 2 neonatales) y con la demanda sostenida de camas de cuidado crítico, sólo termina entendiéndose esta disminución en los egresos de cuidado crítico por un aumento en la estancia hospitalaria y por demoras en el traslado de los pacientes a hospitalización, asociados a varios factores como la falta de camas en hospitalización o falta de camas de aislamiento; por este motivo se facturan como habitación de internación(habitación 2 camas o más) a pacientes hospitalizados físicamente en Uci pero sin pertinencia médica para estas camas.

Las anteriores cifras en los egresos y número de pacientes atendidos en cada uno de los servicios hospitalarios, afecta de manera importante datos de eficiencia hospitalarios como los días estancia, tanto en los servicios de hospitalización general (quirúrgicos, no quirúrgicos y obstétricos) como en los servicios de hospitalización especializada como cuidado intermedio, en un 1,35% del 2016 frente al 2015. En cuidado intermedio fueron 5239 días estancia del año 2016 frente a 6089 del año 2015; en los años 2012 al 2014 los días estancia en cuidado intermedio estuvieron por encima de los 7500 días estancia por año, lo que corresponde a una disminución de un 30% frente a esas vigencias.

**Tabla 15. Total Días Estancia de los Egresos**

Variable	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Total de días estancia de los egresos</b>	119.981	138.978	134.312	134.197	132.376
<b>Días estancia Cuidados Intermedios.</b>	7.564	7.714	7.987	6.089	5.239
<b>Días estancia Cuidados Intensivos</b>	5.979	9.167	6.352	6.476	6.932
<b>Total de días cama ocupados</b>	129.602	110.164	122.337	108.227	107.564

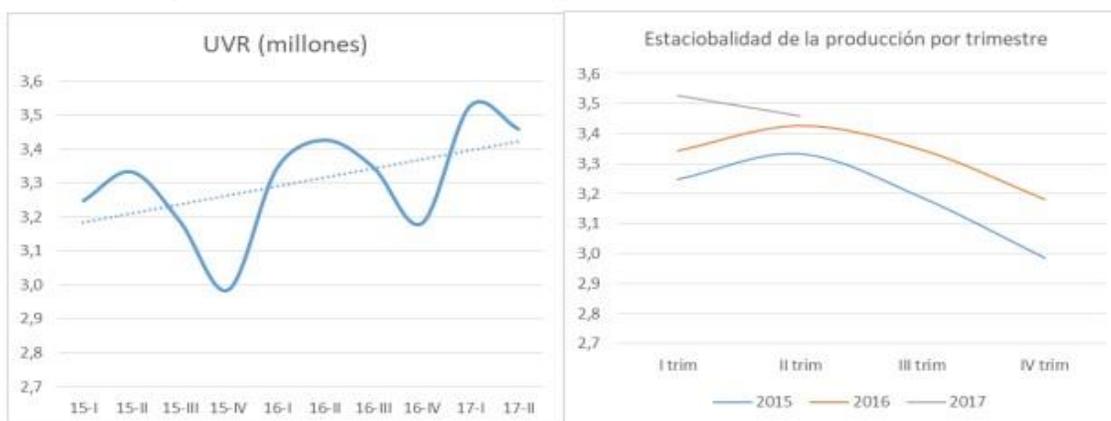
En cuidado intensivo se aprecia un ligero aumento en los días de estancia, pasando de 6476 días estancia en el 2015 a 6932 días estancia en el 2016, lo que se debe a un mayor número de días estancia de cada paciente, pues como lo vimos párrafos atrás, el número de pacientes atendidos en cuidado intensivo fue menor en el 2016, es decir, un menor número de pacientes que duraron en promedio más días, pues el promedio de días estancia en el 2015 fue de 7.5 días mientras en el 2016 fue de 10.4, lo que significa un menor giro cama del servicio de cuidado intensivo.

El total de días camas hospitalarias ocupadas en el año 2016 también presenta una disminución frente al periodo 2015, que se bien es cierto es una variación negativa pequeña del 0.6%, si es más significativa si se compara con las cifras de los años 2014, en las que el total de días cama ocupadas fue de 122337 frente a 107564 del 2016.

Si bien es cierto que en estos servicios de hospitalización especializada se presentan variaciones negativas del año 2016, la cifra de producción en UVR se compensa con otros servicios que presentan variación positiva, como consulta de medicina general urgentes, pacientes en observación, partos vaginales (las cesáreas disminuyen), exámenes de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas.

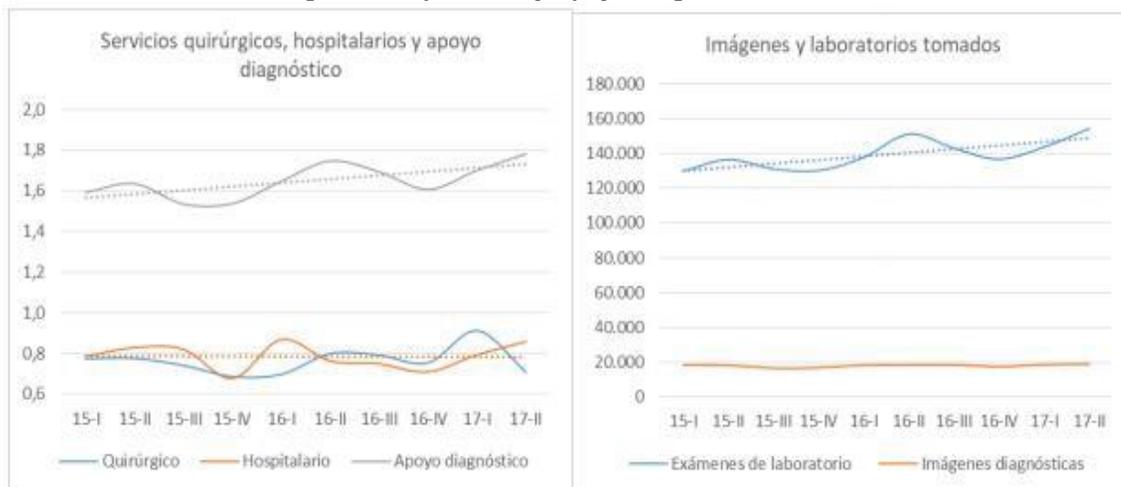
Para el periodo analizado se evidencia un comportamiento fluctuante de la producción en general en términos de unidad de valor relativo, donde se presenta una mayor producción en el primer trimestre frente al cuarto trimestre del año anterior y un aumento en el segundo pero una caída para el tercer y cuarto trimestre. No obstante, lo anterior, la producción trimestral presenta una tendencia creciente.

**Gráfico 3. UVR y Estacionalidad de la Producción por Trimestre**



Los servicios de apoyo diagnóstico son los más representativos en la producción del hospital, que representa entre el 48% y el 52% de la UVR. Como la UVR en general, estos servicios presentan un comportamiento fluctuante, pero con tendencia a aumentar, al pasar de 1.59 millones de UVR en el primer trimestre de 2015 a 1.78 millones en el segundo trimestre de 2017. Este comportamiento se debe por el aumento de los exámenes de laboratorio realizados que pasa de 129 mil al principio del periodo a 154 mil en el segundo trimestre de este año; las imágenes diagnósticas tomadas fluctúan en su promedio (18 mil), con leve tendencia a aumentar.

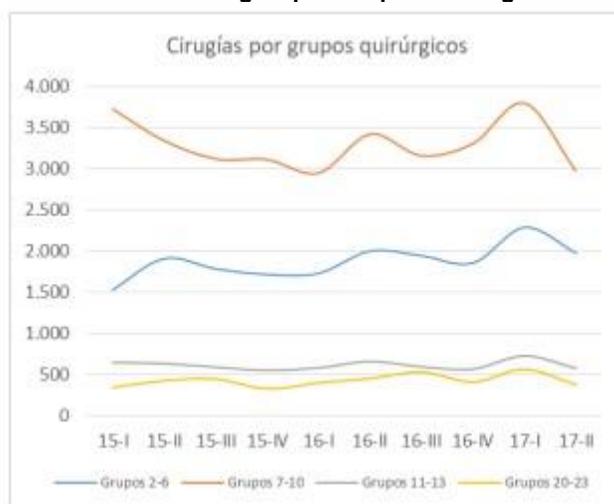
**Gráfico 4. Servicios Quirúrgicos, Hospitalarios y Apoyo Diagnóstico**



Fuente: Imágenes y laboratorios tomados

Los servicios quirúrgicos y hospitalarios representan un poco menos de la mitad de la producción en términos de UVR, al fluctuar los servicios quirúrgicos entre 20.5% y 25.9% y los hospitalarios entre 22.3% y 26.0%.

**Gráfico 5. Cirugías por Grupos Quirúrgicos**



Los servicios quirúrgicos presentan una tendencia creciente, al pasar de 6.2 mil cirugías al principio del periodo a 7.3 mil en el primer trimestre de 2017 y una caída a 5.9 mil en el segundo trimestre de 2017. El mayor número de cirugías son del grupo Mapipos 7-10 que al principio del periodo representa 60% de las cirugías y para el final del periodo representa la mitad de las cirugías realizadas, explicado por su tendencia decreciente. Le sigue en importancia las cirugías de los grupos 2-6 que pasa de ser el 24.5% a 33.5%,

siendo el grupo quirúrgico con mayor dinamismo. Las cirugías de los grupos 11-13 mantienen su participación en 9.9%, que en cantidad implica que fluctúa entre 527 y 726 cirugías. Por último, las cirugías de los grupos más altos son las menos significativas, al representar en promedio 7% de las cirugías que se realizan en el HUS.

**Tabla 16. Promedio Cirugías por Día**

Promedio cirugías por día	2015				2016				2017		Tendencia
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	
...Cirugías grupos 2-6	4,9	6,1	5,7	5,5	5,5	6,4	6,2	5,9	7,3	6,3	+
...Cirugías grupos 7-10	11,9	10,7	10,0	10,0	9,5	11,0	10,1	10,6	12,2	9,5	+
...Cirugías grupos 11-13	2,1	2,0	1,9	1,8	1,9	2,1	1,9	1,8	2,3	1,8	-
...Cirugías grupos 20-23	1,1	1,4	1,4	1,0	1,3	1,4	1,7	1,3	1,8	1,2	+

Se asume que las cirugías se programan de lunes a sábado, lo que implica 312 días al año.

Los servicios hospitalarios reportan una tendencia negativa, explicado por la caída constante de la producción hospitalaria presentada en los últimos 3 trimestres de 2016 y segundo trimestre de 2017. Este hecho se explica por la caída de la estancia de los egresos a partir del primer semestre de 2016 (cuando cae de 37.8 mil a 35.0, a 33.8 y 25.6 mil días estancia de los egresos entre primer trimestre de 2016 y cuarto trimestre de ese año). A su vez, este hecho se explica por la disminución constante que se presenta en los egresos para los mismos trimestres.

**Tabla 17. Total Egresos no Quirúrgicos, Obstétricos y Quirúrgicos**

Egresos	2015				2016				2017		Tendencia
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	
No quirúrgicos	2.466	2.656	2.736	2.498	1.720	2.462	2.335	2.193	2.671	2.335	-
Obstétricos	1.010	1.003	937	876	936	915	929	891	905	892	-
Quirúrgicos	1.815	1.823	1.771	1.700	2.879	2.027	1.593	1.355	1.226	1.417	-
<b>Total</b>	<b>5.291</b>	<b>5.482</b>	<b>5.444</b>	<b>5.074</b>	<b>5.535</b>	<b>5.404</b>	<b>4.857</b>	<b>4.439</b>	<b>4.802</b>	<b>4.644</b>	<b>-</b>

Un análisis más detallado evidencia que la mayor caída en los últimos 4 trimestres de los egresos se da en los quirúrgicos. Los servicios ambulatorios representan entre el 2.9% y el 3.5% de la UVR durante los trimestres analizados. Mientras la consulta de medicina programada presenta una tendencia decreciente, al pasar de 18.4 mil consultas a principios del periodo a 8.9 mil en el segundo trimestre de 2017.

**Gráfico 6. Porcentaje Ocupación Hospitalaria**



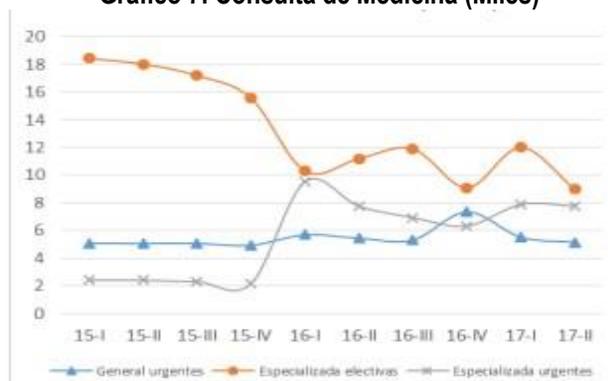
El porcentaje de ocupación de las camas hospitalarias muestra una tendencia creciente cada año, al pasar de 88.8% al principio del periodo a 97.4% en el primer trimestre de este año. Para el segundo trimestre se presenta una caída a 92.5%, porcentaje muy similar al presentado a principios de 2016.

**Tabla 18. Promedio Día Estancia**

	2015				2016				2017		Tendencia
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	
Promedio día estancia	6,23	6,75	6,38	5,82	6,84	6,48	6,97	5,77	6,80	7,29	+
- Quirúrgicos	9,19	10,43	9,87	7,89	7,52	9,02	10,59	8,75	10,12	11,26	+
- No quirúrgicos	5,37	5,67	5,33	5,43	7,71	5,84	6,07	5,14	6,47	6,34	+
- Obstétricos	3,00	2,94	2,82	2,89	3,16	2,59	3,04	2,80	3,24	3,45	+

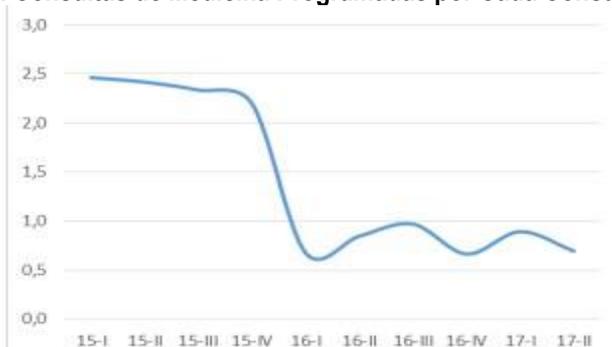
El promedio estancia de los pacientes muestra una tendencia creciente, al pasar de 6.23 días a 7.29 días durante el periodo analizado. Este aumento se presenta tanto en los pacientes quirúrgicos, como en los no quirúrgicos como los obstétricos. Los servicios ambulatorios también presentan un comportamiento fluctuante, pero con tendencia positiva. A su interior, las consultas de medicina programada tienden a disminuir considerablemente, al pasar de 18.4 mil a 8.9 mil durante el periodo analizado. Por su parte, las consultas urgentes tienden a aumentar al pasar de 7.5 mil a 12.9 mil en el mismo periodo. Este aumento se presenta en las consultas de medicina especializada urgente que aumentan de 2.4 mil a 7.8 mil en este periodo y las consultas de medicina general tienden a mantenerse en su promedio (5.5 mil) pero con una leve tendencia a aumentar.

**Gráfico 7. Consulta de Medicina (Miles)**



Como resultado de estas diferentes dinámicas se presenta que el número de consultas de medicina programada por cada consulta urgente tiende a disminuir, al pasar de 2.46 a 0.70, es decir, en la actualidad se realizan más consultas urgentes que programadas.

**Gráfico 8. Consultas de Medicina Programadas por Cada Consulta Urgente**





Esta serie presenta dos comportamientos. Uno, con tendencia a disminuir, en los trimestres de 2015, momento en el que cae. Y un segundo a partir de 2016 que se mantiene hasta hoy. Estas son algunas conclusiones:

1. El HUS es la institución de referencia de servicios de alta complejidad para el departamento y de mediana complejidad para el área metropolitana.
2. En el periodo analizado, los servicios de apoyo diagnóstico representan más de la mitad de la producción del HUS.
3. Le siguen en importancia los servicios hospitalarios (que representan  $\frac{1}{4}$  parte de la UVR total) y los quirúrgicos (en promedio, 23% de la UVR).
4. Los servicios ambulatorios representan entre el 2.9% y 3.5% de la UVR.
5. En general se puede afirmar que la producción en términos de UVR tiende a aumentar, explicado por el alto dinamismo de los servicios de apoyo diagnóstico.
6. Se presenta una caída en la producción en el último trimestre de este año, que se evidencia en todos los servicios.
7. Se evidencia estacionalidad en la producción, cuando esta tiende a aumentar en los dos primeros trimestres para luego tender a disminuir en los dos últimos del año.
8. El aumento de los servicios de apoyo diagnóstico se explica por el dinamismo de los exámenes de laboratorio realizados.
9. Los servicios hospitalarios tienden a disminuir explicado por la caída de los 3 tipos de egresos hospitalarios.
10. El porcentaje de ocupación tiende a aumentar hasta el penúltimo trimestre, cuando cae de 97% a 92.5% en el segundo trimestre de 2017.
11. El promedio de días estancia de los egresos tiende a aumentar en los tres tipos de estancias (quirúrgicos, no quirúrgicos y obstétricos).
12. Con lo anterior, hay menos pacientes hospitalizados, pero estos permanecen más días en la institución.
13. Las cirugías tienden a aumentar hasta el penúltimo trimestre. No obstante, lo anterior, el grueso (82%-84%) de las cirugías se hacen en los grupos 2 al 10.
14. No es consistente que se presente un aumento de las cirugías, pero disminuya el número de egresos quirúrgicos, a no ser que el aumento de las cirugías se de en las de tipo ambulatorio que no obliga pernoctar en el hospital.
15. Los servicios ambulatorios tienden a aumentar, donde es mayor el aumento de las consultas de medicina especializada urgente que la caída en las consultas de medicina especializada programada. Las consultas generales urgentes se mantienen.
16. Como resultado de lo anterior, hoy en día el hospital realiza más consultas urgentes que programadas, lo que puede ser reflejo de barreras de acceso a la salud.

### 5.2.5 Análisis indicadores calidad

#### INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIALES

Tabla 19. Indicadores de Calidad Asistenciales

#### INDICADORES PLAN DE GESTIÓN-DICIEMBRE

	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN GUIA DE MANEJO ESPECIFICA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACION DE APENDICECTOMIA	NÚMERO PACIENTES PEDIATRIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCOASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECIFICA DE PACIENTES CON DX AL EGRESO DE IAM	ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE PEDIATRIA	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN GINECO-OBSTÉTRICA	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA INTERNA
<b>META</b>	<b>≥0,80</b>	<b>≥0,80</b>	<b>≥0,90</b>	<b>0</b>	<b>≥0,90</b>	<b>≥0,90</b>	<b>≤5</b>	<b>≤8</b>	<b>≤15</b>
Umbral	79-75%		89%-90%		89%-80%	89%-90%	6-7días	9-10días	16-20días
ESTANDAR	0,8	0,8	0,9	0	0,9	0,9	5	8	15
Numerador	16	86	84	0	22	12	876	859	3668
Denominador	16	86	86	0	24	12	223	132	309
Resultado	1	1	0,98	0	0,92	1	4	7	12
<b>Bueno: Meta</b>									
<b>Regular: Umbral</b>									
<b>Malo</b>									

Fuente: Base de datos Auditores Concurrentes-Calidad

En el cuadro anterior se aprecia que a 31 de diciembre de 2016 la ESE superó la meta definida en la Resolución 743/13 por el Ministerio de Salud y Protección Social para cada uno de los indicadores aquí reflejados. Demostrando que: la oportunidad en la realización de apendicetomía la meta es  $\geq 0,90$  y la ESE logró un resultado de 0,98, igual ocurre con la oportunidad en la atención de consultas de pediatría donde las metas exigidas son  $\leq 5$  días y la ESE tarda solo 4 días en otorgar la consulta, oportunidad en la atención de ginecología que la meta es  $\leq 8$  días y la ESE brinda la atención en 7 días.

#### Indicadores de calidad de la Resolución 256 de 2016

La siguiente información muestra el resultado de los indicadores allí definidos a 31 de diciembre de 2016 teniendo en cuenta las exigencias de la resolución 256 de 2016 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Tabla 20. Resultados de Indicadores de Calidad – Resolución 256 de 2016**

<b>RESULTADO DE INDICADORES DE CALIDAD – RESOLUCION 256 DE 2016</b>	
<b>INDICADOR</b>	<b>Datos cargados a SISPRO Res 256/2016</b>
Caídas de pacientes en el servicio de hospitalización	70 caídas
Caídas de pacientes en el servicio de urgencias	32 caídas
Caídas de pacientes en el servicio de consulta externa	0 caídas
Caídas de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica.	3 caídas
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	8
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	5
Tasa de úlceras por presión	157

Fuente: Oficina de Calidad

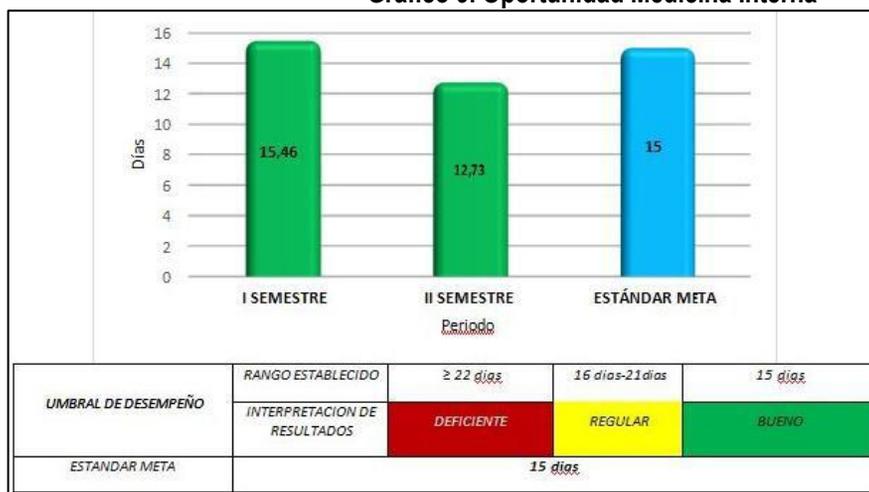
#### CONSULTA EXTERNA

**Tabla 21. Resultado de Indicadores de Calidad – Resolución 256 de 2016 – II Semestre**

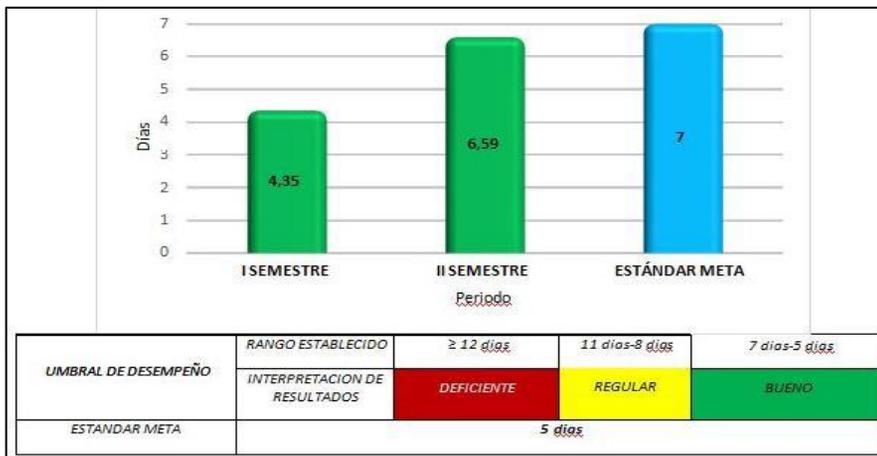
<b>RESULTADO DE INDICADORES DE CALIDAD - RESOLUCION 256 DE 2016 – II SEMESTRE</b>		
<b>INDICADOR</b>	<b>DATOS CARGADOS A</b>	<b>DATOS CARGADOS A</b>
	<b>SICOPRO (Sin Regímenes Especiales)</b>	<b>SIHORES 256/2016 (Incluye)</b>
P3.3 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina	6.66 Días	12.73 Días
P.3.4 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	4.89 Días	6.59 días
P.3.5. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	4.49 Días	5.84 Días
P.3.6. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina	6.48 Días	6.85 Días
P.3.7. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	7.07 Días	9.06 Días

Fuente: Oficina de Calidad

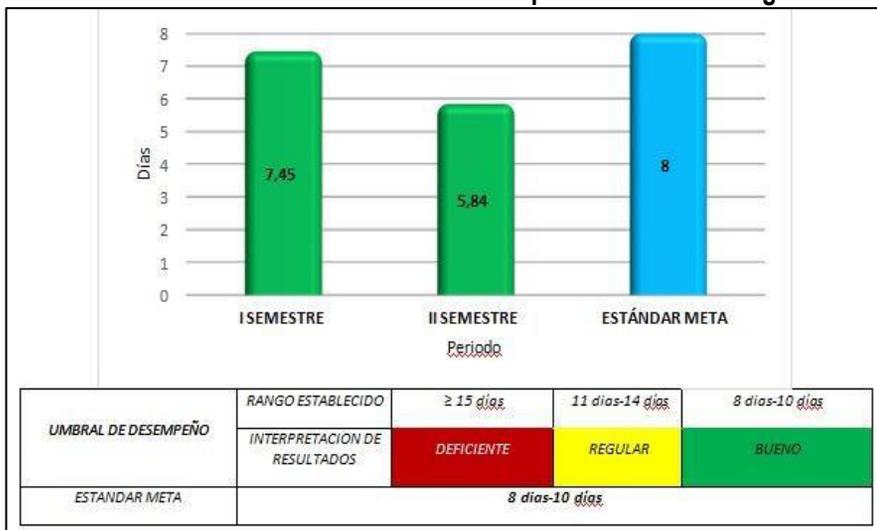
**Gráfico 9. Oportunidad Medicina Interna**



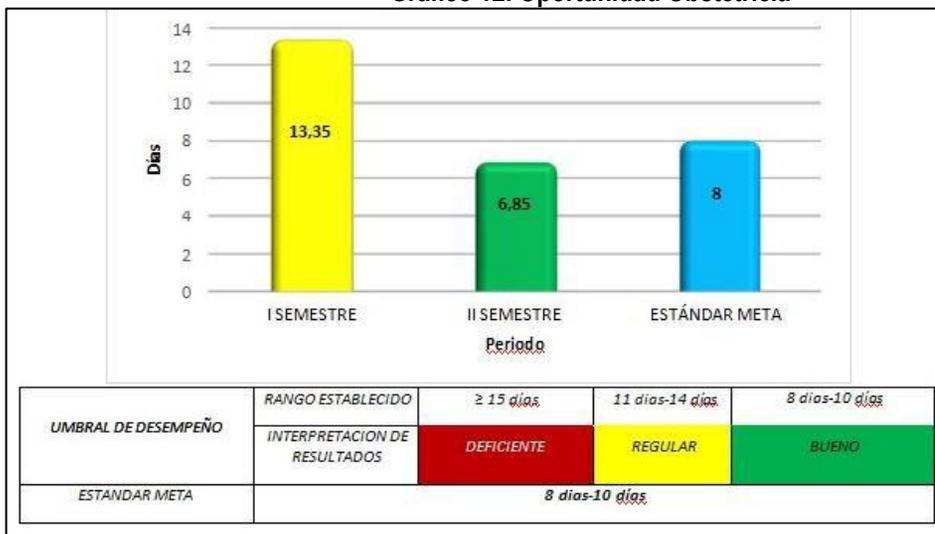
**Gráfico 10. Oportunidad Pediatría**



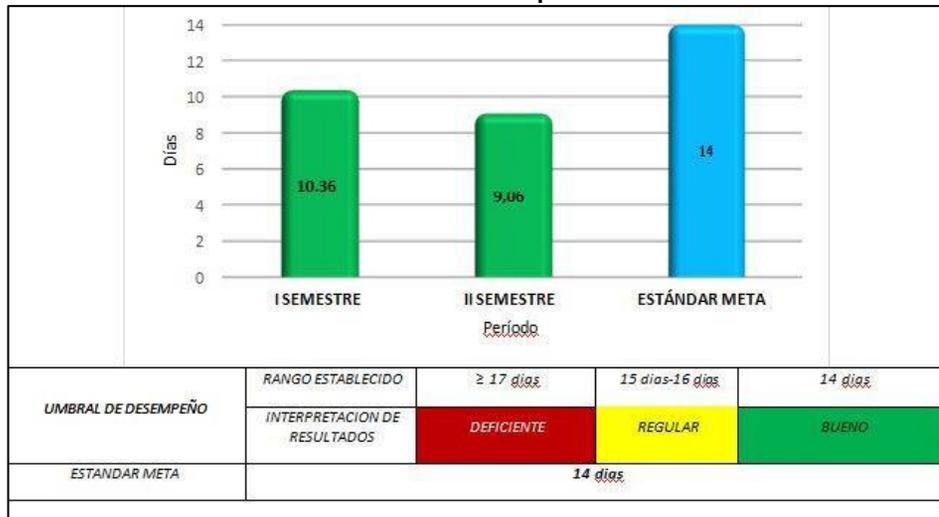
**Gráfico 11. Oportunidad Ginecología**



**Gráfico 12. Oportunidad Obstetricia**



**Gráfico 13. Oportunidad CX General**



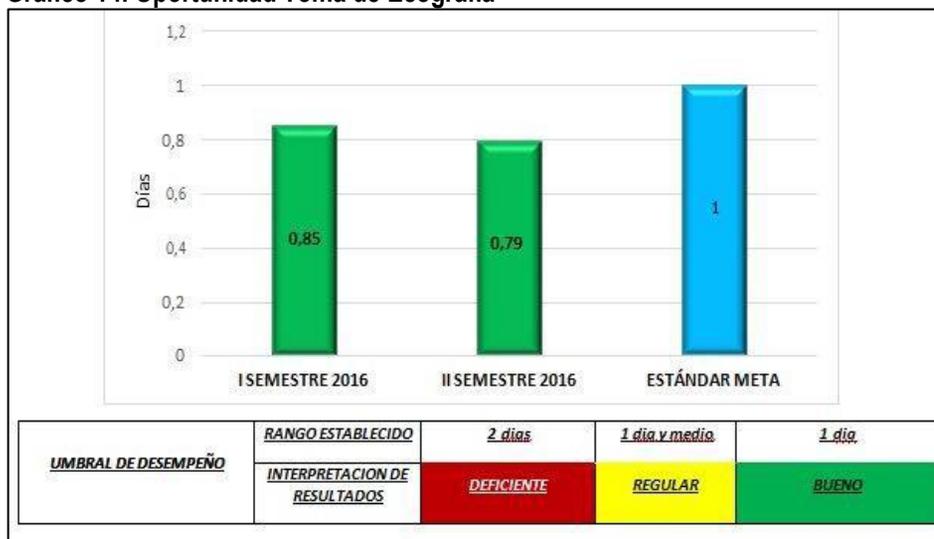
## IMAGENOLOGIA

**Tabla 22. Resultado de Indicadores de Calidad – Resolución 256 de 2016 – II semestre**

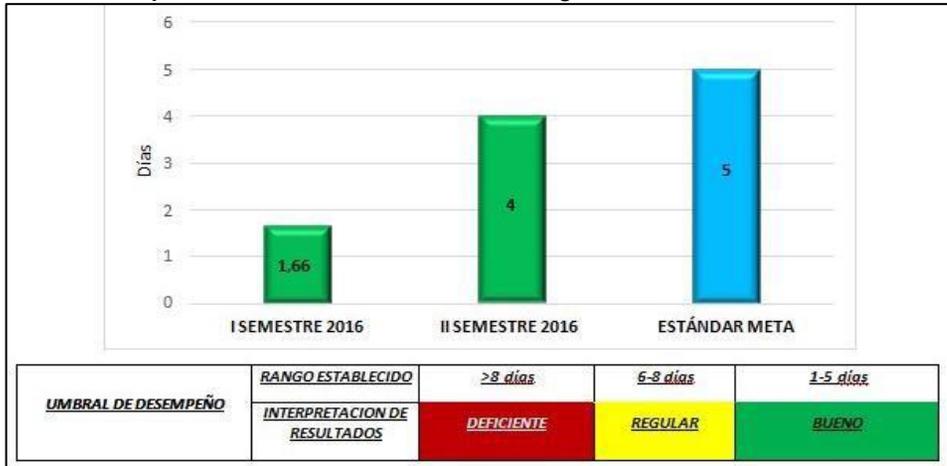
RESULTADO DE INDICADORES DE CALIDAD - RESOLUCION 256 DE 2016 – II SEMESTRE		
INDICADOR	DATOS CARGADOS A SISPRO RES256/2016 (Sin Regímenes Especiales)	DATOS CARGADOS A SIHO RES 256/2016 (Incluye Regímenes Especiales)
	P3.8. Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía	0.79 Días
P.3.9. Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear	4.15 Días	4.00 Días

Fuente: Oficina de Calidad

**Gráfico 14. Oportunidad Toma de Ecografía**



**Gráfico 15. Oportunidad Toma de Resonancia Magnética Nuclear**



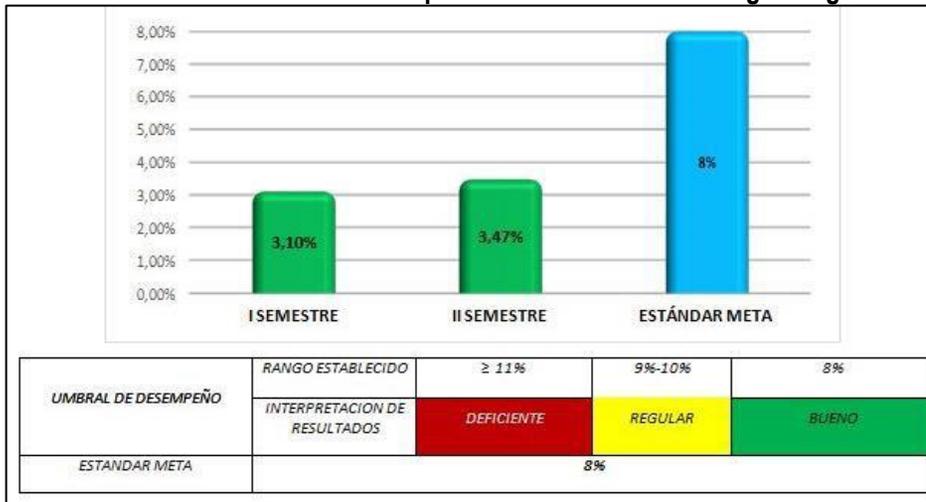
**PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA**

**Tabla 23. Programación de Cirugía**

INDICADOR	DATOS CARGADOS A SISPRO RES256/2016	Relacionadas así:	DATOS CARGADOS A SIHO RES 256/2016 (Incluye Regímenes Especiales)	Relacionadas así:
	n Regímenes Especiales)			
P.2.6. Proporción de cancelación de cirugía	3.18%	Canceladas /660 programadas	3.47%	Canceladas/749 Programadas
P.3.11. Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas	142 Días	425 Sumatoria de días espera/3Cx cataratas realizadas	168.4 Días	842 Sumatoria días espera/5 Cx cataratas realizadas
P.3.12. Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de reemplazo de cadera	126 Días	504 Sumatoria días espera/4Cxcadera realizadas	124.16 Días	745 Sumatoria días espera/6 Cx cadera realizadas

Fuente: Oficina de Calidad

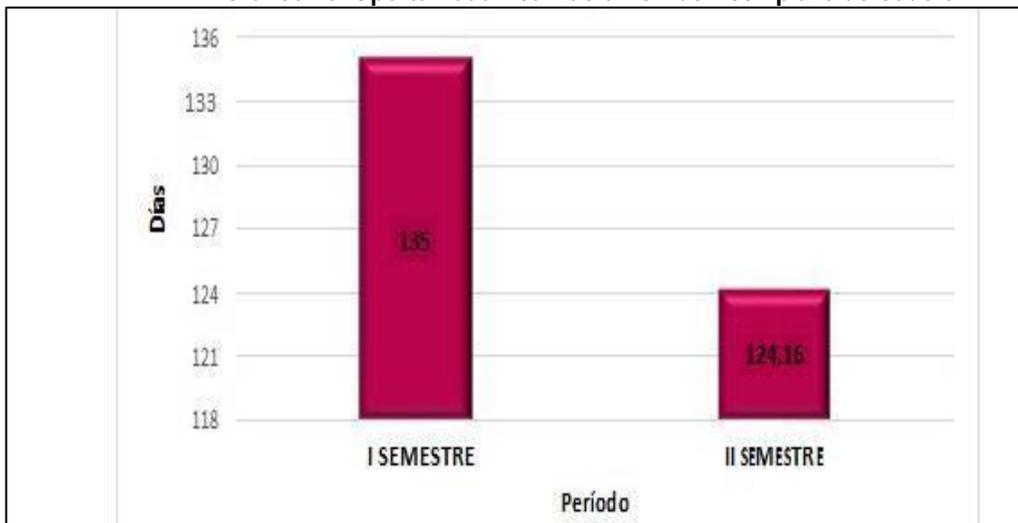
**Gráfico 16. Proporción Cancelación de Cirugía Programada**



**Gráfico 17. Oportunidad Realización CX de Cataratas**



**Gráfico 18. Oportunidad Realización CX de Reemplazo de Cadera**





**SIAU**

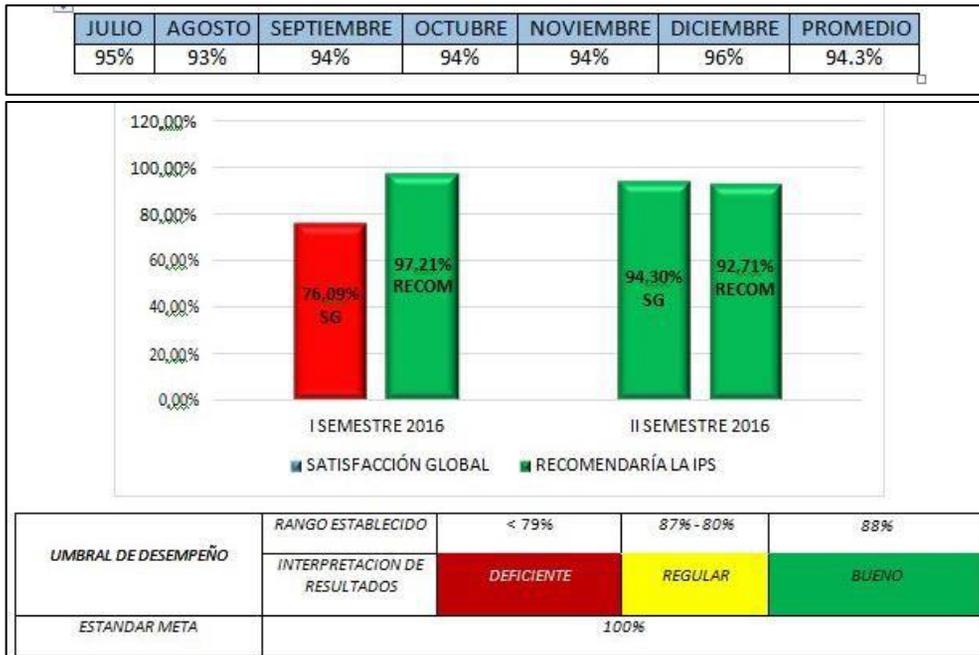
**Tabla 24. Proporción satisfacción usuarios**

INDICADOR	DATOS CARGADOS A SISPRO RES256/2016 (Sin Regímenes Especiales)	DATOS CARGADOS A SIHO RES 256/2016 (Incluye Regímenes Especiales)
P.3.14. Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	76.09%	94.5%
P.3.15. Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	97.21%	92.71%

Fuente: Oficina de Calidad

**Gráfico 19. Experiencia de la Atención**

Satisfacción global desagregada por meses



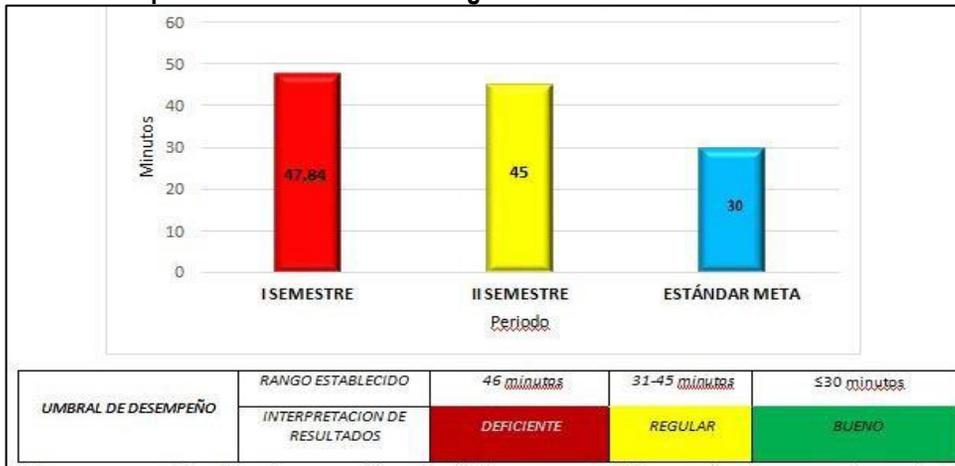
**URGENCIAS**

**Tabla 25. Tiempo Promedio Espera Triage II**

INDICADOR	DATOS CARGADOS A SISPRO RES256/2016 (Sin Regímenes Especiales)	DATOS CARGADOS A SIHORES /2016 (Incluye Regímenes Especiales)
P. 3.10. Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II	44'	45'

Fuente: Oficina de Calidad

**Gráfico 20. Oportunidad de Atención Triage II**

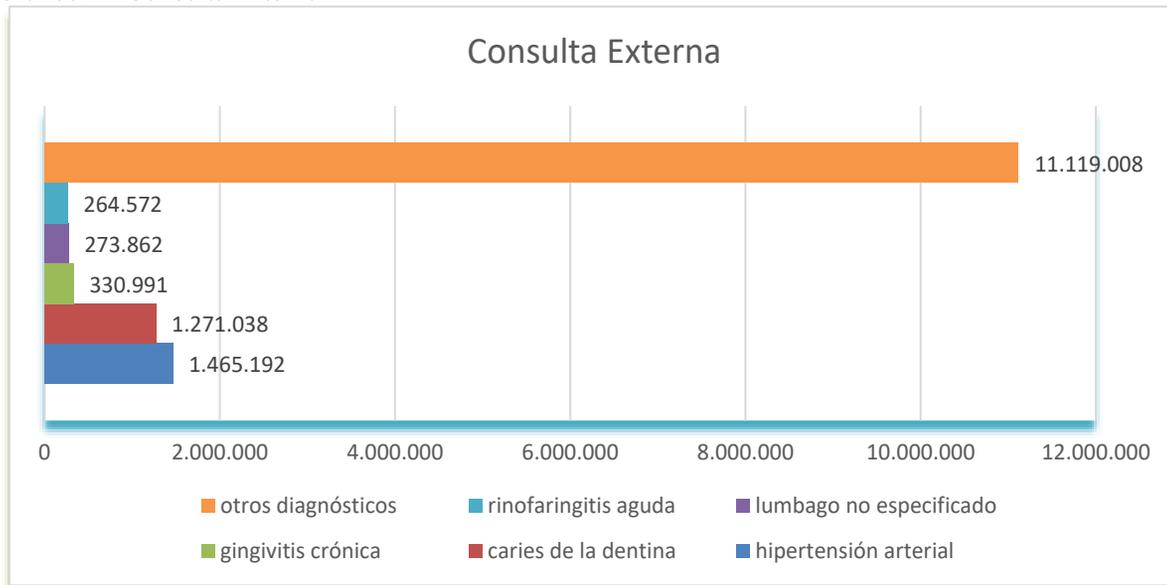


### 5.2.6 Perfil epidemiológico MORBILIDAD

**Tabla 26. Consulta Externa**

Tipo de servicio	Primeras causas	Total	%
Consulta Externa	hipertensión arterial	1.465.192	10,0
	caries de la dentina	1.271.038	8,6
	gingivitis crónica	330.991	2,2
	lumbago no especificado	273.862	1,9
	Rinofaringitis aguda	264.572	1,8
	otros diagnósticos	11.119.008	75,5
	Total	14.724.663	100

**Gráfico 21. Consulta Externa**

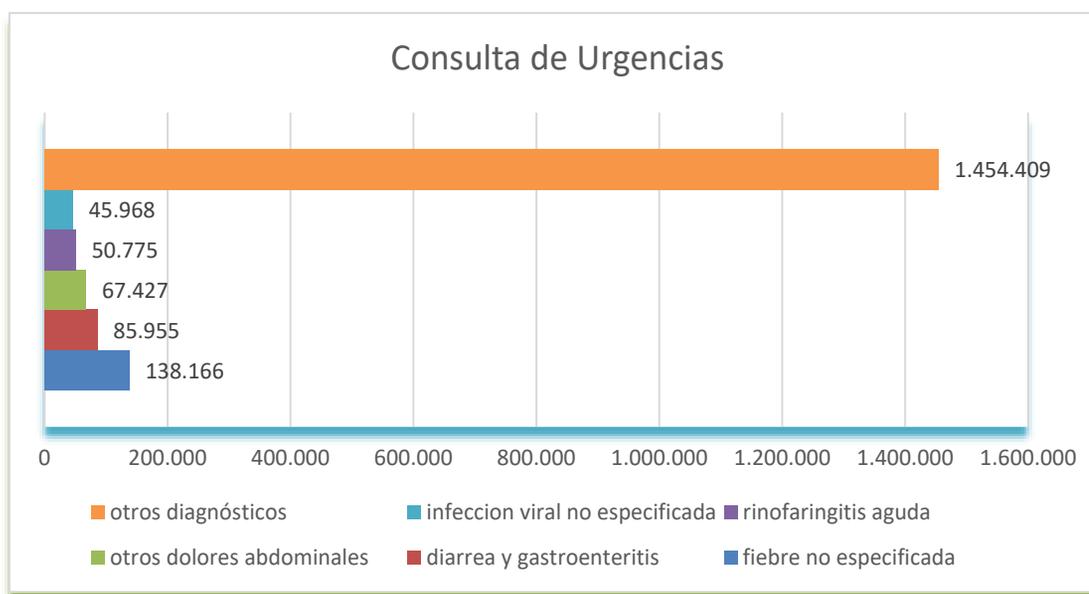




**Tabla 27. Consulta Urgencias**

Consulta Urgencias	fiebre no especificada	138.166	7,5
	diarrea y gastroenteritis	85.955	4,7
	otros dolores abdominales	67.427	3,7
	Rinofaringitis aguda	50.775	2,8
	Infección viral no especificada	45.968	2,5
	otros diagnósticos	1.454.409	78,9
	<b>Total</b>	<b>1.842.700</b>	<b>100</b>

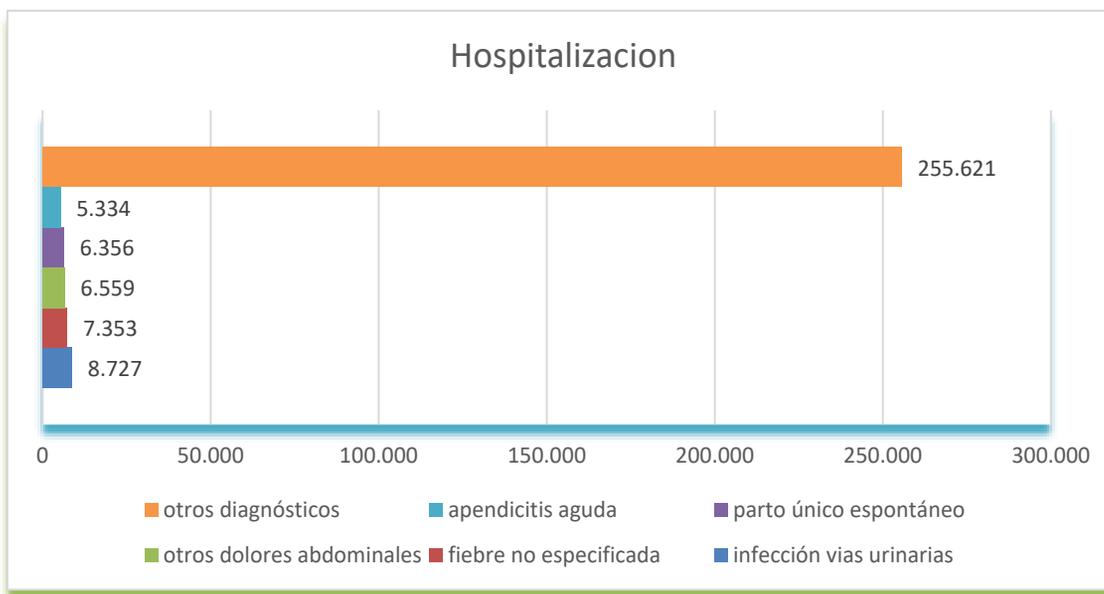
**Gráfico 22. Consulta Urgencias**



**Tabla 28. Hospitalización**

Hospitalización	infección vías urinarias	8.727	3,0
	fiebre no especificada	7.353	2,5
	otros dolores abdominales	6.559	2,3
	parto único espontáneo	6.356	2,0
	apendicitis aguda	5.334	1,8
	otros diagnósticos	255.621	88,2
	<b>Total</b>	<b>289.950</b>	<b>100</b>

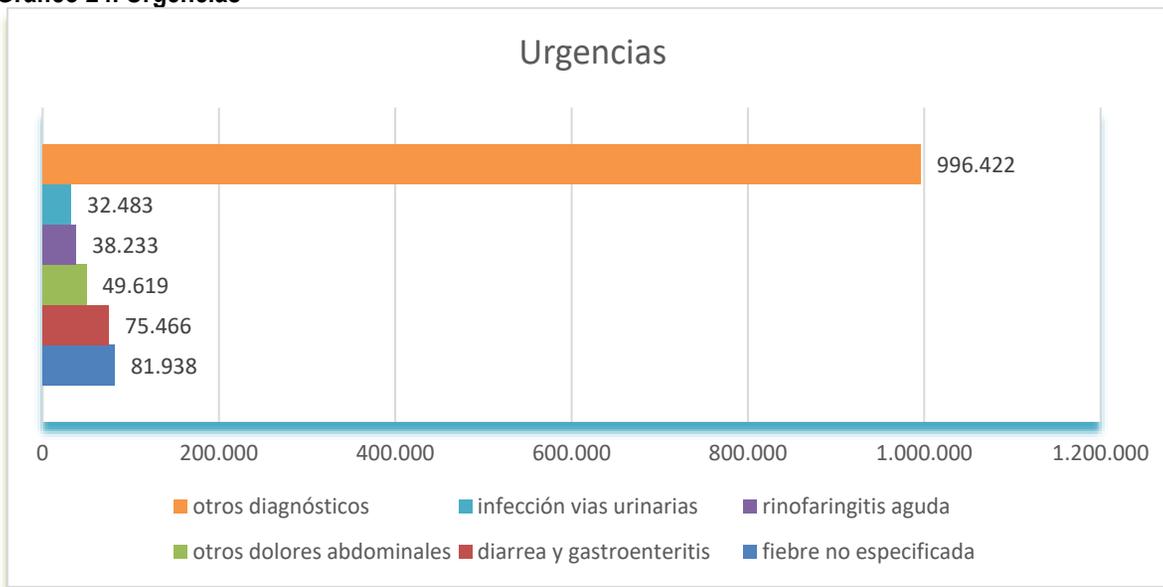
**Gráfico 23. Hospitalización**



**Tabla 29. Urgencias**

Urgencias	fiebre no especificada	81.938	6,4
	diarrea y gastroenteritis	75.466	5,9
	otros dolores abdominales	49.619	3,9
	Rinofaringitis aguda	38.233	3,0
	infección vías urinarias	32.483	2,5
	otros diagnósticos	996.422	78,2
<b>Total</b>	<b>1.274.161</b>	<b>100</b>	

**Gráfico 24. Urgencias**



## MORTALIDAD

Las enfermedades cardiovasculares fueron las principales causas de muerte en el año 2016, con aproximadamente un 20%, seguido de las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades respiratorias. También resulta preocupante la presencia de las enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión), y los tumores malignos del estómago

**Tabla 30. Mortalidad**

Departamento de residencia   Grupos de causas de defunción (lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad)	TOTAL	%	Total	
			Hombres	Mujeres
1 051 Enfermedades isquémicas del corazón	1.808	18,5	967	841
2 055 Enfermedades cerebrovasculares	667	6,8	311	356
3 060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	477	4,9	241	236
4 059 Neumonía	470	4,8	248	222
5 041 Diabetes mellitus	404	4,1	189	215
6 050 Enfermedades hipertensivas	342	3,5	164	178
7 013 Tumor maligno del estómago	267	2,7	167	100
8 090 Accidentes de transporte de motor y secuelas	247	2,5	193	54
9 101 Agresiones (homicidios) y secuelas	218	2,2	192	26
10 053 Todas las demás formas de enfermedad del corazón	208	2,1	121	87

Fuente DANE: Cifras con corte a 31 de diciembre de 2016 (publicadas el 30 de marzo de 2017)

### 5.2.7 Talento Humano

#### Problemática del ministerio del trabajo sobre formalización laboral

En el Departamento de Santander para el año 2004 existía el Hospital Ramón González Valencia con una alta carga laboral y un pasivo que lo hacía inviable, situación que lo llevó a su liquidación en desarrollo de la reorganización de la Red Pública Prestadora de Servicios de Salud en el Departamento de Santander y el resto del país, la cual fue adelantada por el entonces Ministro de Protección Social.

Como respuesta a la reorganización de la red prestadora de servicios de salud antes citada y mediante Decreto Departamental No. 025 de 2005, nació La ESE Hospital Universitario de Santander, con una reducida planta de personal (cuarenta y cinco funcionarios de los cuales 7 son funcionarios comisionados y pagados por la UIS, dentro del convenio Docencia - Servicio) sujeta a las disposiciones del Ministerio de Protección Social de acuerdo a los compromisos adquiridos en el convenio de condonabilidad No. 266 donde se condicionó la creación de nuevos cargos y debía cumplir con las metas asociadas a indicadores relacionados con los parámetros de costos fijos de plantas de personal, entre otros, que impedía vincular directamente al personal, so pena de no condonar las sumas de dinero entregadas por el Gobierno Nacional al Departamento de Santander para la liquidación del entonces Hospital Ramón González Valencia, por tanto, la ESE HUS tuvo que contratar sus procesos con cooperativas de trabajo asociado o empresas externas atendiendo el plan de desempeño suscrito con el Ministerio de Hacienda y Protección Social.

Sin embargo, frente al tema de la formalización laboral la entidad ha realizado gestiones desde el año 2013, tendientes a lograr implementar el proceso de formalización laboral, en donde se realizó el contrato 245 de



2013, cuyo objeto fue: “Elaboración del estudio de reorganización administrativa de la ESE HUS y determinar las condiciones propuestas requeridas, para la operación de la misma, de conformidad con los parámetros y normatividad para entidades públicas del sector salud”. Este estudio contiene dos fases las cuales son: “1. Análisis de la situación administrativa y financiera de la Entidad y la 2. Propuesta de reorganización de la misma. Mediante la aplicación de las metodologías de análisis de cargas de trabajo al personal administrativo y evaluación de la prestación de los servicios asistenciales mediante la confrontación de la capacidad disponible o existente y los calculados por servicio, a fin de determinar las propuestas requeridas para su operación”.

Según los lineamientos del Decreto 1376 de 2014 del Departamento Administrativo de la Función Pública, en su artículo 4 “Elaborado el estudio o justificación técnica y financiera para la creación de la planta de empleo de carácter temporal de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá someterse a la aprobación de la respectiva junta directiva, la cual expedirá el acuerdo de creación. La justificación técnica y financiera, así como el acuerdo, se remitirá a la Entidad Departamental o Distrital de Salud para su aval.

Se realizó socialización de trámite para acuerdo de formalización laboral el 12 de marzo de 2014 suscrita por representantes de la entidad y del Ministerio del Trabajo en donde se procede a realizar entre la ESE HUS y el ministerio de trabajo un compromiso de acompañamiento para radicar y socializar el proyecto de acuerdos de formalización laboral ante la Gobernación de Santander a más tardar el 28 de marzo del 2014, con el fin de obtener el visto bueno de esa entidad y así poder ser presentado ante el Ministerio de la Protección Social, en aras de lograr su aprobación.

Posteriormente en julio 23 de 2015 con número de oficio 2015017518 la Secretaría de Salud de Santander le devuelve el proyecto de acuerdo de formalización al Gerente del HUS Dr. Eimar Sánchez con las observaciones efectuadas por el Ministerio.

El 24 de febrero de 2016 la ESE HUS radica el oficio 1000-G-223 de 2016 ante la Secretaria de salud Departamental radicando nuevamente el proyecto de formalización ajustado.

### 5.2.8 Situación Financiera

Al comparar los ingresos de la ESE de las vigencias 2015 con la vigencia 2016, se observa que la venta de servicios se incrementa un 9%. El rubro de otros ingresos ha venido disminuyendo significativamente de vigencia a vigencia, en la vigencia 2016 presenta una disminución del 51% en otros ingresos respecto a la vigencia anterior, ocasionado en parte por el no reconocimiento de los excedentes de facturación generados a la Secretaria de Salud que cada vez son mayores sin obtener el reconocimiento total. El total de reconocimientos sería positivo si no se tiene en cuenta el no reconocimiento de los excedentes de facturación generados por la Secretaria de Salud Departamental.

**Tabla 31. Ingresos Reconocidos**

<b>INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos constantes 2016)</b>								
<b>Variable</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>% VAR.</b>	<b>2015</b>	<b>% VAR</b>	<b>2016</b>	<b>% VAR</b>	
Total Venta de Servicios	113,881,053	125,326,014	10%	133,112,790	6%	145,657,103	9%	
Aportes	17,755,435	24,237,869	37%	23,033,388	-5%	27,099,222	18%	
Otros Ingresos	78,313,555	62,033,021	-21%	48,840,583	-21%	24,161,714	-51%	
Cuentas por cobrar Otras vigencias	39,337,386	31,370,992	-20%	39,668,602	26%	37,080,433	-7%	



Ingreso Reconocido CxC	Total Excluye	209,950,044	211,596,904	1%	204,986,761	-3%	196,918,041	-4%
Ingreso Reconocido	Total	249,287,430	242,967,896	-3%	244,655,363	1%	233,998,474	-4%

El Comportamiento de los **Recaudos** es también negativo, siendo este un factor decisivo en la situación de la ESE HUS, por cuanto esto genera un déficit de tesorería que impide el normal funcionamiento de la Institución y a mediano plazo afecta la viabilidad de la misma, en la vigencia 2016 la disminución es del -20% con respecto a la vigencia 2015.

**Tabla 32. Ingresos Recaudados**

<b>INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos constantes de 2016)</b>								
Variable	2013	2014	% VAR	2015	% VAR	2016	% VAR	
Total Venta de Servicios	60,378,308	71,686,783	19%	68,938,406	-4%	55,526,827	-19%	
Aportes	17,755,435	24,237,869	37%	22,608,611	-7%	27,099,222	20%	
Otros Ingresos	78,313,555	62,033,021	-21%	48,840,583	-21%	24,161,714	-51%	
Ingreso Recaudado (Excluye CxC)	156,447,299	157,957,672	1%	140,387,600	-11%	106,787,764	-24%	
Cuentas por cobrar Otras vigencias	39,337,386	31,370,992	-20%	39,668,602	26%	37,080,433	-7%	
Ingreso Recaudado Total	195,784,685	189,328,665	-3%	180,056,202	-5%	143,868,198	-20%	

En la vigencia 2016, se realizó un recaudo del 38% de lo reconocido por venta de servicios, el recaudo total en todas las vigencias presenta disminución y en mayor proporción en la vigencia 2016 donde la disminución es del -20% con respecto a la vigencia 2015.

Respecto a los gastos, el total de estos, excluyendo las cuentas por pagar en la vigencia 2016 presenta una variación negativa del -19% frente a una disminución de recaudos en la misma vigencia del -24%, lo que demuestra que efectivamente los recaudos de la vigencia no alcanzan a cubrir los gastos de la vigencia; Las cuentas por pagar de vigencias anteriores presentan una variación del 39% indicando un aumento progresivo en las mismas. Es importante señalar que los comportamientos de recaudo de las cuentas por cobrar de las vigencias anteriores respaldan o dan apalancamiento financiero a las cuentas por pagar de vigencias anteriores.

**Tabla 33. Gasto Comprometido**

<b>GASTO COMPROMETIDO (miles de pesos constantes de 2016)</b>							
Variable	2013	2014	% VAR	2015	% VAR	2016	% VAR.
Gastos Comprometido Total Excluye CxP	157,596,911	163,252,000	4%	177,416,412	9%	143,391,943	-19%
Gasto de Funcionamiento	82,778,131	96,794,399	17%	105,384,216	9%	106,494,748	1%
Gastos de Personal	68,347,185	80,140,240	17%	85,005,559	6%	86,694,653	2%

Gasto de Personal de Planta	2,601,496	2,823,642	9%	2,734,930	-3%	3,043,916	11%
Servicios Personales Indirectos	65,745,689	77,316,597	18%	82,270,629	6%	83,650,736	2%
Gasto de Sueldos	1,598,738	1,720,007	8%	1,790,044	4%	1,806,064	1%
Gastos Generales	13,477,849	15,945,814	18%	19,621,696	23%	19,628,522	0%
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	28,246,554	28,053,081	-1%	34,038,775	21%	32,512,849	-4%
Otros Gastos	47,525,324	39,112,866	-18%	38,750,382	-1%	4,555,917	-88%
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	15,381,704	25,254,219	64%	32,333,410	28%	45,047,704	39%
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	172,978,616	188,506,219	9%	209,749,822	11%	188,439,647	-10%

En cuanto a la **Cartera** reportada por la ESE se tiene que a 31 de diciembre de 2016 la ESE HUS presenta un total de cartera de \$ **160,354** millones de los cuales el 44% corresponden a cartera mayor a 360 días, siendo esto una situación riesgosa, por cuanto la cartera mayor a 360 días cada vez es más difícil de recuperar máxime que allí está registrada la cartera de ERP que presentan un riesgo fiscal muy alto.

Del total de cartera el mayor deudor es el régimen subsidiado con una participación del 67% de la cartera de la cual el 63% corresponde a cartera mayor a 360 días.

**Tabla 34. Cartera Deudores**

<b>CARTERA DEUDORES</b>								
(miles de pesos corrientes)								
Variable	2013	2014	% VAR	2015	% VAR.	2016	% VAR.	% PART.
<b>Total Cartera</b>	86,859,344	84,477,232	<b>-0.03</b>	<b>109,228,896</b>	<b>29%</b>	<b>160,353,545</b>	<b>47%</b>	
< 60 días	17,574,926	19,974,790	<b>0.14</b>	23,626,427	<b>18%</b>	23,655,160	<b>0%</b>	15%
<b>61 a 360 días</b>	30,106,658	28,680,800	<b>-0.05</b>	39,750,968	<b>39%</b>	65,677,400	<b>65%</b>	41%
> 360 días	39,177,761	35,821,643	<b>-0.09</b>	<b>45,851,501</b>	<b>28%</b>	<b>71,020,984</b>	<b>55%</b>	44%
<b>Régimen Subsidiado</b>	53,291,507	58,857,622	<b>0.10</b>	74,636,999	<b>27%</b>	107,282,134	<b>44%</b>	67%
< 60 días	13,013,967	15,668,385	<b>0.20</b>	19,880,885	<b>27%</b>	17,254,576	<b>-13%</b>	
61 a 360 días	22,341,731	22,304,520	<b>0.00</b>	28,723,225	<b>29%</b>	45,222,064	<b>57%</b>	
> 360 días	17,935,809	20,884,717	<b>0.16</b>	26,032,889	<b>25%</b>	44,805,493	<b>72%</b>	
<b>Población Pobre No Asegurada</b>	6,364,564	3,265,033	<b>-0.49</b>	6,596,780	<b>102%</b>	13,411,317	<b>103%</b>	8%
< 60 días	1,803,014	377,332	<b>-0.79</b>	211,362	<b>-44%</b>	2,223,316	<b>952%</b>	
61 a 360 días	403,492	895,958	<b>1.22</b>	3,771,387	<b>321%</b>	7,845,186	<b>108%</b>	
> 360 días	4,158,058	1,991,743	<b>-0.52</b>	2,614,031	<b>31%</b>	3,342,814	<b>28%</b>	



Régimen Contributivo	8,549,301	9,283,572	0.09	11,239,105	21%	15,854,685	41%	10%
< 60 días	1,070,762	989,150	-0.08	1,032,567	4%	1,738,588	68%	
61 a 360 días	4,200,643	2,638,784	-0.37	3,217,552	22%	4,411,053	37%	
> 360 días	3,277,896	5,655,639	0.73	6,988,986	24%	9,705,043	39%	
<b>SOAT ECAT</b>	<b>9,422,651</b>	<b>6,700,652</b>	<b>-0.29</b>	<b>9,358,298</b>	<b>40%</b>	<b>10,709,662</b>	<b>14%</b>	<b>7%</b>
< 60 días	1,082,768	1,690,016	0.56	1,522,633	-10%	372,958	-76%	
61 a 360 días	1,442,727	1,627,088	0.13	2,469,587	52%	2,948,087	19%	
> 360 días	6,897,156	3,383,547	-0.51	5,366,078	59%	7,388,616	38%	
<b>Otros Deudores</b>	<b>9,231,322</b>	<b>6,370,353</b>	<b>-0.31</b>	<b>7,397,714</b>	<b>16%</b>	<b>13,095,745</b>	<b>77%</b>	<b>8%</b>
< 60 días	604,415	1,249,907	1.07	978,980	-22%	2,065,720	111%	
61 a 360 días	1,718,065	1,214,449	-0.29	1,569,217	29%	5,251,008	235%	
> 360 días	6,908,841	3,905,997	-0.43	4,849,517	24%	5,779,016	19%	

Fuente: Ficha técnica del SIHO

El comportamiento de la cartera en todas las vigencias muestra un preocupante crecimiento; es así como en el total de la cartera se observa que en la vigencia 2016 con respecto a la vigencia 2015 presenta un crecimiento del 47%, lo cual indica que cada vez se va teniendo mayor cartera y con mayores dificultades para recuperarla.

El otro aspecto a revisar es el **Giro Directo**, En la vigencia 2016 se radicaron \$119.124 millones de los cuales el 50% del valor de giro directo corresponde a \$59.562 millones y se recaudó \$64.494 millones lo que indica que a nivel global se cumplió con lo exigido. Sin embargo, es importante aclarar que de estos \$ 64.494 millones aproximadamente \$ 29.000 millones corresponden a lo radicado en la vigencia 2016 (24.7%).

En cuanto a los **pasivos**, en las dos últimas vigencias este se ha incrementado en un 79%, al analizarlo por concepto, el rubro de cuentas por pagar presenta el mayor incremento 75,9% debido al aumento de las cuentas de proveedores, ya que durante la vigencia 2016, se presentaron retrasos en los pagos generados por la demora en el recaudo.

**Tabla 35. Pasivos**

<b>PASIVOS (miles de pesos corrientes)</b>							
Variable	2013	2014	% VAR	2015	% VAR	2016	% VAR
TOTAL PASIVO	4,611,096	13,029,543	183%	27,450,398	111%	49,158,649	79%
SERVICIOS PERSONALES	167,416	2,587,986	1446%	13,901,880	437%	19,307,991	39%
Otros Acreedores	4,443,680	10,441,557	135%	13,548,518	30%	29,850,657	120%

### 5.2.9. Situación Infraestructura

En 2010, el Ministerio de Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social) aprobó el proyecto reforzamiento estructural a la sede principal de la ESE Hospital Universitario de Santander, proyecto que se inició en 2011. En 2012 inicio la intervención del piso 3 donde se ubican los quirófanos, con lo que se redujo su disponibilidad y con ello el número de intervenciones quirúrgicas, lo que obligó a suspender por dos meses las cirugías programas como contingencia mientras se ubicaron los quirófanos en otros pisos. En 2011 se aprobó el proyecto de adecuación arquitectónica espacial y de equipos del banco de sangre-Hemocentro, el cual ya se finalizó.

De acuerdo con el rol asignado a la ESE HUS, el Hospital debe concentrarse en la oferta de servicios



de alta complejidad y alto costo. En el ejercicio de planeación se proyectó una propuesta para la vigencia 2020, dividida en dos etapas:

La primera etapa correspondía a la culminación del reforzamiento y modernización de la torre existente y el reforzamiento y ampliación de la plataforma “que sería el soporte para el crecimiento de la oferta de servicios existentes”. Esta etapa se elaboró con tres fases de implementación, cuya prioridad era la terminación en la vigencia 2015 de la fase I, lo que permitiría el incremento en la capacidad instalada. La fase 2 estaba programada para el año 2016 y la fase 3 se debería estar terminando en la vigencia 2017.

De las 11 actividades contempladas en la Etapa 1 fase 1, se terminaron 2 que correspondían al reforzamiento estructural de la torre central y el Hemocentro pisos 2 y 3. Las restantes 9 actividades están suspendidas o no iniciadas.

La segunda etapa mencionada correspondía a la construcción de edificios anexos o paralelos al edificio actual, para cumplir con la necesidad de espacios asistenciales y administrativos faltantes requeridos para la prestación de la totalidad de servicios proyectados para la institución.

## **6. ANÁLISIS ESTRATÉGICO**

### **6.1 METODOLOGÍA (PROCEDIMIENTO DE PLANEACIÓN)**

Basados el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-(MIPG) se busca establecer un enfoque de planeación integral, articular el quehacer de las entidades, mediante los lineamientos de cinco políticas de desarrollo administrativo y el monitoreo y evaluación de los avances en la gestión sectorial e institucional.

El modelo contiene cinco políticas de desarrollo administrativo, las cuales reemplazan las establecidas por el decreto 3622 de 2005 ampliando su aplicación al ámbito misional, para así lograr una articulación completa que refleje el quehacer de las entidades.

La planeación se constituye en el mecanismo de articulación, a través de sus tres modalidades: Plan Estratégico Sectorial, Plan Estratégico Institucional, y Plan de Acción Anual. Por lo tanto, a través de la planeación integral se busca simplificar y racionalizar la labor de las entidades en la generación y presentación de planes, reportes e informes.

Estos planes se convierten en la gran sombrilla que recoge los requerimientos de otras políticas, estrategias e iniciativas de gobierno, sin desconocer que muchas de ellas poseen metodologías e instrumentos propios.

**Ilustración 1. Modalidades de la Planeación**





El Gobierno Nacional decidió adoptar, por medio del Decreto 2482 de 2012, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que permite, a través de una planeación integral, simplificar y racionalizar la labor de las entidades en la generación y presentación de planes, reportes e informes. Dicho decreto establece que sin perjuicio de la autonomía de que gozan las entidades territoriales, estas dispondrán la conformación de comités de desarrollo administrativo y regularán en forma análoga a lo dispuesto para el nivel nacional en esta materia<sup>58</sup>.

## **6.2 FORMULACIÓN PLATAFORMA ESTRATÉGICA**

La ESE Hospital Universitario de Santander cuenta con una plataforma estratégica establecida por medio de la resolución 721 del 31 de diciembre de 2013 en la cual se deroga la resolución 380 del 25 de julio de 2013, acto administrativo que establece las políticas institucionales para definir el compromiso gerencial y se establece la actualización del direccionamiento estratégico (misión, visión, principios, valores, objetivos estratégicos y políticas) de la ESE Hospital Universitario de Santander.

### **6.2.1 Misión**

Somos la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, institución que presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, con énfasis en docencia e investigación, basados en criterios éticos, técnicos, científicos y de gestión integral, que nos constituye como centro de referencia de la red pública y privada del nororiente colombiano y el resto del país, involucrando la participación de talento humano competente que realiza sus actividades con sentido humano y alineado con los valores y principios organizacionales. Para lograr lo anterior la organización está comprometida con el trato digno y humanizado, y la provisión de entornos de atención segura apoyados con tecnología de avanzada.

### **6.2.2 Visión**

Para el año 2020 la E.S.E Hospital Universitario de Santander se consolidará como una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, acreditada, competitiva y líder en la generación de conocimiento humano, con enfoque de seguridad, humanización y responsabilidad social. La E.S.E. Hospital Universitario de Santander será líder en el uso eficiente y transparente de los recursos para la ejecución de sus procesos, que aseguren sostenibilidad financiera, mejoramiento continuo de las condiciones laborales y evidentes márgenes de rentabilidad económica y social.

### **6.2.3 Objetivos Corporativos**

Producir y prestar servicios de salud de segundo y tercer nivel y de alta complejidad, operando como centro de Referencia y Contrarreferencia de la Red de Hospitales del Departamento, de conformidad con las normas establecidas en la ley y acorde con las necesidades de salud identificadas con el perfil epidemiológico de la población del Departamento.

Garantizar, mediante un manejo Gerencial adecuado la rentabilidad social y sostenible financiera de la E.S.E Hospital Universitario de Santander

Garantizar en su campo de acción los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidas en la ley y los reglamentos.

Ofrecer a personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

### **6.2.4 Valores**

<sup>58</sup> Artículo 20, Ley 489 de 1998



- **Transparencia:** los actos de los funcionarios se orientan por la ética y el cumplimiento de la Ley. El acceso a la información sobre acciones institucionales será libre y sin obstáculos para la comunidad.
- **Respeto:** Somos una institución en donde se respeta la vida, la dignidad y los derechos de los seres humanos por encima de cualquier consideración social, política o económica. Reconocemos, valoramos y apreciamos diferencias individuales, la pluralidad y la diversidad. Como elementos fundamentales en las relaciones interpersonales. Comprendemos y aceptamos los criterios y actitudes de los demás, entendiendo que todos somos diferentes como base de la tolerancia y de una sana convivencia dentro de la institución.
- **Solidaridad:** La empresa fomentará la práctica de la ayuda mutua entre las personas que laboran en la institución, bajo el principio del más fuerte hacia el más débil, dando prioridad a la población más vulnerable para brindarle una eficiente y eficaz prestación de servicios. Reconocemos y apoyamos las necesidades de los demás, en forma desinteresada buscando siempre el logro de los objetivos y el alcance del bien común dentro de la institución.
- **Responsabilidad:** Cumplir las obligaciones adquiridas, atender adecuada y oportunamente los deberes y derechos propios, como individuo y miembro de la institución.

#### 6.2.5 Principios

- **Eficiencia:** La organización busca que la labor de la administración alcance el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles que aporten al cumplimiento de los objetivos y metas fijados tanto en el plan de gestión como en el plan de desarrollo y que además la atención en salud sea prestada a los usuarios brindándoles seguridad y satisfacción en el marco a que da derecho el Sistema de Seguridad Social.
- **Participación:** La Empresa Social del Estado estará siempre dispuesta a permitir la interacción de sus usuarios, a través de las asociaciones debidamente constituidas, para manifestar la percepción por la calidad del servicio recibido y a recibir sus sugerencias en pro de la defensa del usuario.
- **Responsabilidad Social:** La ESE Hospital Universitario de Santander busca que sus operaciones sean sustentables en lo económico, lo social y lo ambiental, reconociendo los intereses de los distintos grupos con los que se relaciona, buscando la preservación del medio ambiente y la sustentabilidad de las generaciones futuras, el respeto por las personas, los valores éticos, la comunidad, independientemente de los servicios que éste ofrece.
- **Satisfacción:** La Empresa Social del Estado busca que cada uno de sus colaboradores sienta el placer y el agrado, por haber brindado un servicio con calidad, seguridad, eficiencia y oportunidad, generando a la vez satisfacción al usuario que recibió el servicio.
- **Seguridad:** La Institución busca mitigar el riesgo y a la vez brindar al usuario la confianza en todos y cada uno de los servicios que presta.
- **Servicio:** La Empresa Social del Estado desarrolla un conjunto de actividades que buscan responder a las necesidades de sus usuarios y en general de todas sus partes interesadas.

#### 6.2.6 Políticas

El Hospital Universitario de Santander desarrollará cada una de las políticas institucionales las cuales identifican el compromiso de la Gerencia con la prestación de servicios de salud con óptima calidad las cuáles serán las responsables de motivar al equipo de colaboradores en la implementación de los estándares del Sistema Único de Acreditación en la E.S.E HUS. Entre ellas podemos encontrar:

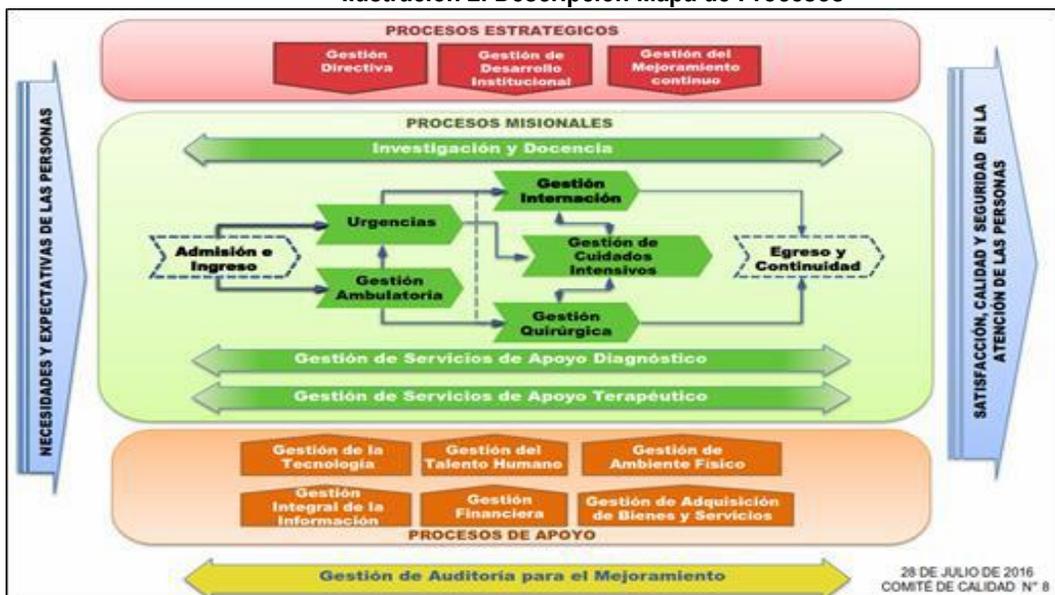
- Política de Atención en salud centrada en el usuario.
- Política de Calidad.

- Política de humanización.
- Política de prestación servicios.
- Política gestión de la tecnología.
- Política gestión del riesgo.
- Política seguridad del paciente.
- Política talento Humano, Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Política de Gestión Ambiental.

### 6.2.7 Mapa de Procesos

En cumplimiento de la ley 872 de 2003, Art. 3 y 7, la E.S.E Hospital Universitario de Santander estableció, documentó, implementó y mantiene un sistema de Gestión de la calidad y mejora continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad, de acuerdo con los requisitos esta norma, a su vez estandarizó una metodología única para la Gestión de sus Procesos la cual se presenta a continuación; está conformada por un total de 18 procesos de los cuales 3 son estratégicos, 8 misionales, 6 de apoyo y 1 de evaluación.

**Ilustración 2. Descripción Mapa de Procesos**



Fuente: Oficina de Calidad

#### 6.2.7.1 Descripción de los Procesos

- **PROCESOS ESTRATÉGICOS**
- **Gestión Directiva:** Definir el direccionamiento de la ESE HUS que incluye la adopción de la plataforma estratégica, el plan estratégico, el plan de desarrollo, el plan de gestión y el plan operativo anual; brindar estrategias que apoyen su cumplimiento y realizar monitoreo al logro de los objetivos institucionales.
- **Gestión desarrollo institucional:** Definir el direccionamiento de la ESE HUS que incluye la adopción de la plataforma estratégica, el plan estratégico, el plan de desarrollo, el plan de gestión y el plan operativo

<sup>59</sup> Mapa de procesos aprobado el 28 de julio de 2016 en comité de calidad



anual; brindar estrategias que apoyen su cumplimiento y realizar monitoreo al logro de los objetivos institucionales.

Identificar las necesidades y expectativas de los clientes y proveedores, implementar estrategias de mercadeo para satisfacerlas de la mejor manera posible, promoviendo el intercambio de servicios de modo que permita identificar claramente las oportunidades y fortalezas del entorno para lograr posicionamiento y reconocimiento en el mercado.

- **Gestión de Mejoramiento Continuo:** Planificar y brindar directrices y orientación a todos los procesos en lo relacionado con la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Habilitación, PAMEC, Sistema de información y acreditación), realizar seguimiento a la implementación de las directrices y los planes de mejoramiento generados en respuesta a los hallazgos de no calidad, generando una cultura de mejoramiento en la atención de los usuarios de la ESE HUS.

#### • PROCESOS MISIONALES

- **Gestión de la Investigación y Docencia:** Gestionar la integración armónica de las prácticas formativas, la docencia y la investigación en los servicios asistenciales del Hospital Universitario de Santander a partir de su planeación, implementación y evaluación, con el fin de consolidar la responsabilidad normativa de la entidad como Hospital Universitario y el reconocimiento nacional e internacional por el carácter investigativo de la institución.
- **Gestión de Urgencias:** Prestar una atención integral a pacientes con alteración de su integridad física y/o mental con compromiso vital o funcional demandante de atención médica inmediata y efectiva tendiente a preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o transitorias con criterios de accesibilidad, oportunidad y seguridad, respetando los derechos de los usuarios y cumpliendo con sus necesidades y expectativas de manera eficiente.
- **Gestión ambulatoria:** Prestar la atención de consulta ambulatoria de medicina especializada integral e interdisciplinaria, hasta la definición diagnóstica y terapéutica, en forma personalizada con criterios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y humanización respetando los derechos de los usuarios y cumpliendo con sus necesidades de manera eficiente.
- **Gestión de internación:** Prestar una atención asistencial y administrativa integral al paciente que por su condición clínica requiere hospitalización, con criterios de Seguridad y pertinencia, continuidad, oportunidad, respetando los derechos de los usuarios y cumpliendo con sus necesidades de manera eficiente.
- **Gestión de Cuidados Intensivos:** Brindar una atención integral al paciente en estado crítico con criterios de ingreso adecuado, con accesibilidad, oportunidad, seguridad y pertinencia, respetando los derechos de los usuarios y sus familias, satisfaciendo sus necesidades de manera eficiente.
- **Gestión Quirúrgica:** Gestión integral en la atención de los usuarios de Cirugía de Urgencia o Programada, garantizando Acceso, Oportunidad, Calidad y Seguridad, respetando sus derechos y creencias, y procurando el mayor nivel de satisfacción del usuario en la prestación del servicio. Garantizar la esterilización de los dispositivos médicos para ser usados en cada uno de los servicios de la ESE HUS, de manera confiable y oportuna.
- **Gestión de servicios de Apoyo Terapéutico:** Prestar servicios integrales de apoyo terapéutico al paciente hospitalario y ambulatorio, con accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, eficiencia, efectividad y humanización, respetando sus derechos.
- **Gestión de servicios de Apoyo Diagnóstico:** Participar en el proceso de atención mediante la realización de exámenes de laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y estudios histopatológicos, de



manera oportuna, veraz, segura, respetando los derechos de los usuarios y de manera eficiente.

• **PROCESOS DE APOYO**

- **Gestión de la Tecnología:** Establecer las necesidades de tecnología biomédica y desarrollar la correcta administración de los equipos biomédicos existentes en la ESE HUS de manera eficiente, segura y oportuna.
- **Gestión de Talento Humano:** Proporcionar, mantener y mejorar el talento humano idóneo para los procesos del Sistema de Gestión de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, elevando sus competencias, promoviendo su bienestar, seguridad y salud laboral, buscando mejorar su desempeño.
- **Gestión de ambiente físico:** Ejecutar las actividades relacionadas con la conservación y mantenimiento de la infraestructura, dotación y de la tecnología de soporte (Equipo Industrial de uso Hospitalario) y el servicio de alimentación de la institución; de forma tal que se garantice la adecuada prestación de los servicios de salud con criterios de continuidad, oportunidad y eficiencia.
- **Gestión Integral de la Información:** Planear y administrar los sistemas de información e infraestructura tecnológica de la ESE HUS de manera oportuna e integral que asegure la continuidad del servicio, brindando estadísticas que permitan el estudio y análisis de indicadores, para la toma de decisiones, involucrando el manejo adecuado de la historia clínica, los documentos administrativos y asistenciales satisfaciendo las necesidades de información de la institución y la comunidad, proponiendo estrategias para la seguridad, integridad y confidencialidad de la información.
- **Gestión Financiera:** Gestionar los recursos financieros, presupuestales y contables del Hospital Universitario de Santander, procurando el uso eficiente de los mismos y el logro de la misión institucional, conforme a las normas legales vigentes, con el fin de dar a conocer de manera oportuna y veraz, el nivel de ejecución financiera para la toma de decisiones y para lograr la sostenibilidad financiera de la ESE HUS
- **Gestión de adquisición de bienes y servicios:** Realizar la adquisición de bienes y servicios requeridos para el funcionamiento del hospital, cumpliendo las especificaciones técnicas, calidad, cantidad y oportunidad requeridas por las unidades gestoras.

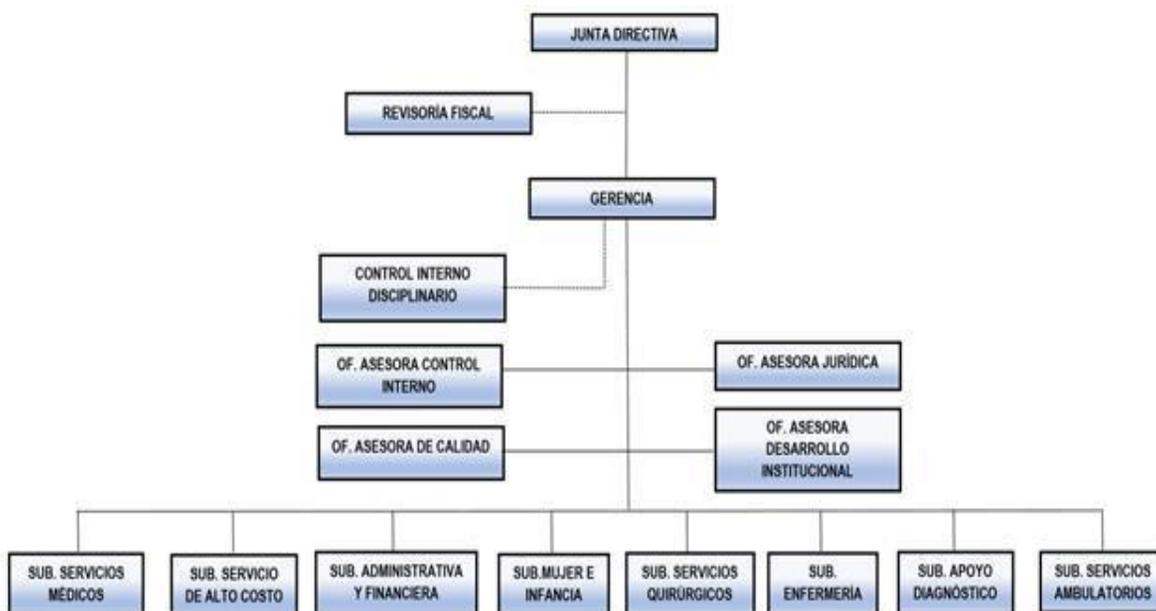
• **PROCESO DE EVALUACIÓN**

- **Gestión de Auditoría para el Mejoramiento:** Realizar actividades de evaluación y seguimiento al cumplimiento de los criterios establecidos desde la planeación estratégica, como herramienta de gestión para la mejora institucional.
- **Servicio transversal de enfermería:** Proporcionar de forma integrada y con sentido humanizado, una atención asistencial y administrativa a los usuarios de la ESE HUS, contribuyendo al mejoramiento continuo de la institución.

### 6.2.8 Estructura Organizacional

(Aprobado mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 020 del 2010, diciembre 1 de 2010)

#### Ilustración 3. Organigrama ESE HUS



Actualmente la empresa está conformada por una planta de personal, distribuida de la siguiente manera:

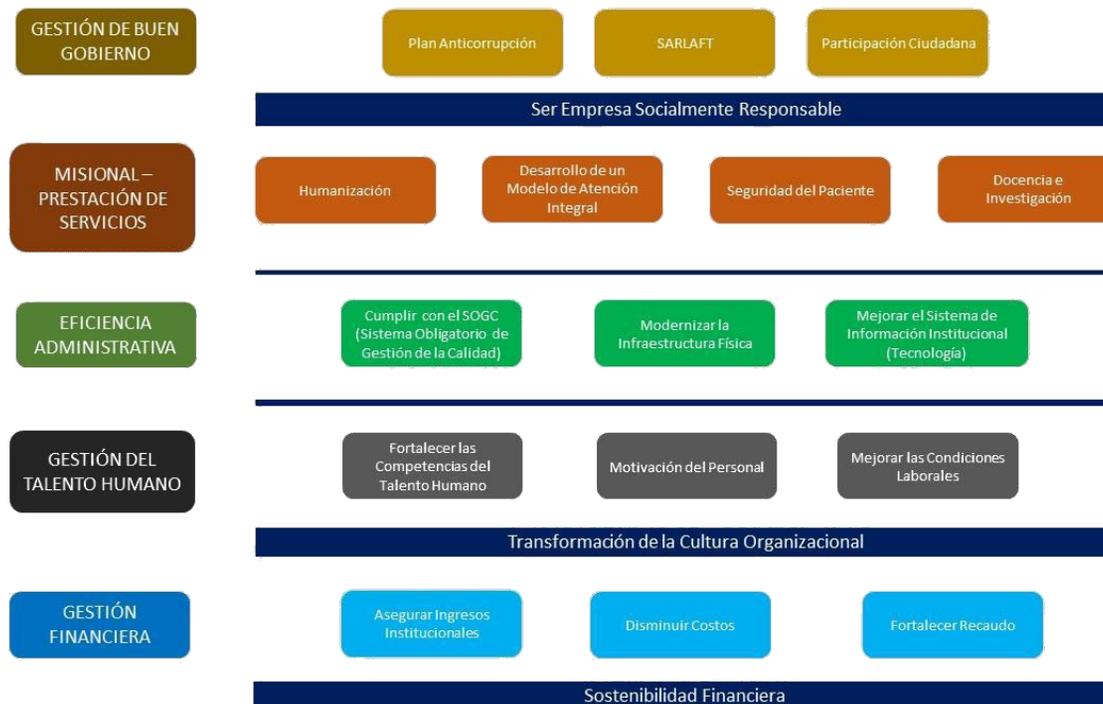
- Empleados de planta: 45 cargos.
- Carrera Administrativa: 10 cargos.
- Libre nombramiento y remoción: 16 cargos.
- Provisionalidad: 17 cargos.
- Vacantes; 2 cargos médico especialista oncólogo y profesional universitario nutrición.
- Empleados empresa trabajo asociado: aproximadamente 1.142.
- Empleados por contrato directo: aproximadamente 29

## 7. FORMULACIÓN DE LÍNEAS ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

### Ilustración 4. Formulación de Líneas Estrategias y Objetivos Estratégicos



### MAPA ESTRATÉGICO - HUS



Fuente: Oficina de Desarrollo Institucional

## 7.1 ANÁLISIS

El análisis es el paso previo antes de tomar cualquier decisión importante en la institución. Si la decisión es sobre la estrategia empresarial debemos partir de un punto de referencia, para ello se utilizan los factores críticos de éxito y la matriz DOFA.

### 7.1.1 Factores Críticos de Éxito

Los factores críticos de éxito se definen como el número limitado de áreas en las cuales la obtención de resultados satisfactorios asegurará un rendimiento competitivo, para la ESE HUS se identificaron y definieron 25 factores críticos internos y 16 factores críticos externos (Ver anexo C).

### 7.1.2 Matriz DOFA

Se hace un análisis interno y externo de la institución aplicando la matriz DOFA, proporcionando la información necesaria para la identificación de las necesidades primordiales, enfocar los componentes del plan de desarrollo (eje, objetivos y metas) en los factores claves de éxito y la generación de planes de acción que lleven al cumplimiento de los objetivos y metas. (Ver anexo D).

## 7.2 FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS

Teniendo en cuenta la plataforma estratégica y el análisis entre las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas realizado, se priorizaron puntos claves a trabajar en pro de las directrices estratégicas. Para lo cual se determinaron cinco ejes estratégicos: gestión buen gobierno, misión- prestación servicios, eficiencia administrativa, gestión de talento humano, gestión financiera.

### Ilustración 5. Ejes



EJE 1 GESTIÓN BUEN GOBIERNO	EJE 2 MISIONAL - PRESTACIÓN SERVICIOS	EJE 3 EFICIENCIA ADMINISTRATIVA	EJE 4 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	EJE 5 GESTIÓN FINANCIERA
-----------------------------------	--	---------------------------------------	---	--------------------------------

Estos ejes estratégicos, tienen líneas estratégicas y objetivos de resultado que permitirán el cumplimiento de las metas de producto para ser implementados en la presente vigencia. A continuación, describiremos cada eje estratégico y sus diferentes componentes.

### 7.2.1 Ejes y objetivos estratégicos

**Tabla 36. Ejes y Objetivos Estratégicos**

EJES	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
1. Gestión de Buen Gobierno	1. Mejorar la percepción y la confianza de los usuarios en la gestión institucional.
2. Eje Misional - Prestación servicios	2. Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud. 3. Aportar a la solución de problemas de salud de mediana y alta complejidad mediante la generación de conocimiento y la innovación.
3. Eficiencia Administrativa	4. Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud. 5. Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.
4. Gestión de Talento Humano	6. Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.
5. Gestión Financiera	7. Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.

### 7.2.2 Eje estratégico 1. Gestión de buen gobierno

EJE ESTRATÉGICO 1. Gestión de Buen Gobierno (transparencia, participación y servicio al ciudadano).  
Objetivo estratégico: Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.

Están agrupados en 4 programas que son: anticorrupción, Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo (SARLAFT), participación ciudadana y responsabilidad social. Cada programa tiene objetivos, metas, indicadores y línea base (ver anexo E)

**Tabla 37. Programas y Objetivos**

EJE 1	GESTIÓN DE BUEN GOBIERNO (TRANSPARENCIA, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO AL CIUDADANO).
PROGRAMA	OBJETIVO
<b>ANTICORRUPCIÓN</b>	Reducir la posibilidad de que ocurran riesgos de corrupción identificados, definiendo actividades encaminadas a fomentar la transparencia en la gestión.
<b>SARLAFT</b>	Detectar y reportar las operaciones que se pretendan realizar o se hayan realizado, para intentar dar apariencia de legalidad a operaciones vinculadas al lavado de activos o financiación del terrorismo.
<b>PARTICIPACIÓN</b>	Fortalecer los diferentes mecanismos de participación ciudadana para mejorar



EJE 1	GESTIÓN DE BUEN GOBIERNO (TRANSPARENCIA, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO AL CIUDADANO).
PROGRAMA	OBJETIVO
CIUDADANA	la confianza de los usuarios en la gestión institucional.
RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL	Lograr la corresponsabilidad entre la institución, la sociedad, los funcionarios y el medio ambiente, que contribuyen a la disminución de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida

### 7.2.3 Eje estratégico 2. Misional - Prestación servicios

EJE ESTRATÉGICO 2. Misional - Prestación servicios

Objetivo estratégico: Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud.

Están agrupados en 4 programas que son: cultura de la atención humanizada y centrada en el usuario como factor diferenciador, atención integral, seguridad del paciente y docencia e investigación. Cada programa tiene objetivos, metas, indicadores y línea base (ver anexo F)

**Tabla 38. Eje 2. Misional – Prestación de Servicios**

EJE 2	MISIONAL - PRESTACIÓN SERVICIOS
PROGRAMA	OBJETIVO
CULTURA DE LA ATENCIÓN HUMANIZADA Y CENTRADA EN EL USUARIO COMO FACTOR DIFERENCIADOR	Posicionar al HUS como empresa prestadora de servicios que se caracteriza por la atención humanizada y centrada en el usuario como factor diferenciador
ATENCIÓN INTEGRAL	Fortalecer la integralidad y efectividad en la prestación de servicios de salud articulados en redes integradas de atención
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Promover la cultura de seguridad del paciente mediante la adopción de estrategias de seguridad de las buenas prácticas para minimizar los riesgos derivados de la atención en salud.
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	Diseñar procesos que integren en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación a prestación de los servicios asistenciales.

### 7.2.4 Eje estratégico 3. Eficiencia administrativa

EJE ESTRATÉGICO 3. Eficiencia administrativa

Objetivo estratégico: Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud. Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.

Están agrupados en 3 programas que son: sistema obligatorio de garantía de la calidad, infraestructura, gestión de la información y tecnología. Cada programa tiene objetivos, metas, indicadores, y línea base (Ver anexo G)

**Tabla 39. Eficiencia Administrativa**

EJE 3	EFICIENCIA ADMINISTRATIVA
PROGRAMA	OBJETIVO
SISTEMA OBLIGATORIO DE	Implementar y mantener el sistema obligatorio de Garantía de Calidad como medio para mejorar la calidad de la atención en salud.



<b>GARANTÍA DE LA CALIDAD</b>	Postular la institución para la obtener la acreditación con resultados mayores a 3,0 cumpliendo con el ciclo de mejoramiento a través del contrato con la entidad acreditadora.
<b>INFRAESTRUCTURA</b>	Planear y organizar reinicio de obras para garantizar el cumplimiento de la visión de largo plazo del HUS
<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y TECNOLOGÍA</b>	Modernizar la Infraestructura tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud y toma de decisiones.

### 7.2.5 Eje estratégico 4. Gestión de talento humano

EJE ESTRATÉGICO 4. Gestión del talento humano

Objetivo estratégico: Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.

Están agrupados en 3 programas que son: competencias, motivación y condiciones laborales. Cada programa tiene objetivos, metas, indicadores y línea base (ver anexo H)

**Tabla 40. Eje 4. Gestión del Talento Humano**

<b>EJE4</b>	<b>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</b>
<b>PROGRAMA</b>	<b>OBJETIVO</b>
<b>COMPETENCIAS</b>	Fortalecer las competencias del talento humano
<b>MOTIVACIÓN</b>	mejorar la calidad de vida laboral
<b>CONDICIONES LABORALES</b>	Contar con áreas de trabajo seguras y condiciones de trabajo adecuadas para el desarrollo de actividades propias

### 7.2.6 Eje estratégico 5. Gestión financiera

EJE ESTRATÉGICO 5. Gestión financiera

Objetivo estratégico: Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.

Conformado por único programa de sostenibilidad financiera y el cual tiene objetivos, metas, indicadores, y línea base (ver anexo I)

**Tabla 41. Eje 5. Gestión Financiera**

<b>EJE 5</b>	<b>GESTIÓN FINANCIERA</b>
<b>PROGRAMA</b>	<b>OBJETIVO</b>
<b>ASEGURAR INGRESOS</b>	Consolidar la estructura financiera para garantizar la auto sostenibilidad financiera y competitividad.
<b>DISMINUIR COSTOS</b>	
<b>FORTALECER RECAUDO</b>	

## 7.3 PLAN DE INVERSIÓN

El Plan de Inversión contiene un valor económico “estimado” del plan estratégico presentado, pues la situación económica del sector no es la mejor afectando las fuentes de recursos de inversión y los valores presentados podrán variar cuando se someta a estudios económicos para la presentación de proyectos de inversión.

En la medida en que se tenga certeza sobre los recursos de inversión estos se irán adicionando para



reactivar los proyectos que están suspendidos, desarrollar los proyectos de la fase 1 de la Etapa 1 del Programa Medico Arquitectónico aprobado por el ministerio y desarrollar los programas y las iniciativas contempladas en este documento.

**Tabla 42. Proyectos Acorde al PMA**

<b>PROYECTOS ACORDE AL PMA</b>			
<b>OBRAS A REINICIAR Y TERMINAR CON LOS RECURSOS DE INVERSION PROYECTADOS</b>			
<b>CONTRATO</b>	<b>PROYECTO</b>	<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	<b>FECHA PROGRAMADA</b>
<b>CONTRATO 164 DE 2013</b>	Construcción ampliación y remodelación de la Unidad neonatal – UCI pediátrico de la ESE HUS	3.240.486.708	2019
<b>CONTRATO 530 DE 2013</b>	Construcción Central de urgencias (piso 1 y piso 2)	8.784.771.830	2018 - 2019
<b>CONTRATO 067 DE 2015</b>	Construcción del reforzamiento estructural de las placas del área de urgencias de la E.S.E. HUS (piso 1 y piso 2).	1.812.636.900	2018 - 2019
<b>CONTRATO 479 DE 2015</b>	Finalizar construcción de la subestación eléctrica y acometida de 13.2KVA a 34.5KVA	4.297.348.237	2018

<b>OBRAS A PRIORIZAR SEGÚN DISPONIBILIDAD DE RECURSOS</b>			
<b>Obras a contratar previa gestión de recursos y autorización</b>	Adquisición ascensores para la central de urgencias	-	-
	Reforzamiento y ampliación de la estructura de la plataforma de servicios de la ESE HUS (2 placas en el 3er y 4to piso)	-	-
	Ampliación y modernización de la unidad quirúrgica. Salas de cirugía y central de esterilización (torre piso 3 y plataforma piso 3)	-	-
	Ampliación del área operativa piso 2 al 7	-	-
	Torres de Ventilación Fase 1. Construcción Torres de Ventilación	-	-
	Torres de Ventilación Fase 2. Dotación Torres de Ventilación	-	-
<b>OTROS PROYECTOS</b>			
<b>Obra a contratar previa gestión de recursos y autorización</b>	Proyecto morgue	-	-
	Edificio administrativo y consulta externa	-	-
	central de mezclas	-	-

\*La fecha programada dependerá de la disponibilidad de recursos de inversión.

Los programas e iniciativas generados en la formulación estratégica, permiten el cumplimiento de los objetivos y metas planteados por la institución, para lo cual es necesario identificar los recursos de inversión y sus fuentes de financiación; se realiza una proyección de ingresos al 2020 (ver anexo J) y una proyección de cartera para el mismo periodo (ver anexo K) para identificar con qué recursos de inversión se pueden contar.

### ESTIMADO RUBRO DE INVERSIÓN AÑOS 2017-2020

El recaudo de la Estampilla Pro Hospital para la vigencia 2017 tuvo una reducción frente a la certificación por parte de la Gobernación, recursos que en vigencias anteriores fueron adicionados.

**Tabla 43. Recaudo Estampilla Pro Hospital**

VIGENCIA	APROBADO	ADICIONADO	PPTO FINAL	RECAUDO
2015	14.740.320.000	6.066.701.433	20.807.021.433	20.807.021.433
2016	21.667.729.360	4.627.522.906	26.295.252.266	26.295.252.266
2017	22.400.000.000	0	22.400.000.000	21.399.249.834
2018	20.720.000.000	0	20.720.000.000	20.720.000.000
2019	20.000.000.000	0	20.000.000.000	20.000.000.000
2020	19.000.000.000	0	19.000.000.000	19.000.000.000

RUBRO DE INVERSIÓN ESTAMPILLAS ADICIONADO UNA VEZ LIQUIDADADO EL PRESUPUESTO

VIGENCIA	ADICIÓN
2015	4.869.801.752
2016	7.381.969.458
2017	3.724.853.068
2018	3.500.000.000
2019	3.000.000.000
2020	2.500.000.000

### Aclaraciones a la proyección de recursos de inversión

Las adiciones proyectadas para las vigencias 2018-2019-2020, se realizaron de acuerdo a las certificaciones expedidas por la oficina de presupuesto de la Gobernación y al comportamiento de las dos últimas vigencias. Cabe resaltar que este dato se tomó por promedio y las consultas realizadas del giro de dicho rubro por parte de la Gobernación. Es importante aclarar que hasta no realizar el Cierre Financiero de la vigencia 2017, estas cifras podrían variar.

En cuanto a los recursos propios no se cuenta con un disponible, ya que la recuperación de cartera, estará destinada al pago de las cuentas por pagar que se reflejarán en la Ejecución Presupuestal, una vez se realice el Cierre Financiero- y estos recursos estarán destinados al respaldo de dichos compromisos adquiridos durante la vigencia.

## 7.4 EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO

### 7.4.1 Ejecución del Plan de Desarrollo

La ejecución del Plan de Desarrollo del Hospital Universitario de Santander se formaliza a través del Plan Operativo Anual (POA), por cada uno de los procesos de la Institución, desde los estratégicos, misionales como los de apoyo, que son los que finalmente permiten alcanzar las metas establecidas en los objetivos estratégicos.

Para tal efecto se presentan las iniciativas asociadas al objetivo de cada eje estratégico, que serán la base para la priorización de los proyectos a desarrollar en la vigencia (ver anexo).

### 7.4.2 Seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional

El seguimiento y la evaluación al plan de desarrollo permiten autoevaluar la gestión y adoptar medidas para



cumplir los compromisos oportunamente e informar a las entidades de control y a la comunidad del avance del mismo.

La evaluación del cumplimiento de las metas se realizará por la oficina de desarrollo institucional de manera trimestral a través de la revisión de los avances parciales de las mismas, a través de las fuentes de información confiables y en conjunto con los procesos responsables de cada una de ellas.

De igual forma se realizará evaluación del Plan Operativo Anual de manera trimestral con cada uno de los responsables, ya que estas estrategias operativas son las que finalmente aportan y permiten avanzar en la consecución de las grandes metas.

Finalmente, la oficina de desarrollo institucional generará un informe de seguimiento consolidado trimestral a la Gerencia por ejes y objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo indicando el grado de avance.

#### **7.4.3 Análisis de Resultados**

La Gerencia, la oficina de desarrollo institucional y la oficina de control interno de manera trimestral analizarán los resultados de los informes de seguimiento estableciendo las desviaciones, así como las causas de las mismas, una vez revisadas se propondrán las acciones de mejora para ajustar las desviaciones y asegurar el cumplimiento de las metas programadas.

#### **7.4.4 Implementación de Acciones de Mejoramiento**

Las acciones contempladas para corregir las desviaciones encontradas y asegurar el cumplimiento de los objetivos Institucionales deben ser ejecutadas por los responsables de los procesos y se realizará seguimiento, evaluación y cierre por la oficina de desarrollo institucional.

#### **7.4.5 Evaluación Plan de Desarrollo**

Anualmente la gerencia debe presentar a la Junta Directiva el informe de cumplimiento de los logros establecidos en el Plan de Desarrollo, en el indicador No. 3 del componente Direccionamiento y Gerencia del Plan de Gestión del Gerente = No de metas del plan operativo cumplidas / No de metas programadas Estándar para cada año:  $\geq 90\%$  (cumplimiento mayor o igual al 90%)

De la misma manera anualmente la gerencia al terminar la vigencia fiscal debe realizar el procedimiento denominado Rendición de Cuentas a la comunidad en general, en el que uno de los puntos que se presentan en el informe es Gestión del Plan de desarrollo.

### **7.5 SOCIALIZACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO**

El proceso de socialización se realiza con el propósito de comunicar a toda la organización el direccionamiento estratégico y el plan de desarrollo, alineando los objetivos y metas establecidos con el desarrollo de los procesos de las diferentes áreas para posibilitar su cumplimiento.

La socialización del plan de desarrollo y direccionamiento estratégico está dirigida a todos los grupos de interés del Hospital.

El direccionamiento estratégico y el plan de desarrollo se socializarán en las diferentes reuniones de personal, correos electrónicos, salva pantallas, rendición de cuentas a la comunidad, reuniones con asociaciones de usuarios, jornadas de inducción y reinducción. Estas actividades se realizarán cada año, incluyendo los informes de avance de las vigencias anteriores.



## 8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Departamento Nacional de Planeación (DNP), sobre el Plan Nacional de Desarrollo 2014- 2018 Todos por un nuevo país. Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/Luis-FernandoMej%C3%ADaDNP.pdf>
- Ley 1751. 2015. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015). Pdf
- Ley No 1753 del 9 de junio de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 todos por un nuevo país.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, 2012– 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal para el control del cáncer 2012 - 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20para%20el%20Control%20del%20C%C3%A1ncer.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/politica-integral-de-atencion-en-salud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Prestación de servicios. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Política%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
- Disponible en <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-87557.html>
- Daron Acemoglu, James Robinson, Porqué Fracasan los Países pág 446 y 447
- PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo publicada en marzo de 2017 <http://www.eltiempo.com/economia/sectores/indice-de-desigualdad-en-colombia-aumento-segun-programa-de-las-naciones-unidas-para-el-desarrollo-70022>
- Cárdenas Mauricio, Introducción a la Economía Colombiana 3ra edición, pág. 483.
- Visión Colombia 2019; WHO-World Health Organization. Atención primaria à saúde: mais necessária que nunca. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008
- Ley 1438 de 2011 capítulo III, artículo 12-13.1
- Resolución 1441 de 2016 art 3
- Disponible en <http://acesi.com.co/?p=1503> ACHC. 2017
- Informe Nacional de Competitividad 2016 – 2017 pág. 49
- Superintendencia Nacional de Salud. Informe Cumplimiento de Indicadores Financieros de permanencia en el Sistema según decreto 2702 de 2014. Bogotá DC, agosto de 2017
- Superintendencia Nacional de Salud. Comunicado de Prensa CP- CP-OCEII- 022. Bogotá 8 de agosto 2017
- Plan de Desarrollo Departamental - Santander 2016 – 2019, Gobernación de Santander
- Indicadores de Ciencia y Tecnología 2011 Observatorio de Ciencia y Tecnología (OC y T) pág. 107, 118
- Visión del Plan de competitividad 2032 (salud).



- CONSEJO PRIVADO DE COMPETITIVIDAD & CEPEC-UNIVERSIDAD DEL ROSARIO índice departamental de competitividad 2017 pág. 12,18
- Consejo Privado de Competitividad. Informe Nacional de Competitividad 2012 – 2013
- Consejo Privado de Competitividad. Informe Nacional de Competitividad 2016 – 2017
- Recomendaciones sobre competitividad e innovación para la elaboración de planes de desarrollo regional documento elaborado por la dirección de desarrollo empresarial – DNP, año 2011.pag 159,168
- DANE. Proyecciones de población 2015. Disponible en <https://geoportal.dane.gov.co/midaneapp/pob.html>



## 9. ANEXOS

### ANEXO A. Plan de Desarrollo Departamental “Santander nos Une”

#### DEBERES Y DERECHOS SOCIALES

PROGRAMA	OBJETIVO ESTRATEGICO	META DE PRODUCTO
Tema de desarrollo salud	Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, la mejora de las condiciones de vida y salud de la población, en el marco de la Ley 1751 de 2015 Estatutaria en Salud, la política nacional de atención integral en salud y la visión Santander 2030.	Desarrollar un (1) Modelo de red departamental adaptado al Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. Indicador: un (1) Modelo de atención.
Programa 2. Estilos de Vida Saludable una Responsabilidad Individual y Social	Promover, desarrollar e implementar una agenda transectorial que incluya como prioridad en las políticas de todos los sectores la promoción de la salud, el control de las enfermedades no transmisibles y las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa, combatiendo así la pobreza y fortaleciendo el desarrollo socioeconómico.	Diseñar e implementar un (1) programa de apoyo social y consejería a familias y cuidadores de menores de 18 años con cáncer en el cuatrienio. Indicador: Número de programas de apoyo social y consejería implementados.
Programa 6: La Gestión del Riesgo una Respuesta Efectiva a las Emergencias y Desastres	Promover la gestión de riesgo de desastres como una práctica sistemática, con el fin de garantizar la protección de las personas, colectividades y el ambiente, para educar, prevenir, enfrentar y manejar situaciones de urgencia, de emergencia o de desastres, así como aumentar la capacidad de resiliencia y recuperación de las comunidades, aportando a la seguridad sanitaria y al mejoramiento de las	Gestionar la adquisición de treinta (30) ambulancias para mejorar la accesibilidad y calidad de prestación de servicios de salud. Indicador: Número de ambulancias gestionadas.
Programa 7. Unidos por un Entorno Laboral Saludable	1.Promover el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía. 2. Promover la salud de las poblaciones laborales vulnerables a riesgos ocupacionales, con enfoque diferencial, aunando esfuerzos para prevenir, mitigar y superar los riesgos,	Gestionar la acreditación en prestación de servicios de un Hospital Universitario en Santander. Indicador: Número de acreditaciones en prestación de servicios gestionadas.



Programa Gestión desarrollo de capacidades para la detección y atención diferencial de poblaciones vulnerables	8.	Aplicar medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significan desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, encaminados a lograr la equidad en salud en el marco de los derechos de sujetos y colectivos. Las acciones transversales a las poblaciones que presentan mayor vulnerabilidad se enmarcan en los siguientes componentes, para los cuales se establecen objetivos sanitarios, metas y estrategias diferenciales.	Desarrollar una estrategia de tamizaje para la detección oportuna de tumores malignos (mama, útero y próstata) dando prioridad a los grupos vulnerables y etno – cultural y víctimas del conflicto armado.  Indicador: Número de estrategias de tamizaje.
---	----	---	---



<p>Programa 9. La Autoridad Sanitaria Garante de la Salud Integral de la Ciudadanía Santandereana</p>	<p>Fortalecer la gobernanza de la autoridad sanitaria garante de la salud integral de los santandereanos, encaminados a lograr la equidad en salud en el marco de los derechos de sujetos y colectivos.</p>	<p>Gestionar el 100 % de contratos para prestación de servicios de salud a Población Pobre No Asegurada (PPNA) y NO POS por año. Indicador: N° de contratos gestionados / N° de contratos programados x 100.</p> <p>Implementar en 100% de IPS Públicas del departamento la Política de la Seguridad del Paciente. Indicador: N° de IPS públicas con política implementada / Total de IPS Públicas x 100.</p> <p>Realizar asistencia técnica al 100% de laboratorios públicos y privados de la red y Bancos de Sangre del departamento durante cada vigencia. Indicador: N° de laboratorios públicos y privados de la red y Bancos de Sangre con asistencia técnica muestras procesadas en el LDSP/ Total de muestras recibidas en el LDSP x 100.</p> <p>Fortalecer la Red de donación y trasplante de órganos y tejidos en la Regional 4 Indicador: Una red fortalecida.</p> <p>Fortalecer en los 87 municipios el Sistema de Información de Salud Pública orientándolo a soportar la investigación y la mejora sustancial en las acciones de Atención Primaria en Salud (APS). Indicador: N° de municipios con sistema de información para la APS.</p> <p>Gestionar un proyecto global de inversión para las obras hospitalarias inconclusas. Indicador: Proyecto gestionado.</p> <p>Fortalecer once (11) entidades de la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud del departamento mediante dotación de Infraestructura y Tecnología biomédica y de información y comunicaciones. Indicador: N° de IPS públicas fortalecidas.</p>
---	---	---



<b>Tema de desarrollo seguridad alimentaria y nutricional</b>		
<b>Objetivo Estratégico:</b> Promover estilos de vida saludables a partir de una adecuada seguridad alimentaria y nutricional.		
<b>PROGRAMA</b>	<b>OBJETIVO ESTRATEGICO</b>	<b>META DE PRODUCTO</b>
Programa 1. Santander unido y mejor alimentado con participación social y comunitaria	Posicionar los estilos de vida y conductas saludables, mediante el uso combinado de los diferentes canales de acceso masivo a la comunidad para la difusión de mensajes relacionados con las áreas adoptadas como prioritarias.	Gestionar la creación de un (1) banco de leche en el departamento. Indicador: número de bancos de leche gestionados
Tema de desarrollo agua potable y saneamiento básico	Mejorar la cobertura, disponibilidad y el manejo sostenible del agua y el saneamiento básico de todos	Aumentar en un 2% el porcentaje de residuos sólidos aprovechado. Indicador: porcentaje de residuos sólidos aprovechado.
Programa 4: Me uno por una mejor disposición de los residuos sólidos	Apoyar la clasificación en la fuente, transporte, manejo, tratamiento, aprovechamiento, valoración y disposición, de los residuos sólidos del departamento.	Proyecto con nuevas tecnologías de transporte, manejo, tratamiento y disposición de residuos sólidos. Indicador: Número de proyectos con nuevas tecnologías de transporte, manejo, tratamiento y disposición de residuos sólidos apoyados en el



**DEBERES Y DERECHOS ECONÓMICOS**

**Tema de desarrollo tecnologías de la información y las comunicaciones**

**Objetivo Estratégico:** Promover estilos de vida saludables a partir de una adecuada seguridad alimentaria y nutricional.

**Objetivo Estratégico 1.** Fortalecer la infraestructura tecnológica y conectividad del departamento.

**Objetivo Estratégico 2.** Promover la participación de la comunidad en actividades de apropiación y divulgación de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en Santander.

**Objetivo Estratégico 3.** Propender por el desarrollo y divulgación de contenidos, aplicaciones y software con enfoque social y de gobierno electrónico.

PROGRAMA	OBJETIVO ESTRATEGICO	META DE PRODUCTO
Programa 1. Unidos y conectados por Santander	Fortalecer la infraestructura tecnológica y conectividad del departamento	Fortalecer a 37 Empresas Sociales del Estado E.S.E's con la dotación de herramientas TIC y acceso a internet. Indicador: Número de E.S.E's fortalecidas.  Dotar con 10.000 herramientas tecnológicas y/o equipos de cómputo a las instituciones públicas del departamento y/o centros de fortalecimiento ciudadano con enfoque diferencial y etno cultural. Indicador: Número de herramientas tecnológicas y/o equipos de cómputo entregados.
Programas 3. TIC	Propender por el uso responsable de las TIC dentro de la población estudiantil y la comunidad en general	Promover el desarrollo de 30 aplicaciones y/o contenidos con enfoque social teniendo en cuenta la población con enfoque diferencial y etno-cultural. Indicador: Número de aplicaciones o contenidos promovidos.
Programa 4. Gobierno más Eficiente y Transparente	Fomentar la adopción en los municipios y población Santandereana de la estrategia de Gobierno en Línea.	Desarrollar una campaña de sensibilización y uso intensivo de las TIC para la estrategia cero papel en las instituciones públicas del departamento. Indicador: campaña desarrollada.
Tema de desarrollo ciencia, tecnología e innovación	Impulsar el ejercicio de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación a través de su apropiación, transferencia, financiación y la formación de capital humano, para que la sociedad aumente su productividad, competitividad y bienestar.	Aumentar a 3.88% el porcentaje de inversión nacional en ACTI e I+D en Santander. Indicador: participación porcentual en inversión nacional en ACTI e I+D.
Programa 1. Somos Ciencia	Impulsar la apropiación social de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación – ASCTI	Apoyar una estrategia para el fortalecimiento de Semilleros de Investigación del departamento. Indicador: Número de estrategias apoyadas.



Programa 3. Formación para la Ciencia	Fomentar la formación, atracción y retención de capital humano de alto nivel en el Departamento.	Apoyar la formación de 70 profesionales en maestría y/o doctorado en áreas estratégicas para la región. Indicador: Número de profesionales apoyados.
---	--	--

**Tema de desarrollo fomento al desarrollo y empleo**

**Objetivo Estratégico:** Impulsar el desarrollo regional y la generación de oportunidades laborales justas, equitativas y sostenibles, mediante programas de formalización, calificación de mano de obra, impulso productivo y fomento del emprendimiento.

PROGRAMA	OBJETIVO ESTRATEGICO	META DE PRODUCTO
Programa 1. Santander Nos Une por un Empleo Digno	Promover una actividad laboral digna mediante la formalización, la promoción de programas de formación y estrategias de colocación laboral que atiendan las necesidades de los diferentes sectores de desarrollo y el fomento de emprendimientos sostenibles.	Apoyar tres estrategias o plataformas para la colocación laboral. Indicador: Número de estrategias o plataformas para la colocación laboral apoyados.

**Tema de desarrollo fortalecimiento empresarial e industrial**

**Objetivo Estratégico:** Fortalecer la base empresarial e industrial de Santander como motor del desarrollo regional y la generación de empleo digno.

PROGRAMA	OBJETIVO ESTRATEGICO	META DE PRODUCTO
Pujanza empresarial santandereana	Fortalecer la cultura, mentalidad y buenas prácticas empresariales Santandereanas.	Apoyar tres iniciativas de formalización empresarial y/o laboral en Santander. Indicador: Numero de iniciativas apoyadas.

**DERECHOS Y DEBERES CIVILES**

**Tema de desarrollo prevención, protección, atención, asistencia y reparación de la población víctima de desplazamiento forzado y otros hechos victimizantes.**

**Objetivo Estratégico:** Promover la restitución de derechos de los individuos y colectividades que han sido víctima del desplazamiento forzado y otros hechos victimizantes (Ley 1448 de 2011), Para garantizar el goce efectivo de derechos, mediante las medidas de prevención, protección, atención, asistencia, reparación integral y garantías de no repetición.

PROGRAMA	OBJETIVO ESTRATEGICO	META DE PRODUCTO
----------	----------------------	------------------



Programa 1. Santander solidario con las víctimas del conflicto armado	Garantizar las acciones de Prevención, protección, atención, asistencia y reparación integral a la población víctima del conflicto armado, desplazamiento forzado y otros hechos victimizantes (Ley 1448 de 2011), que les permitan el goce efectivo de sus derechos, en el marco de la estrategia de Corresponsabilidad de la Política Pública de Víctimas (Dec.2460/2015).	Implementar 4 acciones integrales contra Minas Antipersonales (MAP, MUSE y AEI) en el Departamento de Santander. Indicador: Número de personas atendidas por casos de minas antipersonales.
Programa 2. En Santander nos une la restitución de los derechos de las víctimas del conflicto armado	Coordinar, articular y complementar la oferta institucional que les garantice a las víctimas la implementación de las medidas de prevención, atención y asistencia.	Apoyar la cofinanciación a través de la articulación institucional para el fortalecimiento de dos (2) puntos de atención integral a Víctimas. Indicador: Número de puntos de atención fortalecidos.

#### ANEXO B. Portafolio de Servicio ESE HUS

GRUPO	CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN	
<b>SERVICIOS HOSPITALARIOS: (GESTION INTERNACIÓN)</b>	GENERAL ADULTOS GENERAL PEDIÁTRICA 105-CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL 108- CUIDADO INTENSIVO NEONATAL 109- CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS UNIDAD DE QUEMADOS ADULTOS 112-OBSTETRICIA 120-CUIDADO BÁSICO NEONATAL 125-UNIDAD DE QUEMADOS PEDIATRICOS
<b>QUIRURGICOS: (GESTION QUIRURGICA)</b>	201-CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO CIRUGÍA GENERAL CIRUGÍA GINECOLÓGICA CIRUGÍA NEUROLÓGICA CIRUGÍA ORTOPÉDICA 208-CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA 209-CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA 210- CIRUGÍA ONCOLÓGICA 212- CIRUGÍA PEDIÁTRICA 213- CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	214- CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA CIRUGÍA UROLÓGICA 227-CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA 231- CIRUGÍA DE LA MANO 232- CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS CIRUGÍA DERMATOLÓGICA CIRUGÍA DE TÓRAX CIRUGÍA GASTROINTESTINAL 237-CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA 241- TRASPLANTE DE TEJIDO OSTEOMUSCULAR



<b>CONSULTA EXTERNA</b>	<p>301-ANESTESIA 302-CARDIOLOGÍA 303-CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CIRUGÍA GENERAL CIRUGÍA NEUROLÓGICA CIRUGÍA PEDIÁTRICA 308-DERMATOLOGÍA 309-DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS 310-ENDOCRINOLOGÍA 312-ENFERMERÍA 316-GASTROENTEROLOGÍA 317-GENÉTICA 320-GINECOBSTERICIA 321-HEMATOLOGÍA 323-INFECTOLOGÍA 324-INMUNOLOGÍA 327- MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN MEDICINA GENERAL MEDICINA INTERNA 330-NEFROLOGÍA 331-NEUMOLOGÍA 332-NEUROLOGÍA</p>	<p>333-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA 335- OFTALMOLOGÍA 336-ONCOLOGÍA CLÍNICA 337-OPTOMETRÍA 339-ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA 340-OTORRINOLARINGOLOGÍA 342-PEDIATRÍA 344-PSICOLOGÍA 345-PSIQUIATRÍA 348-REUMATOLOGÍA 354-TOXICOLOGÍA 355-UROLOGÍA 356-OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD 359-CONSULTA PRIORITARIA 361- CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO CIRUGÍA DE MANO 364- CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS CIRUGÍA DERMATOLÓGICA CIRUGÍA DE TÓRAX CIRUGÍA GASTROINTESTINAL 368- CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA</p>
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	<p>369- CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA 370- CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA 372- CIRUGÍA VASCULAR CIRUGÍA ONCOLÓGICA 374- CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA 375-DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA 377-COLOPROCTOLOGÍA 379-GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA 384-NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA 385-NEONATOLOGÍA</p>	<p>386-NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA 387-NEUROCIRUGÍA 388-NEUROPEDIATRÍA 391-ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA 393-ORTOPEDIA ONCOLÓGICA 395-UROLOGÍA ONCOLÓGICA 406-HEMATOLOGÍA ONCOLÓGICA 408-RADIOTERAPIA 409-ORTOPEDIA PEDIÁTRICA 411- CIRUGIA MAXILOFACIAL</p>
<b>URGENCIAS: (GESTION URGENCIAS)</b>	501- SERVICIO DE URGENCIAS	
<b>TRANSPORTE ASISTENCIAL</b>	601-TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	602- TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO



<p><b>APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA (GESTIÓN APOYO TERAPEUTICA)</b></p>	<p>701-DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR 703-ENDOSCOPIA DIGESTIVA 704-NEUMOLOGÍA FIBROBRONCOSCOPIA 706-LABORATORIO CLÍNICO 709-QUIMIOTERAPIA 710-RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS 711-RADIOTERAPIA 712-TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO 713-TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA 714-SERVICIO FARMACÉUTICO 717-LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS</p>	<p>- 718-LABORATORIO DE PATOLOGÍA 719-ULTRASONIDO 725-ELECTRODIAGNÓSTICO 728-TERAPIA OCUPACIONAL 729-TERAPIA RESPIRATORIA 730-NEUMOLOGÍA LABORATORIO FUNCIÓN PULMONAR 731-LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA 732-ECOCARDIOGRAFÍA 739-FISIOTERAPIA 740- FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE</p>
<p><b>PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA</b></p>	<p>916-PROTECCIÓN ESPECÍFICA – VACUNACIÓN</p>	
<p><b>PROCESOS</b></p>	<p>950-PROCESO ESTERILIZACIÓN</p>	

**ANEXO C. Factores Críticos de Éxito**

<p><b>FACTOR CRÍTICO</b></p>	
<p><b>INTERNO</b></p>	<p><b>DESCRIPCIÓN</b></p>
<p>CULTURA ORGANIZACIONAL</p>	<p>El personal de planta representa el 3% del total de personas que realizan actividades en la ESE. Adicionalmente cada 4 años, cuando llega una nueva administración, que en muchas ocasiones desconoce lo que se venía haciendo</p>
<p>MANEJO DE COSTOS</p>	<p>Existe una oficina de costos. Sin embargo, no hay un programa de costos que facilite el trabajo de los mismos. Este aspecto dificulta otras alternativas de negociación con las EPS que se tienen actualmente en el mercado (PGP).</p>
<p>ASES DE DATOS ACTUALIZADAS</p>	<p>Las bases de datos de que dispone el sistema sobre las personas que tienen derechos de salud en el régimen subsidiado, presentan inconsistencias, y se mantienen desactualizadas.</p>
<p>GESTIÓN DE PROCESOS</p>	<p>La alta rotación del personal dificulta la gestión por procesos. Sobre todo, cada 4 años, el ingreso de una nueva administración implica casi un año de capacitación en el tema, mientras se comprende, se interioriza y se aplica. No se está implementando la NTCGP1000 que soporta la gestión por procesos.</p>
<p>MANTENIMIENTO Y SOSTENIBILIDAD DE LOS EQUIPOS</p>	<p>La normatividad vigente establece que el 5% de los recursos del presupuesto, se debe destinar para mantenimiento (infraestructura y equipos).</p>
<p>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</p>	<p>La ESE cuenta con DINAMICA software que esta desactualizado y no integra la gestión de las diferentes dependencias, lo que ha llevado a que se desarrolle una serie de software para las diferentes actividades, pero este no es integral, dificultando la toma de decisiones.</p>



CAPACITACIÓN, ENTRENAMIENTO Y DESARROLLO DEL PERSONAL	La ESE tiene 45 personas de planta de un total de aproximadamente 1.200 personas que desarrollan sus actividades en la institución. El desarrollo de procesos se realiza a través de contratistas. Está diseñado el proceso, no se cumple con los procedimientos de inducción en todas las áreas. Falta definir política de capacitación y entrenamiento para personal externo.
IAS INTEGRALES DE CONTROL	Se manifiesta que hay muchos planes de acción, planes de mejora producto de no tener integrada la gestión por procesos.
INFORMACIÓN FINANCIERA	No es sistémico el reporte de datos financieros. No se cuenta con fichas técnicas de los indicadores.
CALIDAD DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	No es sistémica la medición de la calidad, no hay software de soporte.
CONVENIOS DOCENCIA ASISTENCIAL	Desde el decreto de creación institucional se definió el ser hospital universitario; la manera de continuar siéndolo es reforzar los convenios a través de programas académicos de postgrado acreditados, desarrollando innovación, investigación y publicando los resultados de estos.
SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION DE CALIDAD	El marco legal contempla la implementación de diferentes sistemas de gestión en las entidades del estado; en ocasiones estos no están integrados generando conflictos de intereses.
RECURSOS PARA INVERSIÓN	Se soporta en los recursos de estampillas, hay preocupación por que se pierda la calidad de hospital universitario o que otros hospitales la obtengan y se disminuyan estos recursos; se evidencia una tendencia a la disminución de estos ingresos.
SISTEMAS DE SELECCIÓN, CONTRATACIÓN	La forma de vinculación del personal a la empresa no les da estabilidad a las personas y se pierde mucha de la experiencia que se adquiere. Por esto se considera una gran debilidad.
GESTIÓN DE CARTERA	Las EPS no tienen interés en liquidar contratos; la normatividad ha sido permisiva y la cartera de las EPS con los prestadores es un problema nacional. Se incumplen acuerdos de pago. El giro directo el 20-30% corresponde a la cartera de la vigencia el restante porcentaje lo cargan las EPS a cartera de años anteriores dificultando la gestión institucional.
PRODUCTIVIDAD	Esta afectada la productividad de la alta complejidad por la utilización de los recursos en cubrir actividades de mediana complejidad que no son cubiertos adecuadamente por la red de prestadores. Se sugiere hacer seguimiento de productividad por productividad por subgerencia.
GESTIÓN GERENCIAL	Gestión continúa ante el gobierno nacional y los entes territoriales para la consecución de recursos de inversión. Interacción con los diferentes estamentos de la sociedad para construir confianza y colaboración en temas de salud.
POLÍTICAS GERENCIALES	Interacción entre los diferentes estamentos que componen la institución promoviendo el desarrollo del recurso humano, la dedicada atención a los usuarios, la conservación del medio ambiente, la generación de recursos para atender los diferentes pasos de la operación y la inversión en nuevas tecnologías.
SERVICIOS POSICIONADOS	Servicios como Hemocentro, urgencias, son reconocidos, la gente los prefiere a otros similares que se prestan en otras entidades. La oportunidad para las consultas de medicina especializada es otro aspecto que permite diferenciarnos del resto de la red.
GESTIÓN DE RECURSOS	En el sector público funciona el banco de proyectos, en donde se inscriben proyectos que requieren cofinanciación, de otras entidades del estado.



LIQUIDEZ	La falta de liquidez es una de las grandes debilidades de la ESE HUS, ya que la gran mayoría de los servicios o se presta por la modalidad de Evento y las EPS no cumplen ni con los recursos de giro directo.
----------	--

RESPONSABILIDAD SOCIAL ORGANIZACIONAL	Por su esencia como entidad social del estado prestadora de servicios de salud el instituto mantiene una contribución activa al mejoramiento social, económico y ambiental de la comunidad en que se desenvuelve.
GESTIÓN PARTICIPATIVA	Se debe fortalecer la alianza de usuarios, como mecanismo diferenciador.
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	El seguimiento de la gestión se realiza a través de comités en donde se analizan los indicadores de los programas, proyectos y procesos.
RENTABILIDAD	Se deben diseñar estrategias que incidan en la cartera, para que los márgenes de rentabilidad mejoren

**FACTOR CRÍTICO**

<b>EXTERNO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD	Contempla un modelo de salud que está diseñado para mejorar la integralidad en la atención en salud de las personas, familias y de la comunidad. El modelo definido en Colombia es la atención primaria en salud (APS).
MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIO	La participación comunitaria está establecida en la constitución y propende por una mejor prestación de servicios. Los usuarios empoderados protegen la integralidad en la prestación de los servicios.
TALENTO HUMANO CAPACITADO	En Santander se dispone de universidades y centros de formación, que están constantemente aportando profesionales y técnicos en salud, que apoyan a través de convenios docente asistenciales, la actualización de procesos clínicos.
POLÍTICAS GUBERNAMENTALES - PRIORIZACIÓN DE LA SALUD	El estado propende por lograr altos niveles de atención a la población a través de las entidades prestadoras del servicio, facilitando su labor y suministrando los recursos financieros requeridos con prontitud.
POLÍTICA DE INVERSIÓN SOCIAL – ENFOQUE DIFERENCIAL	El estado está en la obligación de invertir recursos entre la población de menores recursos, pues a mayor inversión en estos estratos son menores los índices de mortalidad infantil, desnutrición, pobreza, analfabetismo, etc. Teniendo en cuenta los grupos diferenciales logrando una disminución de la desigualdad.
TECNOLOGÍAS LIMPIAS (HOSPITAL VERDE)	En el caso de las instituciones de salud se debe tener un manejo muy esmerado de los residuos biológicos por el alto índice de contaminación que representan y su manejo deber ser asumido por entidades especializadas. El gobierno ha diseñado incentivos para aquellos prestadores del servicio que demuestren manejos responsables con el ambiente.
ALIANZAS ESTRATEGICAS CON ENTIDADES PUBLICAS O PRIVADAS	Son una alternativa de financiación para emprender obras que permitan el cumplimiento del objetivo misional.
ACCESO A TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	Ante los continuos avances de la ciencia el estado debe incrementar los presupuestos de la salud, para hacer asequibles estas nuevas tecnologías. Se dificulta su adquisición e implementación en el sector público, ya que la mayoría de los equipos y procedimientos son importados toda vez que en el país los desarrollos en este campo son incipientes, y se afecta aún más con la variabilidad del dólar.



TECNOLOGÍA INFORMÁTICA Y DE COMUNICACIONES	Con los avances de la tecnología informática y de comunicaciones aplicables a salud, el estado debe incrementar los presupuestos para estos rubros, aspecto que se dificulta, pues los recursos del sistema para los prestadores son muy limitados.
POLÍTICA DE AUDITORÍA GARANTÍA DE CALIDAD	Se emite política por parte del gobierno nacional de obligatorio cumplimiento para la red aseguradora y prestadora, pero no se asignan recursos por parte del gobierno para que la red pública cumpla con los requerimientos exigidos.
DEBILIDAD GREMIAL EN PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	Aun cuando existen asociaciones de prestadores a nivel nacional (ASESI) y regional (ASEHISAN), en estas no se ven representadas los prestadores, falta generar confianza.
MODELO CURATIVO EN SALUD	Las universidades están más enfocadas en capacitar a sus estudiantes en modelos curativos. Los estudiantes de práctica se interesan más en el modelo mencionado.
ESTILOS DE VIDA	Estilos de vida no saludables en la población objeto (población del departamento de Santander y la zona de influencia: urbana y rural), especialmente hábitos alimenticios no adecuados.
LEGISLACIÓN EN LA SALUD	Es muy amplia, se quiere reglamentar todo, pero se incurre en constantes contradicciones, y es frecuente encontrar vacíos, que son aprovechados por las EPS.
REDES DE ATENCIÓN EN SALUD	El débil direccionamiento en el diseño e implementación de redes de atención en salud, ha dificultado la implementación del modelo integral de atención. Consecuencia de ello, los actores del sector han conformado el clúster de salud, el cual se viene desarrollando con la cámara de comercio de Bucaramanga.

#### ANEXO D. Matriz DOFA

MATRIZ DOFA	
ENTORNO (MEDIO EXTERNO)	
OPORTUNIDADES (+)	AMENAZAS (-)
Modelo de atención en salud Mecanismos de participación comunitario Oferta académica regional en el área de la salud Políticas gubernamentales - priorización de la salud Política de inversión social Acreditación: Humanización, oportunidad, accesibilidad, seguridad del paciente Mantenimiento y Sostenibilidad de los equipos biomédicos Investigación, docencia y transferencia de conocimiento	Acceso a tecnología biomédica Política de auditoría garantía de la calidad Debilidad gremial en prestadores de servicios de salud Sistema económico del sector salud Cambios acelerados en la tecnología (nueva) Modelo de red de prestadores pública Clúster de la salud Desarrollo tecnológico y científico
FORTALEZAS (+)	DEBILIDADES (-)



<p>Servicios Especializados (quemados, oncología, ortopedia, Hemocentro, trasplante) Talento Humano científico/especializado Credibilidad Institucional Regional Accesibilidad a componente académico de la UIS Cabeza de Red Pública Entidad del Estado Alianza HUS / UIS Ubicación geográfica</p>	<p>Formalización laboral-Cultura organizacional Liquidez Infraestructura: PM-PMA Sistemas integrales de control por procesos Información financiera (facturación, glosas y costos) Calidad de los productos y servicios Sistemas de información (obsoleto) Costos no sistematizados</p>
---	---

INSTITUCION (MEDIO INTERNO)

### ANEXO E. Eje Estratégico 1. Gestión de Buen Gobierno

<b>EJE ESTRATÉGICO 1.</b> Gestión de Buen Gobierno (transparencia, participación y servicio al ciudadano).						
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO:</b> Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.						
<b>PROGRAMA ANTICORRUPCIÓN</b>						
<b>OBJETIVO:</b> Reducir la posibilidad de que ocurran riesgos de corrupción identificados, definiendo actividades encaminadas a fomentar la transparencia en la gestión.						
META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES			
			2018	2019	2020	
MR1. Cumplir con los reportes del plan anticorrupción y atención al ciudadano.	IR1. Reportes anticorrupción publicados en la página web.	En el plan anticorrupción y atención al ciudadano 2016 se establecieron 3 seguimientos; se evidencia la publicación de 2 seguimientos.	4	4	4	
MR2. Mejorar la participación de la veeduría ciudadanas y alianza de usuarios en las actividades de planeación de la ESE.	IR2. Actividades de planeación realizadas con participación de alianza de usuarios y/o Veedores. (Actualización direccionamiento estratégico, Rendición de Cuentas, seguimiento Plan Desarrollo)	Indicador nuevo, no disponible.	3	3	3	
MR3. Mejorar el sistema de información de la página WEB para que responda a los requerimientos de la ley de transparencia permitiendo hacer por lo menos el 80% de los trámites identificados, por línea.	IR3. Trámites HUS por página WEB.	Se tienen identificados 9 trámites en el comité antitrámites de la ESE HUS. Ninguno se puede realizar en línea en la página web.	3	3	3	
MR4. Cumplir anualmente con la estrategia de rendición de cuentas de acuerdo con la metodología establecida por la función pública.	IR4. Rendiciones de cuentas realizadas cumpliendo requerimientos nacionales (Audiencia pública, medios escritos y medios virtuales).	En marzo del 2017 se realizó la rendición de cuentas del año 2016.	1	1	1	

**PROGRAMA SARLAFT**

**OBJETIVO:** Detectar y reportar las operaciones que se pretendan realizar o se hayan realizado, para intentar dar apariencia de legalidad a operaciones vinculadas al lavado de activos o financiación del terrorismo.

META	INDICADOR	LÍNEA BASE	VALORES		
			2018	2019	2020
MR1. Desarrollar e implementar las políticas del sistema Sarlaft.	IR1. Porcentaje de cumplimiento de implementación de las políticas Sarlaft.	Se realiza reporte mensual a la UIAF (se cuenta con el nombramiento del oficial de cumplimiento, con 3 procedimientos y 8 formatos. pendiente por aprobación de la junta directiva).	> 90%	> 90%	> 90%
	IR2. Porcentaje de efectividad de los controles de los factores de riesgo Sarlaft.		> 90%	> 90%	> 90%

**PROGRAMA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN**

**OBJETIVO:** Fortalecer los diferentes mecanismos de participación ciudadana para mejorar la confianza de los usuarios en la gestión institucional.

META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES		
			2018	2019	2020
MR1. Fortalecer la alianza de Usuarios	IR1. N° de actividades documentadas realizadas de participación ciudadana / N° de actividades planeadas de participación ciudadana.	Alianza de usuarios se realizaron 6 reuniones en el año 2016.	6	6	6
		Socializar temas de interés institucional a la alianza	3	3	3
MR2. Desarrollar Programa de Información y Atención al usuario SIAU	IR2. Porcentaje de Satisfacción de usuarios	porcentaje de satisfacción de usuarios año 2016 fue de 78%	> 80%	> 80%	>80%

**PROGRAMA RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL**

**OBJETIVO:** Lograr la corresponsabilidad entre la institución, la sociedad, los funcionarios y el medio ambiente, que contribuyen a la disminución de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida

META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES		
			2018	2019	2020
MR1. Obtener reconocimiento ambiental	IR1. Reconocimiento ambiental.	Reconocimiento ambiental: cero (0).	0	0	1
MP1. Incorporar tecnologías limpias que generen ahorro de energía y de	IP1. Reducción proporcional valor consumo agua	* Valor anual consumo agua 2016:6.599M3 (22.129.725)	> 1%	> 4%	> 5%

recursos y que sean amigables con el medio ambiente.	IIP2. Reducción proporcional valor consumo energía	* Valor anual consumo energía 2016: 306.322KV (133.730.152)	> 1%	> 4%	> 5%
MR2. Implementar acciones de Enfoque Diferencial (niños, niñas y adolescentes, enfoque diferencial en discapacidad, mayores, mujeres, personas en situación de desplazamiento)	IR2. Acciones de Enfoque diferencial implementadas / acciones de Enfoque diferencial programadas	Se tiene en facturación caja de atención preferencial para población en condición especial	4	8	8

#### ANEXO F. Eje Estratégico 2. Prestación de Servicios

##### EJE ESTRATÉGICO 2. EJE MISIONAL - PRESTACIÓN SERVICIOS

OBJETIVO ESTRATÉGICO OE2: Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud.

##### PROGRAMA CULTURA DE LA ATENCIÓN HUMANIZADA Y CENTRADA EN EL USUARIO COMO FACTOR DIFERENCIADOR

**OBJETIVO:** posicionar al HUS como empresa prestadora de servicios que se caracteriza por la atención humanizada y centrada en el usuario como factor diferenciador

META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES		
			2018	2019	2020
Implementar la política de atención humanizada	IR1 Quejas por mal trato y todas aquellas manifestaciones de los usuarios relacionadas con la falta de humanización	Quejas por maltrato en el año 2016 fueron 186 de un total de 388 total, para un total de 43% de quejas por maltrato	< 35%	<30%	< 25%
	IR2 Porcentaje de satisfacción a preguntas de la encuesta de satisfacción relacionadas con Confort en el acceso, áreas de atención y de espera Comodidad para los acompañantes permanentes.	Porcentaje de satisfacción a preguntas relacionadas con confort en el año 2016 fue de 66%	> 70%	> 80%	> 80%
	IR3 Cumplimiento de las estrategias de capacitación que fomenten procesos de atención humanizados	No se tiene medición de la eficacia de la estrategia de capacitación en fomento de atención humanizada	1	1	1
MR.2 Planear, elaborar, Promover, desarrollar y evaluar estrategias para	do medición clima laboral	antifico la medición clima laboral año 2016	>80%	>80%	>80%

tener y mejorar la calidad de vida laboral de los colaboradores	IR2. Resultado evaluación satisfacción cliente interno	dato medición cliente interno	>80%	>80%	>80%
	Evaluación satisfacción de personal en formación.	o se tiene dato medición evaluación satisfacción personal en formación	>80%	>80%	>80%
MR.3 Adecuar la infraestructura por servicio para mantener condiciones dignas de atención en los servicios prioridad: (urgencias, pediatría, oncología y sala de partos)	IR1. Diagnóstico por servicio sobre privacidad y confort de la infraestructura intervenidas / áreas priorizadas	No se tiene diagnostico por servicio sobre requerimientos que permitan la privacidad y mejore confort de usuarios	-	-	-
			50%	25%	25%

**PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL**

**OBJETIVO:** Fortalecer la integralidad y efectividad en la prestación de servicios de salud.

META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES		
			2018	2019	2020
MR1. Programas de atención integral desarrollados con Empresas Responsables de Pago (ERP)	IR1. Número de programas de atención integral desarrollados con ERP	1 programa( madre canguro)	1	2	3
	IR2. Contratos suscritos para atención integral de usuarios de Empresas Responsables de Pago ERP.	No se tienen contratos de atención integral	2	5	5
	IR3. Participación en proyectos de redes de iniciativa clúster de salud.	No hay participación en proyectos de redes iniciativa clúster	0	1	1
	IR4. Numero de remisiones a otros prestadores de alta complejidad	Solicitud remisiones UCI año 2016 fueron 1996	-	-	-

**PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**OBJETIVO:** Promover la cultura de seguridad del paciente mediante la adopción de estrategias de seguridad de las buenas prácticas para minimizar los riesgos derivados de la atención en salud.

META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES		
			2018	2019	2020
MR1 Disminuir el 25% de eventos adversos asociados a caídas de	IR1 tasa de caídas, UPP, reporte de seguridad en la administración de medicamentos	Existe una guía de UPP Código: ENF-GU-04.	10%	15%	25%

pacientes, úlceras por presión (UPP) y administración de medicamentos		Protocolo cuidado de enfermería para las personas con riesgos ENF-PT-19. Instructivo GMC-CP- IN-03 Total, caídas año 2016:105 Total, UPP año 2016:167 Total reportes administración de medicamentos año 2016:13			
MR2. Implementar los paquetes instruccionales priorizados (infecciones asociadas a la atención en salud, garantizar atención segura binomio madre-hijo, prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad manejo de sangre y componentes a la transfusión sanguínea, mejorar seguridad de procedimientos quirúrgicos, detectar, prevenir y reducir el riesgo asociado a la atención en salud)	IR2. Número de paquetes instruccionales priorizados implementados	No se han implementado los paquetes instruccionales.	2	2	1
MR3. Identificar, gestionar las acciones y evaluación del riesgo de los procesos asistenciales.	IR3. mejoramiento procesos asistenciales (gestión del riesgo) IR4. Efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Resultado implementación atención segura de pacientes 40% Programa identificación del paciente implementado en un 60% Aplicación protocolo Londres al 80% eventos reportados	>80 % >80 % >90 %	>80 % >80 % >90 %	>80% >80% >90%

PROGRAMA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN					
<b>OBJETIVO:</b> Diseñar procesos que integren en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación a prestación de los servicios asistenciales					
META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES		
			2018	2019	2020
MR1. Verificar que las universidades con que se tienen convenios docente asistenciales, cuenten con docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa	IR 1 certificación que demuestre que las personas que realizan actividades de docencia cuentan con formación de postgrado en docencia o experiencia de mínimo 3 años en actividades docentes, académicas o de investigación expedidas por instituciones de educación superior	No está en la base de datos de Hospitales Universitarios	>90 %	>90%	>90%
MP2. Fortalecer a la ESE HUS como centro de formación académica a nivel de postgrados	IP1. Desarrollar Convenios con las IES Que tengan programas acreditados.	Programas de posgrados con acreditación de alta calidad cero	2	4	6
	IP2. incorporar nuevas especialidades médicas Acreditadas		-	2	2
MP3. Obtener un reconocimiento nacional o internacional de las investigaciones de salud que realice el HUS contando con un grupo de investigación reconocido por Colciencias	IP1. producción investigativa que realizado el grupo de investigaciones detallando los reconocimientos nacionales o internacionales	El hospital cuenta con tres grupos de investigación conjuntos con la UIS, reconocidos y categorizado por Colciencias: Grupo de investigación en Cirugía y Especialidades GRICES-UIS COL0034521, Grupo para la Renovación Educativa de la Medicina Interna – GERMINA COL0005403, Grupo Paidós COL0024579 Cero publicaciones.	-	2	3

### ANEXO G. Eje Estratégico 3. Eficiencia Administrativa

EJE ESTRATÉGICO 3. EFICIENCIA ADMINISTRATIVA
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.</li> <li>2. Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.</li> </ol>

**PROGRAMA SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD**

**OBJETIVO:** Implementar y mantener el sistema obligatorio de Garantía de Calidad como medio para mejorar la calidad de la atención en salud.

META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES		
			2018	2019	2020
MR1. Mantener el cumplimiento de los estándares de habilitación en cada uno de los servicios ofertados, basados en la normatividad vigente.	IR1. Certificación de habilitación	Se tiene informe de autoevaluación y constancia de habilitación vigente	1	1	1
MR2. Acreditar con estándares superiores de calidad la ESE HUS	IR2. Postulación para la acreditación con puntaje autoevaluación acreditación > o = 3,0	En el año 2017 se estableció línea base de 1,6	-	1	
MR3 Fortalecimiento de los 4 programas que integran el programa de seguridad del paciente	IR3. % implementación de los 4 programas (Tecnología, Hemo vigilancia, Hemo vigilancia, Reactivo los programas)	No se tienen medición grado implementación de programas	80%	> 90%	> 90%

**OBJETIVO:** Postular la institución para la obtener la acreditación con resultados mayores a 3,0 cumpliendo con el ciclo de mejoramiento a través del contrato con la entidad acreditadora.

META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES		
			2018	2019	2020
Realizar autoevaluación en forma anual de acreditación (analizar y estudiar cada uno de los estándares u comparar contra ellos el desempeño organizacional, evaluándolo tanto en su enfoque como en su implementación y resultados).	N° de autoevaluación de acreditación realizada / N° de autoevaluación de acreditación planeada	Cero (0) No se realizó autoevaluación de estándares de acreditación en la vigencia 2016 (fuente: informe ciclo preparación para la acreditación en la ESE HUS Vigencia 2012 a 2017 pág. 10 párrafo 2), por lo anterior se toma como línea base del indicador 1, la tercera opción descrita en la resolución 743/13 de Sin autoevaluación en la vigencia anterior).	> 2,0	= 3,0	> 3,0
Fortalecer la cultura de calidad con enfoque en acreditación en todos los colaboradores HUS.	N° de personas que recibieron la capacitación/ N° de personas planeadas para la capacitación		50%	75%	100%

**PROGRAMA INFRAESTRUCTURA**

**OBJETIVO:** Planear y organizar reinicio de obras para garantizar el cumplimiento de la visión de largo plazo del HUS

META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES		
			2018	2019	2020
MR1. Terminar las 3 obras suspendidas de la etapa 1 fase 1, y terminar la obra (1) de subestación eléctrica.	IR1. obras primera fase de la primera etapa terminada / total de obras primera etapa priorizadas (*Las Obras priorizadas son las siguientes: tres (3) de urgencias, finalizar uci pediátrica y neonatal, finalizar reforzamiento plataformas piso 1 y 2; la cuarta obra es la de finalizar subestación eléctrica que no hace parte de los proyectos de la etapa 1).	Son 11 obras de la I etapa de la fase I, de las cuales 2 están terminadas, 3 suspendidas, 6 no iniciadas.	Lograr como mínimo el 50% de avance físico de dos de las cuatro obras contempladas en el eje de eficiencia administrativa del Plan de Desarrollo	Terminar dos de las cuatro obras contempladas en el eje de eficiencia administrativa del Plan de Desarrollo	Terminar las dos obras restantes contempladas en el eje de eficiencia administrativa del Plan de Desarrollo
MR2. Garantizar un ambiente físico que permita la funcionalidad de los servicios	IR2. Áreas que requieren mantenimiento intervenidas / total de áreas que requieren mantenimiento.	Según plan de mantenimiento vigente.	>80%	>90%	>90%

MR3. Ser hospital seguro frente a desastres con servicios accesibles y funcionando inmediatamente después de un fenómeno destructivo	IR3. Cumplir normatividad nacional de hospital seguro frente a desastres	Según la evaluación índice seguridad hospitalaria el 25 de octubre de 2013 por el MSPS y OPS/OMS fue de 0.73 calificación A. Es probable que el hospital continúe funcionando en caso de desastres.	-	>90%	>90%
--	--	---	---	------	------

**PROGRAMA GESTIÓN DE LA INFORMACION Y LA TECNOLOGIA**

**OBJETIVO:** Modernizar la Infraestructura tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud y toma de decisiones.

META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES		
			2018	2019	2020
MR1. Definir actualización o cambio del software como mecanismo para Mantener la información Institucional actualizada y disponible.	IR1. Software actualizado o adquirido	El software institucional no está actualizado acorde a la normatividad vigente	1	-	-
MP1. Actualizar el hardware institucional	IP1. Equipos actualizados / Total de equipos	Se tienen 450 equipos en total de los cuales 130 obsoletos	130	160	160
MR2. Cumplir con los reportes de información solicitados por los entes de control	IR2. Oportunidad en el reporte de información.	La institución viene presentando los informes en los términos previstos y adjunta evidencia de la oportunidad en los mismos	100%	100%	100%

#### ANEXO H. Eje Estratégico 4. Gestión de Talento Humano

<b>EJE ESTRATÉGICO 4. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO</b>					
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO:</b> Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.					
<b>PROGRAMA COMPETENCIAS</b>					
<b>OBJETIVO:</b> Promover las competencias del personal de acuerdo con las necesidades de la Institución.					
META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES		
			2018	2019	2020
Guiar a los colaboradores en el desarrollo de las competencias requeridas, para cumplir los objetivos Institucionales con altos estándares de calidad, enfocados en los (7) siete ejes trazadores de acreditación.	Número de competencias potenciadas en los colaboradores de la Institución.	La resolución número 443 de 2017 (22 de junio de 2017).	3	2	2
Implementar el Plan Institucional de Capacitaciones (PIC), fortaleciendo los conocimientos, las competencias y las habilidades de los colaboradores independientemente de su tipo de vinculación.	Número de personas capacitadas / población objeto de la capacitación Número de capacitación ejecutadas / número de capacitaciones planeadas Número Capacitaciones evaluadas satisfactoriamente / Total de personas capacitadas	Plataforma Moodle Instructivo GTH-IN-04 Ver 3, para el seguimiento del cumplimiento de los estándares de gerencia del Talento Humano definidos en el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario La resolución número 443 de 2017 (22 de junio de 2017).	50%	60%	70%
Fortalecer de manera periódica y sistemática el proceso de inducción y reinducción del personal.	Número de colaboradores que recibieron inducción / número de trabajadores que ingresaron en el periodo	La resolución número 443 de 2017 (22 de junio de 2017). Plataforma Moodle Instructivo GTH-IN-04 Ver 3, para el seguimiento del cumplimiento de los estándares de gerencia del Talento Humano definidos en el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario	60%	70%	80%

**PROGRAMA MOTIVACIÓN**

**OBJETIVO:** Generar un clima organizacional que aumente la motivación de los colaboradores y logre que se mantengan condiciones laborales sanas y armoniosas.

META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES		
			2018	2019	2020
Fortalecer la comunicación asertiva y trabajo en equipo, generando identidad y sentido de pertenencia	Número de estrategias de comunicación implementadas.	GCO-MA-01 Manual Plan de Comunicaciones Institucionales ODI-P-04 Procedimiento Manejo de Comunicaciones Internas y Externas GII-GD-IN-01 Instructivo Comunicaciones Oficiales	1	1	1
Exaltar y reconocer sistemática y permanentemente el cumplimiento de objetivos y mejoramiento de los procesos.	Personal evaluado con calificación mayor o igual a nivel satisfactorio / Personal evaluado	Resolución de Bienestar laboral e Inventivos, mediante la resolución 434 de 2017. Instructivo GTH-IN-04 versión 3, para el seguimiento del cumplimiento de los estándares de gerencia del Talento Humano definidos en el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario.	50%	55%	>60%

**PROGRAMA CONDICIONES LABORALES**

**OBJETIVO:** Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores, mediante la mejora continua del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES		
			2018	2019	2020
Prevenir y minimizar la ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales, disminuyendo los índices entre un 5 % y 10 % de la línea base.	Índice De Frecuencia De Accidentes De Trabajo $IF AT = (No. Total de AT en el periodo / No. HHT periodo) \times k$ Proporción de prevalencia general de enfermedad laboral. PPGEP = No. de casos existentes reconocidos (nuevos y antiguos) de EL año / No promedio de trabajadores año	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo aprobado bajo la resolución 224 de 2017 de 16 de marzo de 2017, también cuenta con un plan de trabajo anual que contiene metas, objetivos, tareas, responsables y recursos, las matrices de riesgo de las áreas de la Institución e indicadores.	<2%	<3%	<4%
Contar con un Plan de Formalización Laboral de la ESE HUS	Plan de formalización laboral actualizado Porcentaje de cumplimiento del Plan de Formalización Laboral de la ESE HUS	Se cuenta con un estudio de la Reorganización Laboral para la vigencia 2013.	1	-	-
			-	-	-

### ANEXO I. Eje Estratégico 5. Gestión Financiera

EJE ESTRATÉGICO 5. GESTIÓN FINANCIERA						
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO:</b> Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.						
PROGRAMA ASEGURAR INGRESOS						
<b>OBJETIVO:</b> Consolidar la estructura financiera para garantizar la auto sostenibilidad financiera y competitividad						
META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES			
			2018	2019	2020	
Incrementar los ingresos por venta de servicios de alta complejidad.	Valor total facturación de servicios de alta complejidad / Valor total facturación	Reporte SIHO informe de producción (2193/2004). No disponible.	2%	5%	5%	
Mantener sin riesgo financiero la institución anualmente.	Superávit o déficit operacional total / Ingresos operacionales totales = >=0	No Aplica, la adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero (no es obligatorio para el hospital por no estar en riesgo medio o alto).	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	
Determinar viabilidad de otras formas de contratación para la venta de servicios	Estudio de viabilidad	No hay estudio	1	-	-	
Vender servicios de salud mediante la estrategia de redes	Total de venta de servicios mediante mecanismos de RED/Total de venta de servicios	No dispone de datos	2%	3%	5%	
PROGRAMA DISMINUIR COSTOS						
<b>OBJETIVO:</b> Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.						
META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES			
			2018	2019	2020	
Diseño de estrategias para la reducción del costo operativo y gasto administrativo buscando la eficiencia de los recursos.	N° de estrategias implementadas / N° de estrategias planificadas	no existen antecedentes	>70%	>80%	>80%	

**PROGRAMA FORTALECER RECAUDO**

**OBJETIVO:** Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.

META	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALORES		
			2018	2019	2020
Respaldar el presupuesto de la vigencia mediante el recaudo de ingresos	Recaudar por lo menos el 50% del presupuesto definitivo de la vigencia	El total de recaudo de la vigencia 2016 fue de 64%.	>50%	>50 %	>50 %
Fortalecer el proceso de cobro jurídico	N° de procesos iniciados / N° de Entidades Responsables de pago con cartera = o > 180 días	Se iniciara su medición en la vigencia 2018.	> 70%	>70 %	>70 %
Negociar con los acreedores a través de acuerdos de pago, conciliaciones, compra de cartera.	Valor total recaudado con acuerdos de pago, conciliaciones, compra de cartera / Total de cartera recaudada.	ra su medición en la vigencia 2018.	-	-	-

**ANEXO J. Proyección de Ventas 2017 - 2020**

PROYECCIÓN DE VENTAS 2017-2020								
FACTURACIÓN								
PLANES DE ATENCIÓN	2013	2014	2015	PROYECCIÓN				
				2016	2017	2018	2019	2020
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EPS	5.865.408.000	7.038.489.600	6.896.832.125	7.448.578.694	8.044.464.990	8.688.022.189	9.383.063.964	10.133.709.082
PLAN SUBSIDIADO DE SALUD EPS	71.393.910.000	85.672.692.000	105.201.384.251	113.617.494.991	127.251.594.389	142.521.785.716	159.624.400.002	178.779.328.002
SERVICIOS DE SALUD DE IPS PRIVADA	398.640.000	190.000.000	648.039.875	699.883.064	755.873.710	816.343.606	881.651.095	952.183.182
MEDICINA PREPAGADA	20.402.000	20.000.000	104.391.653	112.742.985	121.762.423	131.503.417	142.023.691	153.385.586
SERVICIOS DE SALUD CÍAS ASEGURADORAS	163.006.667	500.000.000	153.644.784	165.936.367	179.211.276	193.548.178	209.032.032	225.754.595

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p><b>PLAN DE DESARROLLO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2018-2020</b></p>	<p><b>Página: 100 de 107</b></p>
	<p><b>CODIGO: GD-GE-PL-02</b></p>	<p><b>Versión: 2</b></p>

PARTICULARES	149.873.000	200.000.000	279.263.877	301.604.987	325.733.386	351.792.057	379.935.422	410.330.255
--------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

La última versión de este documento estará disponible en la Intranet de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander.  
<http://www.hus.gov.co/xmartnet/index.htm> y será la única válida para su utilización.  
 Evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE DESARROLLO</b> <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL</b> <b>UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2018-2020</b>	Página: 101 de 107
	<b>CODIGO: GD-GE-PL-02</b>	<b>Versión: 2</b>

 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE DESARROLLO EMPRESA</b> <b>SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL</b> <b>UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2018-2020</b>	Página: 90 de 95
	<b>CODIGO: GD-GE-PL-02</b>	<b>Versión: 1</b>

SERVICIOS DE SALUD PUBLICAS	DE IPS	135.656.000	135.000.000	92.709.000	100.125.720	108.135.778	116.786.640	126.129.571	136.219.937
SERVICIOS DE SALUD ESPECIAL	DE RÉGIMEN	372.538.667	250.000.000	1.402.170.351	1.514.343.979	1.635.491.497	1.766.330.817	1.907.637.283	2.060.248.265
ACCIDENTES DE TRÁNSITO SOAT	DE	4.405.234.667	4.713.601.000	7.621.858.518	8.231.607.199	8.890.135.775	9.601.346.637	10.369.454.368	11.199.010.718
ATENCIÓN CON CARGO SUBSIDIO OFERTA	CON AL A LA	<b>12.344.448.667</b>	<b>9.407.160.000</b>	<b>14.787.924.780</b>	<b>15.970.958.762</b>	<b>16.609.797.113</b>	<b>17.274.188.997</b>	<b>17.965.156.557</b>	<b>18.683.762.820</b>

PROYECCIÓN DE VENTAS 2017-2020								
FACTURACIÓN								
PLANES DE ATENCIÓN	2013	2014	2015	PROYECCIÓN				
				2016	2017	2018	2019	2020
Secretarías de salud de otros Departamentos	985.826.667	1.100.000.000	880.417.002	950.850.362	988.884.377	1.028.439.752	1.069.577.342	1.112.360.435
Secretaría de Salud de Santander	11.358.622.000	8.307.160.000	13.907.507.778	15.020.108.400	15.620.912.736	16.245.749.246	16.895.579.216	17.571.402.384
ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES ARP	882.730.667	500.000.000	767.746.352	829.166.060	895.499.344	967.139.292	1.044.510.435	1.128.071.270
RECLAMACIONES FOSYGA ECAT	27.866.667	93.000.000	40.666.044	43.919.328	47.432.874	51.227.504	55.325.704	59.751.760
RECLAMACIONES FOSYGA TRAUMA MAYOR Y DESPLAZADOS	536.774.667	1.300.000.000	759.582.798	820.349.422	885.977.376	956.855.566	1.033.404.011	1.116.076.332
OTRAS CUENTAS POR COBRAR	220.939.000	360.000.000	36.318.998	39.224.517	42.362.479	45.751.477	49.411.598	53.364.523

La última versión de este documento estará disponible en la Intranet de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander.  
<http://www.hus.gov.co/xmartnet/index.htm> y será la única válida para su utilización.  
 Evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

CUOTAS DE RECUPERACIÓN	1.277.494.667	500.000.000	1.018.194.239	1.099.649.778	1.187.621.760	1.282.631.501	1.385.242.021	1.496.061.382
TOTAL FACTURADO	<b>98.194.923.333</b>	<b>110.879.942.600</b>	<b>139.810.727.642</b>	<b>150.995.585.853</b>	<b>166.981.094.170</b>	<b>179.675.189.819</b>	<b>193.358.237.445</b>	<b>208.108.290.178</b>
<p>JAVIER ANDRÉS ZARATE CAICEDO <b>Profesional universitario Facturación</b></p>								

**ANEXO K. Proyección de Recaudo 2017 - 2020**

<b>RECAUDO APLICADO POR VIGENCIAS</b>					
<b>VIGENCIA</b>	<b>VIGENCIA ACTUAL</b>	<b>PORCENTAJE DE RECAUDO</b>	<b>VIGENCIA ANTERIOR</b>	<b>PORCENTAJE DE RECAUDO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>AÑO 2017</b>	48.526.061.986,09	45%	58.892.569.476,83	55%	107.418.631.462,92
<b>AÑO 2016</b>	57.646.075.573,24	59%	40.125.493.296,28	41%	97.771.568.869,52
<b>AÑO 2015</b>	67.609.314.092,09	63%	39.042.636.805,41	37%	106.651.950.897,50
<b>TOTALES</b>	<b>173.781.451.651,42</b>		<b>138.060.699.578,52</b>		<b>311.842.151.229,94</b>
<b>RECAUDO PROYECTADO A 2020 POR VIGENCIAS</b>					
<b>VIGENCIA</b>	<b>VIGENCIA ACTUAL</b>	<b>PORCENTAJE DE RECAUDO</b>	<b>VIGENCIA ANTERIOR</b>	<b>PORCENTAJE DE RECAUDO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>AÑO 2017</b>	48.526.061.986,09	45%	58.892.569.476,83	55%	107.418.631.462,92
<b>AÑO 2018</b>	52.408.146.944,98	45%	63.603.975.034,98	55%	116.012.121.979,95
<b>AÑO 2019</b>	56.600.798.700,58	45%	68.692.293.037,77	55%	125.293.091.738,35
<b>AÑO 2020</b>	61.128.862.596,62	45%	74.187.676.480,80	55%	135.316.539.077,42
<b>TOTALES</b>	<b>170.137.808.242,17</b>		<b>206.483.944.553,55</b>		<b>376.621.752.795,72</b>

Fuente: Proceso de cartera



**ANEXO L. Iniciativas Asociadas al Objetivo**

<b>EJES</b>	<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<b>INICIATIVAS ASOCIADAS AL OBJETIVO</b>
estión de Buen Gobierno	1: Mejorar la percepción y la confianza de los usuarios en la gestión institucional.	<p>Excelencia Gobierno Digital - Transparencia y acceso a la información</p> <p>Racionalización de Trámites (tramites en línea)</p> <p>SARLAFT</p> <p>Alianza de Usuarios</p> <p>Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)</p> <p>Gestión y Reconocimiento Ambiental (tecnologías limpias – cero papel)</p> <p>PGIRASA (Res 103/16)</p> <p>Señalización (señalética)</p> <p>Enfoque Diferencial</p> <p>Sistema Integrado de Planeación y Gestión</p> <p>Modelo Estándar de Control Interno (MECI)</p>
2. Eje Misional - Prestación servicios	2.: Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud.	<p>Institución IAMI</p> <p>Respeto a la intimidad y confidencialidad de los usuarios, consejería y apoyo emocional (Los servicios priorizados)</p> <p>Madre Canguro</p> <p>Contigo - (Humanización - Oncología)</p> <p>Banco de Leche Materna</p> <p>Red pública del departamento</p> <p>Actividades de promoción y prevención desde la alta complejidad</p> <p>Potenciar la alta complejidad</p> <p>Atención integral de cáncer</p> <p>Ampliación número de unidades de cuidado intensivo e intermedio</p> <p>Unidad Cuidado Intensivo neonatal y pediátrica</p> <p>Intensificar la Cirugía Cardiovascular, Hemodinámica y Cardiología Intervencionista</p> <p>Trasplantes. - Donación de Órganos</p> <p>Atención integral Nutricional (OES). Excelencia en nutrición hospitalaria</p> <p>Seguridad del paciente</p>
	3: Aportar a la solución de problemas de salud de mediana y alta complejidad mediante la generación de conocimiento y la innovación.	<p>Innovación para la detección de patologías hematooncológicas</p> <p>Innovación tecnológica</p> <p>Adecuación de condiciones de calidad vigentes</p> <p>Implementación de medio de Información para la difusión de los estudios realizados por sus grupos de investigación</p> <p>Grupos de investigación</p> <p>Optimizar servicios existentes</p>
3. Eficiencia Administrativa	4: Alcanzar Estándares superiores de calidad en la	<p>Acreditación</p> <p>Adecuación infraestructura</p>



	prestación de los servicios de salud.	<p>Dotación</p> <p>Sistema de Información</p> <p>Programa de Auditoria para Mejoramiento de la Calidad</p> <p>Herramienta tecnológica apoyo para la acreditación y al mejoramiento continuo</p> <p>Gestión Documental</p>
	5: Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	<p>Plan Maestro Institucional</p> <p>Programa Medico Arquitectónico fase I</p> <p>Morgue Institucional</p> <p>Central de Mezclas - farmacia de alta complejidad</p> <p>Adecuación Lactario</p> <p>Dotación de equipos, reactivos y dispositivos médicos para el desarrollo de procedimientos</p> <p>Infraestructura- servicios alta complejidad</p> <p>Big Data</p> <p>Protocolo de internet IPv6</p> <p>Seguridad de la Información - Habeas Data (Habeas Data ley 1581/12 y decreto 1377/13 ley de protección de datos.)</p> <p>Mantenimiento de la Planta física</p> <p>Mantenimiento de equipos biomédicos</p> <p>Inventario y renovación de Equipos</p> <p>Adquisición de tecnología biomédica a partir de la matriz de priorización</p> <p>Telemedicina</p>
Gestión de Talento Humano	6: Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.	<p>Plan de Formación y capacitación</p> <p>Transformación cultural</p> <p>Programa de Bienestar Laboral</p> <p>Incentivos</p> <p>Inducción y Re inducción</p> <p>Evaluación de Desempeño</p> <p>Manual de funciones y competencias</p> <p>Selección del talento humano</p> <p>Referenciación</p> <p>Eficiencia Convenios docente asistenciales</p> <p>Programa preparación y respuesta a emergencias y desastres</p> <p>Programa de Convivencia</p> <p>Programa Riesgos Ocupacionales</p> <p>Estudio viabilidad financiera y presupuestal para la incorporación del personal misional en planta</p>
5. Gestión Financiera	7: Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.	<p>Software integral (costos, cartera, facturación, historia clínica, inventarios, contabilidad, farmacia, nomina, tesorería, etc.)</p> <p>Mercadeo</p> <p>Portafolio de Servicios (Venta de servicios)</p>

## **ANEXO M. Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030**

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son un conjunto de 17 objetivos y 169 **metas** destinadas a resolver los problemas sociales, económicos y ambientales que aquejan al mundo, cubriendo los próximos 15 años (**2015- 2030**).

Objetivos con los cuales tiene alguna relación las actividades que realiza la ESE HUS.

**Objetivo 3 Salud:** Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

En 2015, la tasa mundial de mortalidad materna fue de 216 muertes por cada 100.000 nacimientos. Para lograr la meta de este Objetivo, que establece que en 2030 haya menos de 70 fallecimientos, la tasa de reducción de la mortalidad debe ser de al menos un 7,5%, más del doble de la media registrada entre 2000 y 2015. La mayoría de las muertes maternas pueden prevenirse. En 2016, el 78% de los nacidos vivos en todo el mundo se beneficiaron de atención cualificada durante el parto, frente al 61% en 2000

**META** Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil

- 3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos
- 3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos

**Objetivo Salud.** Las muertes prematuras (antes de los 70 años de edad) debidas a enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas o diabetes alcanzaron unos 13 millones en 2015, lo que representa el 43% de las muertes prematuras en todo el mundo. De 2000 a 2015, el riesgo de morir entre los 30 y los 70 años de edad por una de esas cuatro causas disminuyó del 23% al 19%, por lo que de seguir a este ritmo no se cumplirá la meta de reducción de esas muertes en un tercio antes de 2030.

**Meta:** Enfermedades no transmisibles y salud mental

- 3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar

**Objetivo salud.** sistemas de Salud y Financiación. En 2015, el total de fondos oficiales para la investigación médica y la salud básica de todos los países donantes y las organizaciones multilaterales ascendió a 9700 millones de dólares, lo que representa un aumento en términos reales del 30% desde 2010. De ese importe, los países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE aportaron 4300 millones de dólares.

**Meta:** 3.c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo

**Objetivo 5:** Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas

Las mujeres todavía están insuficientemente representadas en puestos directivos. En la mayoría de los 67 países que disponen de datos, entre 2009 y 2015 menos de un tercio de los puestos directivos superiores e intermedios estaban ocupados por mujeres.

**Meta:** 5.5 Asegurar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles decisorios en la vida política, económica y pública

**Meta:** 5.c Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles

**Objetivo 7:** Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos

La proporción de la energía renovable respecto al consumo final de energía aumentó ligeramente de 2012 a 2014, del 17,9% al 18,3%. La mayor parte de ese aumento correspondió a fuentes de energía como la



hidroeléctrica, la solar y la eólica. Las dos últimas aún constituyen una proporción relativamente menor del consumo, a pesar de su rápido crecimiento en los últimos años. El desafío consiste en aumentar el uso de energía renovable en sectores como el de la calefacción y el transporte, que en conjunto representan el 80% del consumo energético mundial.

**Metas:**

- 7.1 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a servicios energéticos asequibles, fiables y modernos
- 7.2 De aquí a 2030, aumentar considerablemente la proporción de energía renovable en el conjunto de fuentes energéticas
- 7.3 De aquí a 2030, duplicar la tasa mundial de mejora de la eficiencia energética

**Objetivo 10:** Reducir la desigualdad en y entre los países.

**Metas:**

- 10.3 Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto