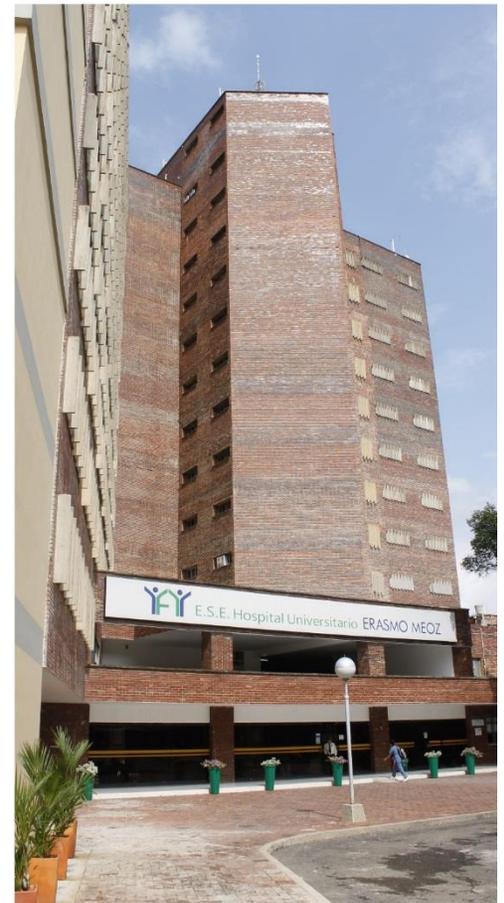




E.S.E. Hospital Universitario  
ERASMO MEOZ

# PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2016 - 2020



## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>1. OBJETIVOS</b> .....	3
<b>1.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	3
<b>1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	3
<b>2. MARCO NORMATIVO</b> .....	4
<b>3. METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL</b> .....	0
<b>4. MARCO CONTEXTUAL</b> .....	2
<b>4.1 CONSTRUCCIÓN Y FUNCIONAMIENTO</b> .....	2
<b>4.2 AREA DE INFLUENCIA</b> .....	4
<b>5. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO</b> .....	6
<b>5.1 DIMENSIÓN EXTERNA</b> .....	6
<b>5.1.1 Análisis del sector – Red Prestadora</b> .....	6
5.1.2. Oferta de servicios de salud .....	8
<b>5.1.2 Análisis de la población</b> .....	0
<b>5.1.3 Afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</b> .....	4
<b>5.1.5 Perfil epidemiológico</b> .....	8
<b>5.1.5.1 Perfil epidemiológico nacional</b> .....	8
<b>5.1.5.2 Perfil epidemiológico departamental</b> .....	11
<b>5.1.5.4 Perfil epidemiológico municipal - Cúcuta</b> .....	22
<b>5.1.5.5. Análisis de mercado - competencia</b> .....	25
<b>5.2. DIMENSIONES INTERNAS</b> .....	26
<b>5.2.1 Oferta de servicio según capacidad instalada</b> .....	27

<b>5.2.2 Oferta de servicio según capacidad disponible de recursos humanos.....</b>	<b>30</b>
<b>5.2.3 Producción de servicios .....</b>	<b>31</b>
.....	35
<b>5.2.4 Aspectos judiciales .....</b>	<b>35</b>
<b>5.2.5 Aspectos financieros.....</b>	<b>37</b>
<b>5.2.6 Estructura organizacional .....</b>	<b>43</b>
<b>5.2.7 Talento humano.....</b>	<b>44</b>
<b>6. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....</b>	<b>46</b>
<b>6.1 MISION .....</b>	<b>46</b>
<b>6.2 VISION.....</b>	<b>46</b>
<b>6.3 PROPUESTA DE VALOR.....</b>	<b>46</b>
<b>6.4 VALORES INSTITUCIONALES .....</b>	<b>46</b>
<b>6.4.1 Éticos.....</b>	<b>46</b>
<b>6.4.2 Legales .....</b>	<b>48</b>
<b>6.4.3 Culturales .....</b>	<b>49</b>
<b>6.5 PRINCIPIOS INSTITUCIONALES .....</b>	<b>50</b>
<b>6.6 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS .....</b>	<b>51</b>
<b>6.7 MATRIZ ESTRATEGICO – TACTICA.....</b>	<b>52</b>
<b>6.8 PRINCIPALES POLÍTICAS INSTITUCIONALES .....</b>	<b>53</b>
<b>6.8.1 Política de seguridad del paciente .....</b>	<b>53</b>
<b>6.8.2 Política de humanización .....</b>	<b>53</b>
<b>6.8.3 Política de calidad .....</b>	<b>54</b>
<b>6.8.4 Política institucional.....</b>	<b>54</b>
<b>6.8.5 Política de gestión del riesgo .....</b>	<b>54</b>



## INTRODUCCIÓN

La planeación estratégica desde el contexto teórico, posee diferentes autores en la administración, y se entiende como el proceso por el cual la alta dirección visualiza el futuro y desarrolla estrategias para su logro.

Durante los últimos cuatro años, el Hospital Universitario Erasmo Meoz, ha venido mejorando su posicionamiento como centro de referencia, prestando servicios de salud que mejoran la calidad de vida de la población norte santandereana y generando confianza en los usuarios y demás actores del sector. Continuando con la búsqueda de la excelencia, consolida este documento como eje orientador del actuar institucional; sobre su lineamiento debe construirse cualquier iniciativa que promueva el mejoramiento y avance institucional.

La E.S.E. formula el plan estratégico 2016-2020, el cual se encuentra organizado en una matriz estratégico táctico operacional que se da como resultado de un diagnóstico realizado al sector y a la institución, teniendo en cuenta políticas Nacionales y Departamentales que se puntualizan en proyectos y programas aplicables en el tiempo y enmarcado por el periodo de gestión de la dirección.

Este ejercicio de planeación, abarca a toda la institución, por lo tanto, la comunidad hospitalaria debe comprometerse para que el resultado final de su implementación sea exitoso. Aunque, el documento tiene una proyección a cuatro (4) años, durante su ejecución, la oficina asesora de planeación realiza monitoreo y recibe de parte de los diferentes servicios a través de sus líderes y coordinadores sugerencias para realizar las modificaciones pertinentes en procura del logro de los objetivos estratégicos previstos y de re-direccionar o implementar acciones que respondan oportunamente a los cambios del sector.

El gran desafío no se encuentra en la formulación, sino en lograr alinear toda la organización hacia el propósito de alcanzar un objetivo común.



## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GENERAL**

Establecer el direccionamiento institucional durante el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2016 y marzo 31 de 2020, para el logro de la visión de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Consolidar la información institucional (externa e interna) que sirve de insumo para la lectura del entorno y definición del direccionamiento estratégico institucional.
- Identificar las estrategias en busca del aseguramiento de la gestión por procesos en la E.S.E H.U.E.M., que consoliden los proyectos a trabajar durante el periodo gerencial.
- Ser la herramienta principal de despliegue del direccionamiento estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.
- Servir de insumo para la elaboración y evaluación de planes operativos anuales acorde a las fases y metas establecidas por vigencia.



## 2. MARCO NORMATIVO

NORMA	OBJETO	ARTÍCULO	PROCEDENCIA
Constitución Política de Colombia	Por el cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.	Capítulo 2 De los planes de desarrollo  Artículo 339 Artículo 342	Congreso de la República de Colombia
Ley 152 de 1994	Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo	Artículos 2 a 7, 13 a 17, 19, 20, 21, 22, 25 a 28, 31 a 34, 36 a 41, 44, 45, 56, 48, 50.	Congreso de la República
Decreto Ley 1298 de 1994	Por el cual se expide el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Artículo 119, 121	Ministerio de Salud
Decreto 1876 de 1994	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.	Artículos 11 y 24	Presidencia de la Republica
Decreto 139 de 1996	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 y se adiciona el Decreto número 1335 de 1990.	Toda	Ministerio de Salud
Decreto 4923 de 2011	Por el cual se garantiza la operación del Sistema General de Regalías.	Artículo 41	Presidencia de la República

### 3. METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Para la construcción del Plan de Desarrollo Institucional se definió como metodología de trabajo la ejecución de cinco (5) etapas, que son:



1. **Alistamiento institucional:** Teniendo en cuenta que la fase de alistamiento consiste en la preparación institucional para la elaboración del Plan de Desarrollo se definió el equipo responsable de la formulación del mismo; el cual, fue liderado por el Asesor de Planeación de la E.S.E H.U.E.M, quien designa los profesionales de planeación encargados de apoyar las tareas.

Este equipo realiza la revisión y ajuste de procedimientos, metodologías y formatos institucionales vigentes, relacionados con la construcción de PDI. Una vez realizada la revisión documental, se determina y socializa la metodología para la construcción del PDI a la alta dirección de la E.S.E. H.U.E.M.

2. **Planeación estratégica:** Como parte de la planeación estratégica, se realiza la validación de la plataforma estratégica de manera participativa con la comunidad hospitalaria y se ajusta la plataforma estratégica de la Institución, la cual incluye visión, misión, propuesta de valor, principios y valores como orientadores del direccionamiento estratégico de la institución.
3. **Formulación estratégica:** Se consolida el diagnóstico estratégico que incluye el análisis de la dimensión externa e interna de la Institución, así como la matriz DOFA definitiva para la toma de decisiones institucionales.
4. **Estructuración del PDI:** Con la información consolidada, el análisis de la matriz DOFA, la identificación y priorización de proyectos ejecutada con los representantes de la alta dirección (gerente, subgerentes, asesores, líderes, coordinadores, entre otros), se consolida el documento del PDI (2016-2020) y se presenta ante la alta dirección con el objetivo de ser revisado y ajustado. Una vez aprobado el documento del PDI por la gerencia, se programa

reunión ante la Junta Directiva de la E.S.E. H.U.E.M, para su respectiva presentación.

5. **Aprobación del PDI:** Se realiza la sustentación del documento Plan de Desarrollo 2016 - 2020 ante los miembros la Junta Directiva de la E.S.E. H.U.E.M. Con la viabilidad del mismo, se aprueba y adopta para su socialización y ejecución.
6. **Plan de Desarrollo Institucional:** El documento de plan de desarrollo incluye además del documento análisis, el anexo con la matriz estratégico – táctica. Con su aprobación, se realiza la socialización ante asesores, subgerentes y líderes, los cuales harán lo propio con los funcionarios a su cargo, disponiendo de los elementos necesarios para poner en marcha cada uno de los proyectos definidos.  
Así mismo, la E.S.E para garantizar su ejecución, realiza el despliegue a través de los planes de acción institucionales para cada vigencia.



## **4. MARCO CONTEXTUAL**

El Hospital Erasmo Meoz es producto de la Ley 39 de 1969 por medio de la cual se implementó el Plan Hospitalario Nacional, fue autorizada su creación como ente jurídico mediante ordenanza de la Honorable Asamblea Departamental el día 2 de diciembre de 1986, posteriormente el decreto 293 expedido por la Gobernación del Departamento el 2 de abril de 1987, reglamentó su constitución.

La institución debe su nombre al Doctor Erasmo Meoz Wills, quien después de culminar sus estudios en medicina, regresó a la ciudad y comenzó a ejercer su profesión correspondiéndole la atención de los enfermos de fiebre amarilla, tras la epidemia que se presentó en 1884, que causó numerosos muertos. Su labor abnegada, gentil, humanitaria y desinteresada mereció el reconocimiento para que el hospital, llevara su nombre.

### **4.1 CONSTRUCCIÓN Y FUNCIONAMIENTO**

La construcción del hospital se inició en marzo de 1972 en un lote donado por el municipio de Cúcuta y duró 15 años.

La obra fue asesorada por el Fondo Nacional Hospitalario, llevada a cabo por el consorcio DARIO M. DAMATO y GUSTAVO VELA & CIA LTDA y los acabados los realizó la firma de Alfredo E. Vargas Ramírez por contrato de administración delegada; la administración técnica estuvo a cargo del arquitecto Gustavo Álvarez Gutiérrez, quien además se encargó del proyecto de dotación y organización del hospital.

El hospital inicia sus labores en forma escalonada:



- El 15 de octubre de 1987, atendiendo la demanda en medicina general en 36 centros y puestos de salud de su entonces denominada área de influencia.
- El 19 de noviembre de 1987, se apertura el departamento de ginecobstetricia con 65 camas.
- El 4 de enero de 1988, el departamento de pediatría inició su atención con 63 camas.
- El 28 de marzo de 1988, inició labores medicina interna con 42 camas.
- El 30 de marzo del mismo año, inicia el servicio de cirugía general con 105 camas.

A mediados de 1988 quedaron habilitadas 325 camas.

Un año después de su entrada en funcionamiento (1988) la planta de personal del hospital, ascendía a 1100 funcionarios, siendo la mayor parte de sus trabajadores los que laboraban en el antiguo hospital San Juan de Dios; también se vinculó al personal de la clínica infantil Teresa Briceño de Andressen y del hospital sanatorio Amelia

La ley 43, de diciembre 31 de 1973, por medio de la cual la Nación se asocia al primer centenario de la reconstrucción de la ciudad de Cúcuta, en su artículo 7º plantea: “El Gobierno Nacional impulsará la terminación de las siguientes obras actualmente en ejecución:

- a) Construcción y dotación del Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta cuya edificación fue comenzada en 1973 mediante contrato entre la Nación, el Departamento Norte de Santander y la Beneficencia de Norte de Santander  
..”



Fue autorizada su creación como ente jurídico mediante ordenanza 019 de la Honorable Asamblea Departamental el día 2 de diciembre de 1986 con el nombre del Doctor Erasmo Meoz. Posteriormente, el decreto 000293 expedido el 2 de abril de 1987 por la Gobernación del Departamento, reglamentó su constitución.

En la década de los 90 y de conformidad con lo dispuesto en la ordenanza 00060 del 29 de diciembre de 1995 emanada por la Asamblea departamental, se transformó en la Empresa Social del Estado Hospital Erasmo Meoz, una entidad pública descentralizada del orden departamental con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico de los artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

En noviembre 27 de 2003, mediante ordenanza 00038, la Honorable Asamblea del Departamento Norte de Santander modificó la denominación de la entidad quedando de la siguiente forma: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ, tal como se conoce en la actualidad.

## **4.2 AREA DE INFLUENCIA**

El Hospital Universitario Erasmo Meoz es una institución de tercer nivel, la cual realiza atenciones de mediana y alta complejidad en el Departamento de Norte de Santander.

Como entidad de mediana complejidad, le corresponde atender los municipios de Cúcuta y su área metropolitana, Arboledas, Salazar, Santiago, Lourdes, Villacaro, Gramalote, Tibú, Sardinata, Bucarasica y El Tarra.

Para los servicios alta complejidad, el área de influencia es la totalidad de los Municipios del Departamento.



Así mismo, la institución tiene influencia en departamentos vecinos como Arauca, Santander, Cesar, Boyacá y el Estado Táchira (Venezuela).



## 5. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

### 5.1 DIMENSIÓN EXTERNA

En este capítulo se hará un análisis del sector, de la población atendida, perfil epidemiológico y análisis del mercado - competencia.

#### 5.1.1 Análisis del sector – Red Prestadora

En Norte de Santander se encuentran habilitadas 131 IPS públicas, 356 privadas y 884 independientes.

El 83.2% de las IPS públicas son de primer nivel de atención. La E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, es la institución con mayor nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Cúcuta, siendo la principal entidad de referencia en todo el Departamento.

Para la vigencia 2015, en toda la red de servicios existía una disponibilidad de 1.5 camas por cada 1.000 habitantes. Se cuenta con un total de 137 ambulancias, de las cuales 20 son medicalizadas. La disponibilidad de ambulancia es de 1 por cada 10.000 habitantes.

Basados en el documento Rediseño, reorganización y modernización de la Red Pública Departamento, elaborado por el Instituto Departamental de Salud, se tiene que la red de pública de prestadores de servicios de salud en Norte de Santander está constituida por el conjunto y la totalidad de instituciones prestadoras de servicios de salud, de diferentes niveles de atención y grados de complejidad, organizadas por sub-redes y micro-redes, con cobertura sobre los cuarenta municipios que constituyen la entidad territorial y por un conjunto de subsistemas de apoyo y de interrelaciones para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

En el departamento se cuenta con tres (3) subredes ubicadas en tres polos de desarrollo como son Cúcuta, Ocaña y Pamplona.



La primera de ellas a la sub-red centro-oriental del departamento, que incluye a la capital del departamento (Cúcuta) y los municipios de su área de influencia, la sub-red Occidental que incluye al Municipio de Ocaña y los municipios de su área de influencia, y la sub-red Sur que cubre el municipio de Pamplona y los municipios del área de influencia ubicados en el sur del departamento.

Los municipios que abarca la sub-red centro oriental son: Cúcuta, Arboledas, Bucarasica, El Zulia, Gramalote, Los Patios, Lourdes, Puerto Santander, Salazar, San Cayetano, Santiago, Sardinata, Tibú, Villa Caro y Villa del Rosario. Cuenta con una (1) E.S.E de alta complejidad el Hospital Universitario Erasmo Meoz, una (1) de mediana complejidad especializada el Hospital Mental y seis (6) E.S.Es de baja complejidad. Sin embargo, dado el hecho de que no se dispone en Cúcuta de una I.P.S de mediana complejidad general, la misma es asumida por la E.S.E Erasmo Meoz para ésta subred, para el resto del departamento la E.S.E H.U.E.M. funge como de alta complejidad; además cuenta con cinco (5) unidades básicas y 61 I.P.Ss.

La sub-red Occidental cubre los municipios: Ocaña, Hacarí, Teorama, San Calixto, La Playa, La Esperanza, Cáchira, Abrego, Convención y El Carmen; cuenta con cuatro (4) E.S.Es de baja complejidad y como Hospital de mediana complejidad actúa el Hospital Emiro Quintero C., se complementa la infraestructura de esta subred con 24 I.P.S entre centros y puestos de salud, 11 de los cuales pertenecen a la E.S.E Emiro Quintero.

Para la sub-red Sur incluye los municipios de: Pamplona, Cácuta, Pamplonita, Cucutilla, Mutiscua, Chitagá, Silos, Toledo, Labateca, Durania, Ragonvalia, Bochalema, Chinácota y Herrán; como Hospital de mediana complejidad existe el Hospital San Juan de Dios de Pamplona y general la sub-red Sur dispone, de un hospital de II nivel y tres hospitales de baja complejidad, la infraestructura de la subred se complementa con 14 I.P.S entre puestos y centros de salud.

En la red se identifican diez (10) EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEPARTAMENTALES: 1 de mediana-alta complejidad, 2 de mediana complejidad general, 1 Especializada en salud mental, 1 Especializada en Rehabilitación, 5 de baja complejidad y Seis (6) EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO MUNICIPALES: Imsalud, Jorge Cristo Sahium, Juan Luis Londoño, Joaquín E. Escobar, Isabel Celis y Hospital Local Los Patios.



En el Departamento, se encuentran habilitados los servicios de acuerdo al registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS), con la siguiente distribución:

NATURALEZA DE LA IPS	COMPLEJIDAD	REGIONAL						NORTE DE SANTANDER
		CENTRO	NORTE	OCCIDENTAL	ORIENTAL	SUR OCCIDENTAL	SUR ORIENTAL	
Privada	Baja		59	317	1016	109	21	1522
	Media		18	132	991	85	8	1234
	Alta			4	137	1		142
Total Privada			77	445	2109	195	28	2854
Pública	Baja	140	155	435	718	128	232	1808
	Media		31	49	80	22	27	209
	Alta			2	27			29
Total Pública		140	186	486	825	150	259	2046
Total general		140	263	931	2934	345	287	4900

**Tabla 1:** Servicios habilitados en el departamento. SISPRO - REPS

### 5.1.2. Oferta de servicios de salud

En el siguiente cuadro se observa la estructura de la capacidad instalada para el sector oficial informada en SIHO para el año 2014, destacando el tercer nivel de atención que está relacionado con el de la institución.

CONCEPTO	NACIONAL (AÑO 2014)	
	CANTIDAD	III NIVEL
Cama de hospitalización	25.982	7.367
Cama de observación	8.054	1.254
Consultorio de consulta externa	9.884	793
Consultorios en el servicio de urgencias	1.934	131
Sala de quirófanos	565	179



Mesa de partos	1.305	38
Número de unidades de odontología	4.055	47

**Tabla 2:** Capacidad instalada a nivel nacional (III nivel) – SIHO

Analizada la oferta de servicio, se encuentra que por cada diez mil habitantes existen aproximadamente 5.3 camas para el sector oficial a nivel nacional (año 2014), 6 camas para el Departamento Norte de Santander y 8.4 camas para el municipio de Cúcuta (año 2015). La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz contribuye con el 67.87% de las camas disponibles en el municipio de Cúcuta.

CONCEPTO	NORTE DE SANTANDER (AÑO 2015)		
	DEPARTAMENTO	HUEM	CÚCUTA
Camas de hospitalización	816	376	554
Camas de observación	281	95	132
Consultorios de consulta externa	246	19	102
Consultorios en el servicio de urgencias	79	5	26
Salas de quirófanos	14	9	9
Mesas de partos	67	2	9
Número de unidades de odontología	122	0	44

**Tabla 3:** Gestión de Hospitales Públicos - SIHO

Al realizar una revisión general de las camas de observación (servicio de urgencias), se encuentra que la E.S.E. H.U.E.M. equivale a aproximadamente el 72% de la oferta del Municipio.

A nivel municipal se observa que la oferta de sala de quirófano en el sector público está cubierta en el 100% por la E.S.E. H.U.E.M.



De acuerdo a la información del plan de Desarrollo Departamental, se cuenta con una capacidad instalada habilitada en el REPS, así:

GRUPO	CONCEPTO	REGIONAL						
		CENTRO	NORTE	OCCIDENTAL	ORIENTAL	SUR OCCIDENTAL	SUR ORIENTAL	NORTE DE SANTANDER
Ambulancias	Básica	16	16	23	36	12	14	117
	Medicalizadas			4	14	2		20
Total ambulancias		16	16	27	50	14	14	137
Apoyo terapéutico	Sillas de hemodiálisis				104			104
	Sillas de Quimioterapia				112			112
Total apoyo terapéutico					216			216
Camas	Adultos	2	17	77	942	33	5	1076
	Cuidado Mental Agudo				17			17
	Cuidado neonatal básico				21			21
	Cuidado Adulto Intensivo			6	151			157
	Cuidado Neonatal Intensivo			5	58			63
	Cuidado Pediátrico Intensivo			2	19			21
	Cuidado Adulto Intermedio			4	48			52
	Cuidado Mental Intermedio				35			35

GRUPO	CONCEPTO	REGIONAL						
		CENTRO	NORTE	OCCIDENTAL	ORIENTAL	SUR OCCIDENTAL	SUR ORIENTAL	NORTE DE SANTANDER
	Cuidado Intermedio Neonatal			5	28			33
	Cuidado Intermedio Pediátrico			2	6			8
	Farmacodependencia				20			20
	Obstetricia	5	4	41	132	17	5	204
	Pediátrica	2	10	36	185	12	5	250
	Psiquiatría			45	38			83
	<b>Total camas</b>	<b>9</b>	<b>31</b>	<b>223</b>	<b>1700</b>	<b>62</b>	<b>15</b>	<b>2040</b>
Salas	Partos	6	7	13	17	8	10	61
	Procedimientos	0	0	2	22	1	0	25
	Quirófano			9	64	4		77
	<b>Total salas</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>24</b>	<b>103</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>163</b>

Tabla 4: SISPRO - REPS



### 5.1.2 Análisis de la población

El Ministerio de Salud y Protección Social utiliza para el sector salud, la clasificación de la población bajo el concepto de ciclo vital, definido como:

- Primera infancia (0 a 5 años)
- Infancia (6 a 11 años)
- Adolescencia (12 a 18 años)
- Juventud (14 a 26 años)
- Adultez (27 a 59 años)
- Persona mayor (60 años o más) envejecimiento y vejez

No obstante lo anterior, el DANE publica la población proyectada en una clasificación diferente al ciclo vital, la cual se tendrá como referencia para el análisis dentro del Plan de Desarrollo Institucional dada la disponibilidad de los datos.

Tal como se observa en el cuadro siguiente, la población total del país para los años del periodo 2016-2020 oscilará entre los 48.7 y 50.9 millones de habitantes, con una estructura porcentual por género de 49.4% y 50.1% para hombres y mujeres respectivamente.

Grupo de edad	2016			2017			2018			2019			2020		
	Total	Hombres	Mujeres												
0 a 4 años	4.335.151	2.218.206	2.116.945	4.348.076	2.225.023	2.123.053	4.359.358	2.231.050	2.128.308	4.367.826	2.235.794	2.132.032	4.373.565	2.239.292	2.134.273
5 a 14 años	8.529.047	4.359.525	4.169.522	8.527.112	4.359.379	4.167.733	8.533.238	4.363.200	4.170.038	8.543.295	4.368.936	4.174.359	8.554.413	4.375.171	4.179.242
15 a 29 años	12.649.981	6.453.757	6.196.224	12.689.993	6.476.097	6.213.896	12.717.393	6.489.996	6.227.397	12.735.709	6.498.767	6.236.942	12.745.832	6.502.995	6.242.837
30 a 59 años	17.691.052	8.524.416	9.166.636	17.973.470	8.674.903	9.298.567	18.253.295	8.826.956	9.426.339	18.528.773	8.978.736	9.550.037	18.797.159	9.128.132	9.669.027
60 y más años	5.542.477	2.513.131	3.029.346	5.752.958	2.602.345	3.150.613	5.970.956	2.694.594	3.276.362	6.198.875	2.791.096	3.407.779	6.440.778	2.893.374	3.547.404
<b>TOTAL</b>	<b>48.747.708</b>	<b>24.069.035</b>	<b>24.678.673</b>	<b>49.291.609</b>	<b>24.337.747</b>	<b>24.953.862</b>	<b>49.834.240</b>	<b>24.605.796</b>	<b>25.228.444</b>	<b>50.374.478</b>	<b>24.873.329</b>	<b>25.501.149</b>	<b>50.911.747</b>	<b>25.138.964</b>	<b>25.772.783</b>
% participación sexo		49,37	50,63		49,38	50,62		49,38	50,62		49,38	50,62		49,38	50,62

Ilustración 1: Grupo de edad 2016 - 2020. DANE



Las poblaciones que presentan mayor aumento durante los años, son los grupos poblacionales de edad mayor y al permanecer constantes e iguales los grupos poblacionales menores de 14 años, se evidencia un crecimiento de la población en la etapa de adultez, lo cual implica desarrollar políticas y acciones para atender esta población.

A continuación se presenta la distribución porcentual por grupo de edad para los años contemplado en el periodo 2016-2020, donde se observa el mayor peso de la población en los grupos de edad de 30 a 59 años y 15 a 29 años.

Grupo de edad	Años				
	2016	2017	2018,00	2019	2020
0 a 4 años	8,89	8,82	8,75	8,67	8,59
5 a 14 años	17,50	17,30	17,12	16,96	16,80
15 a 29 años	25,95	25,74	25,52	25,28	25,04
30 a 59 años	36,29	36,46	36,63	36,78	36,92
60 y más años	11,37	11,67	11,98	12,31	12,65
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100,00</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Ilustración 2: Distribución porcentual por grupo de edad 2016 - 2020. DANE

La población del Departamento Norte de Santander tiene una participación en promedio del 2.79% con relación a la población total del país en cada uno de los años del periodo del Plan Institucional.

Para el año 2016 y el año 2020, la población proyectada oscila entre 1.3 y 1.4 millones de habitantes, equivalente a un crecimiento anual del 1.10% de la población.

Grupo de edad	2016			2017			2018			2019			2020		
	Total	Hombres	Mujeres												
0 a 4 años	126.546	64.793	61.753	126.733	64.982	61.751	127.060	65.217	61.843	127.597	65.506	62.091	128.426	65.923	62.503
5 a 14 años	253.173	128.832	124.341	250.985	127.642	123.343	249.247	126.722	122.525	247.768	125.991	121.777	246.268	125.319	120.949
15 a 29 años	371.418	189.861	181.557	373.427	191.019	182.408	374.630	191.704	182.926	375.163	191.969	183.194	375.121	191.853	183.268
30 a 59 años	470.439	226.681	243.758	477.398	230.149	247.249	484.311	233.715	250.596	491.029	237.292	253.737	497.486	240.853	256.633
60 y más años	146.132	67.547	78.585	150.990	69.613	81.377	155.991	71.711	84.280	161.138	73.876	87.262	166.536	76.139	90.397
<b>TOTAL</b>	<b>1.367.708</b>	<b>677.714</b>	<b>689.994</b>	<b>1.379.533</b>	<b>683.405</b>	<b>696.128</b>	<b>1.391.239</b>	<b>689.069</b>	<b>702.170</b>	<b>1.402.695</b>	<b>694.634</b>	<b>708.061</b>	<b>1.413.837</b>	<b>700.087</b>	<b>713.750</b>
% participación sexo		49,55	50,45		49,54	50,46		49,53	50,47		49,52	50,48		49,52	50,48

Ilustración 3: Grupo de edad por año 2016 - 2020. DANE

En el departamento el grupo poblacional con mayor población y peso es el de 30 a 59 años con 34.80% en promedio, siguiéndole en orden de mayor a menor el de 15 a 29 años con un promedio de 26.89% y el de 5 a 14 años con promedio de 17.94%; los porcentajes crecen en los grupos de edad más alto y disminuyen en los grupos de edad menores.



En la participación por géneros se observa el predominio de la población femenina con el 50.4% frente al 49.6% de la masculina, más equilibrada que la nacional que registraría el 50.6% y 49.4% para mujeres y

hombres respectivamente. La tasa estimada de crecimiento es del 0.86% por debajo del promedio nacional del 1.16%, proyectándose un mayor crecimiento en la población femenina, 0.89% frente a 0.86% de la masculina.

A continuación se presenta la distribución porcentual por grupos de edad para los años 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020.

GRUPO DE EDAD	AÑOS				
	2016	2017	2018	2019	2020
0 a 4 años	9,25	9,19	9,13	9,10	9,08
5 a 14 años	18,51	18,19	17,92	17,66	17,4
15 a 29 años	27,16	27,07	26,93	26,75	26,5
30 a 59 años	34,40	34,61	34,81	35,01	35,2
60 y más años	10,68	10,95	11,21	11,49	11,8
<b>TOTAL</b>	100	100	100	100	100

Tabla 5: Distribución porcentual por grupo de edad. DANE

El Departamento, presenta un índice de concentración de población en sus cabeceras municipales de 79.2%, mayor que la nación que reporta 76.9%. En sus municipios, la mayor concentración se presenta en Los Patios con el 97.12 %, seguido por Cúcuta, Villa del Rosario, Pamplona y Puerto Santander, con 96.64%, 95.70%, 95.41% y 92.95% respectivamente. El municipio más rural es La Playa con 92.54%, seguido por Hacarí, Teorama, Bucarasica y La Esperanza, con el 88.41%, 87.56%, 86.76% y 85.33% respectivamente.

La participación de los municipios respecto a la población rural arroja que para un total de 292.234 habitantes estimados para la zona rural, la mayor participación la tiene Tibú con 22.961 habitantes que representan el 7.86%. Le siguen Cúcuta con 22.682, Ábrego con 21.343 y Teorama con 20.472, para una participación de 7.76%, 7.30%, 7.01% respectivamente. Es de anotar que todos ellos tienen un crecimiento positivo tanto urbano como rural.

ÍNDICE DEMOGRÁFICO	AÑO		
	2010	2015	2020
Población total	1.297.951	1.355.787	1.413.837
Población Masculina	643.893	671.970	700.087
Población femenina	654.058	683.817	713.750
Relación hombres : mujer	98,45	98,27	98
Razón niños : mujer	38	36	35
Índice de infancia	31	28	27
Índice de juventud	27	27	27
Índice de vejez	9	10	12
Índice de envejecimiento	30	37	44
Índice demográfico de dependencia	59,50	54,43	52,41
Índice de dependencia infantil	49,25	43,56	40,39
Índice de dependencia mayores	10,25	10,86	12,02
Índice de Friz	165,75	155,17	141,35

**Tabla 6:** Indicadores de Estructura Demográfica en el Departamento Norte de Santander. Años 2010, 2015, 2020. DANE

El municipio de Cúcuta tiene una población estimada para el año 2016 de 656.380 habitantes y para el año 2020 llegará a 680.568 habitantes, con tasa de crecimiento anual del 1%. El peso porcentual por género es del 48.36% y 51.647% para hombres y mujeres respectivamente, levemente diferente la composición que para el departamento y la nación.

La población del municipio de Cúcuta representa el 1.34% del total del país y el 48.05% de la población del departamento.

Los grupos poblacionales que mayor crecimiento van a tener son los de 30 a 59 años y 60 años y más, durante el periodo analizado; mientras que los grupos de 0 a 4 años y 15 a 29 años lo harán en menor proporción; la disminución de la población se observa en el grupo de 5 a 14 años. En el siguiente cuadro se observa la población por grupos de edad y genero al igual que la participación porcentual.

Grupo de edad	2016			2017			2018			2019			2020		
	Total	Hombres	Mujeres												
0 a 4 años	55.993	28.683	27.310	56.062	28.753	27.309	56.209	28.853	27.356	56.455	28.989	27.466	56.804	29.160	27.644
5 a 14 años	115.760	58.547	57.213	114.832	58.054	56.778	114.065	57.650	56.415	113.396	57.317	56.079	112.707	56.991	55.716
15 a 29 años	179.597	90.255	89.342	180.736	90.975	89.761	181.527	91.479	90.048	181.952	91.751	90.201	182.038	91.797	90.241
30 a 59 años	233.870	108.690	125.180	237.207	110.350	126.857	240.449	112.024	128.425	243.604	113.725	129.879	246.643	115.431	131.212
60 y más años	71.160	31.278	39.882	73.836	32.353	41.483	76.588	33.446	43.142	79.424	34.569	44.855	82.376	35.760	46.616
<b>TOTAL</b>	<b>656.380</b>	<b>317.453</b>	<b>338.927</b>	<b>662.673</b>	<b>320.485</b>	<b>342.188</b>	<b>668.838</b>	<b>323.452</b>	<b>345.386</b>	<b>674.831</b>	<b>326.351</b>	<b>348.480</b>	<b>680.568</b>	<b>329.139</b>	<b>351.429</b>
% participación sexo		48,36	51,64		48,36	51,64		48,36	51,64		48,36	51,64		48,36	51,64

**Ilustración 4:** Grupo de edad 2016 - 2020. DANE

En términos porcentuales el grupo que mayor porcentaje de población abarca es el de 30 a 59 años con un promedio de 35.94%, siguiéndole en orden de mayor a menor el grupo de 15 a 29 años con 27.10%, el de 5 a 14 años con 17.08%, 60 años y más con 11.46%, y por último el grupo de 0 a 4 años con un porcentaje de participación promedio de 8.42%. Los porcentajes de población por grupos de edad y años se presentan a continuación:

Grupo de edad	Años				
	2016	2017	2018	2019	2020
0 a 4 años	8,53	8,46	8,40	8,3658	8,35
5 a 14 años	17,64	17,33	17,05	16,804	16,6
15 a 29 años	27,36	27,27	27,14	26,963	26,7
30 a 59 años	35,63	35,80	35,95	36,099	36,2
60 y más años	10,84	11,14	11,45	11,769	12,1
<b>TOTAL</b>	100	100	100	100	100

Tabla 7: Porcentaje de población por grupo de edad 2016 - 2020. DANE

Se proyecta un aumento de la concentración de población en el área metropolitana de Cúcuta, estimándose para el 2019, 892,732 habitantes representando el 63.6% del total departamental. Le siguen la subregiones Occidental con 246.761 (17.6%), Suroccidental con 83.941 (6.0%), Norte con 75.495 (5.4%), Suroriental con 61.802 (4.4%) y Centro con 41.964 (3.0%), siendo la subregión Centro la única que decrece, además de tener una población flotante de cerca de 2.626 personas que habitaban en el destruido casco urbano de Gramalote, y que reside temporalmente en otros municipios.

En el orden municipal, Cúcuta mantiene su preponderancia con 674,831 habitantes participando con el 48.11%. Le siguen Ocaña con 101.158 (7.21%), Villa del Rosario con 96.953 (6.91%), Los Patios con 80.235 (5.72%), Pamplona con 58.975 (4.20%), Ábrego con 39,443 (2.81%) y Tibú con 37.286 (2.66%).

### 5.1.3 Afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Según la base de datos del Ministerio de Salud y Protección Social, a 31 de enero de 2016 se encontraban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud 46.662.942 personas, observando que el porcentaje de afiliaciones para el régimen

subsidiado representa un 49.89% del total, 45.41% para el régimen contributivo y 4.70% para el régimen de excepción:

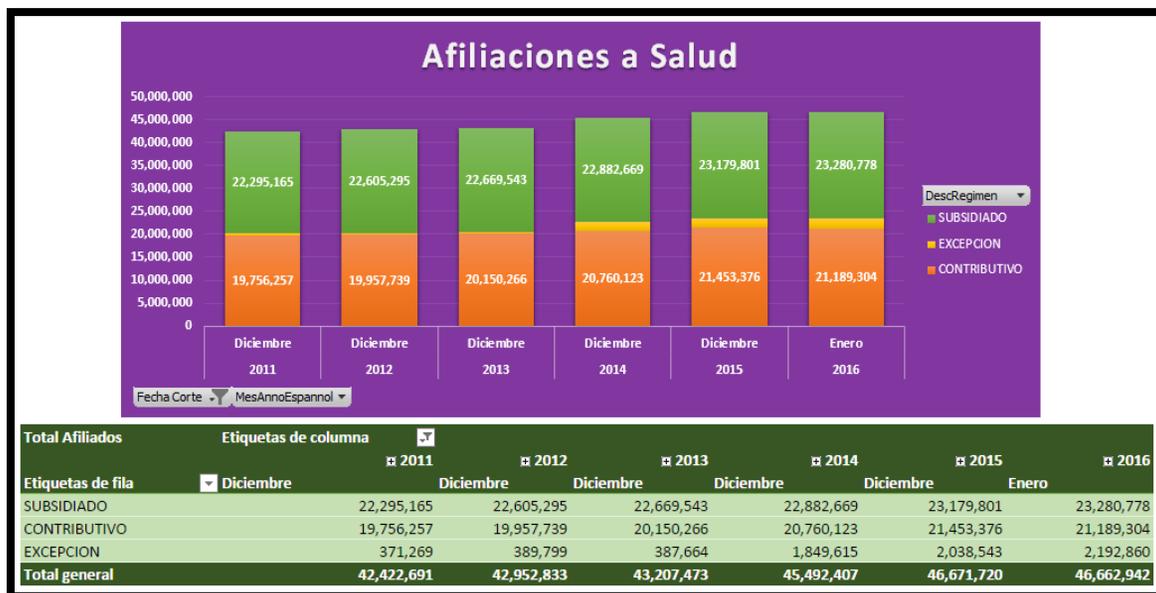
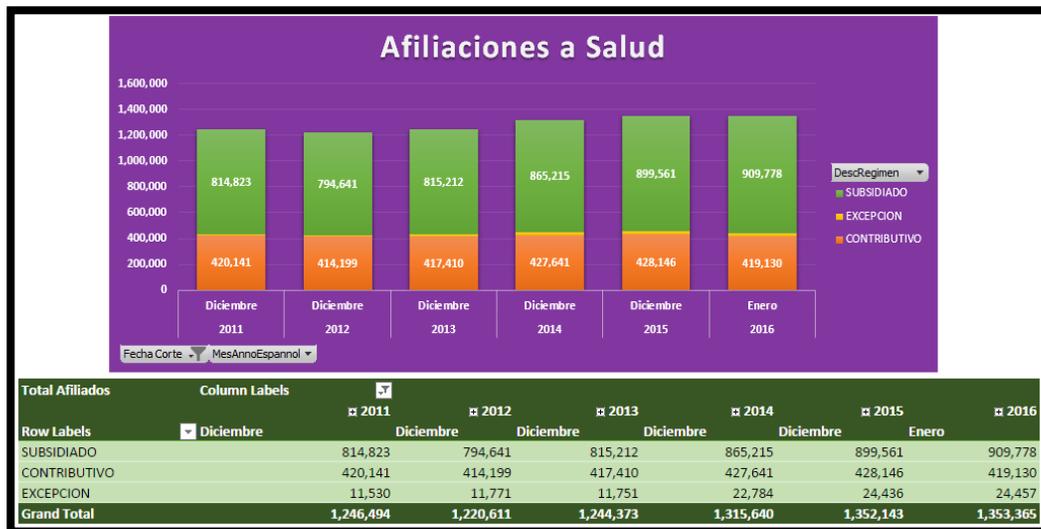


Ilustración 5: Afiliaciones a salud en Colombia 2011 - 2016. SISPRO

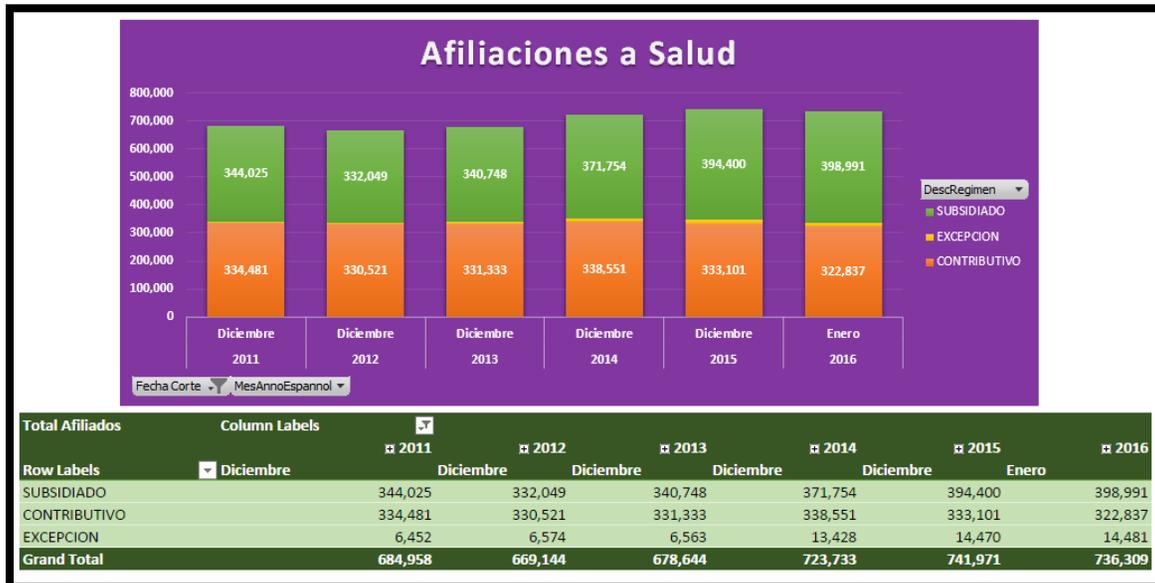
Para el Departamento Norte de Santander la población afiliada a 31 de enero de 2016 alcanzaba la cantidad de 1.353.365 personas; la cobertura de afiliación alcanzada por el régimen subsidiado es del 67.22%, del régimen contributivo y de excepción del 30.97% y 1.81% respectivamente.



**Ilustración 6:** Afiliaciones a salud en Norte de Santander 2011 - 2016. SISPRO

De la población proyectada por el DANE para el municipio de Cúcuta para el año 2015 (650.011 habitantes), se observa que se encuentran afiliadas 736.309 personas, que representan un porcentaje de afiliación por encima del 100%, lo que permite inferir a falta del censo real, que existe un número significativo de población flotante y migrante en la ciudad, creando condiciones sociales y económicas emergentes.

De la población afiliada al SGSSS en el Municipio de Cúcuta la población subsidiada participa con 54.19%, el contributivo con un 43.85% y la población con régimen de excepción con 1.97%.



**Ilustración 7:** Afiliación en salud del municipio de Cúcuta. SISPRO

De acuerdo con la información suministrada por la oficina de Aseguramiento del Instituto Departamental de Salud, las EPS COMPARTA, SALUDVIDA, CAFESALUD, del régimen subsidiado tienen la mayor participación de inscritos a enero de 2016 en el Departamento Norte de Santander con 185.268, 175.714, 139.415, 111.160 y 107.546 personas respectivamente que representan el 20,36%, 19,31%, 15,32%, 12,22% y 11,82% que participan con un 80% de los afiliados, las demás EPSs tienen porcentajes poco significativos.

Para el régimen contributivo, a la fecha no se encontró información actualizada que sirva de insumo para el análisis estratégico. No obstante, en consideración a que la población objeto de la E.S.E es la perteneciente al régimen subsidiado, se considera que lo documentado aporta información relevante para la definición de líneas de acción.

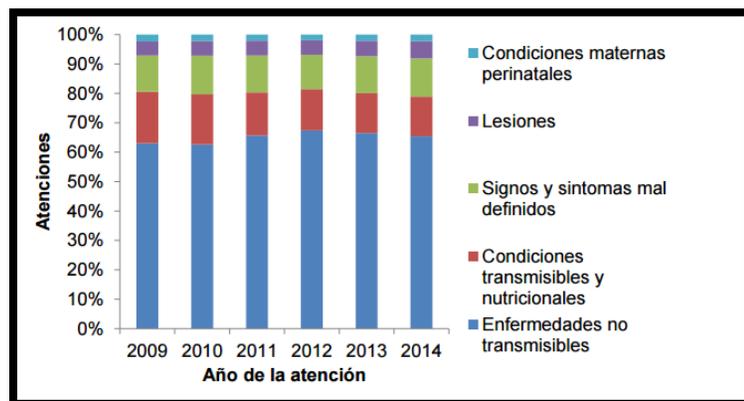
## 5.1.5 Perfil epidemiológico

### 5.1.5.1 Perfil epidemiológico nacional

- **Mortalidad atendida.**

A partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2009 y diciembre de 2014 se atendieron en Colombia 39.877.245 personas y se prestaron 485.691.520 atenciones, es decir una persona recibió alrededor de 12 atenciones.

En promedio, se prestaron 80.948.587 atenciones, con una desviación estándar de 18.317.628. El 65,45% (317.869.181) de las atenciones se prestó por enfermedades no transmisibles para una razón de 10 atenciones por persona, seguidas de las condiciones



**Ilustración 8:** Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 27 de noviembre de 2015.

transmisibles y nutricionales a las que se atribuyó el 14,73% (71.547.998) de las atenciones para una razón de 4 atenciones por persona. En tercer lugar, los signos y síntomas mal definidos generaron el 12,50% (60.717.445) de las atenciones y una razón de 3 atenciones por persona. Las lesiones causaron el 5,20% (25.248.090) de las atenciones con una razón de 3 atenciones por persona. Finalmente, las condiciones maternas y perinatales causaron el 2,12% (10.308.806) de las atenciones, con una razón de 4 atenciones por persona. En general todas las causas han mostrado tendencia al incremento lo cual puede ser indicador del aumento en la demanda de los servicios; sin embargo, también es necesario tener en cuenta que la fase de fortalecimiento del sistema de información por la que

estamos pasando, ha incrementado el uso de los datos existentes en las fuentes oficiales de información para la toma de decisiones y esto ha motivado el aumento del reporte de los RIPS al ministerio para alimentar la base de datos.

- **Mortalidad**

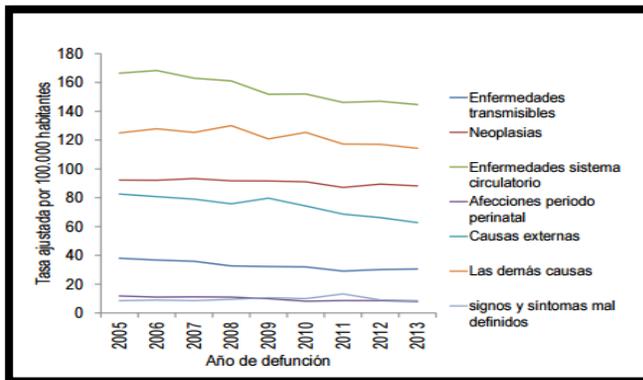


Ilustración 10: Causas de muerte 2005 - 2013

Entre 2005 y 2013 la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio, y aunque han seguido una tendencia descendente en el tiempo pasando de 166,43 a 144,65 muertes por cada 100.000 habitantes, causaron el 29,92% (529.190) de las

defunciones y el 16,13% (7.016.833) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). El grupo de las demás causas que se consolida como una agrupación de diagnósticos residuales, conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes mellitus (E10-E14), las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76), entre otras, produjo el 24,26% (429.122) de las muertes y el 20,42% (8.881.858)

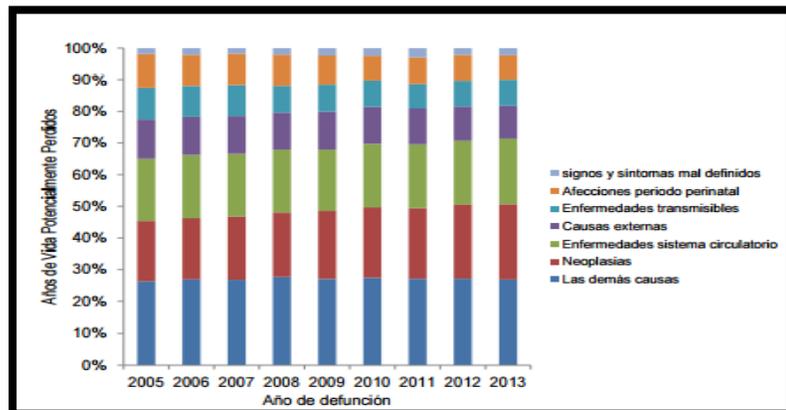
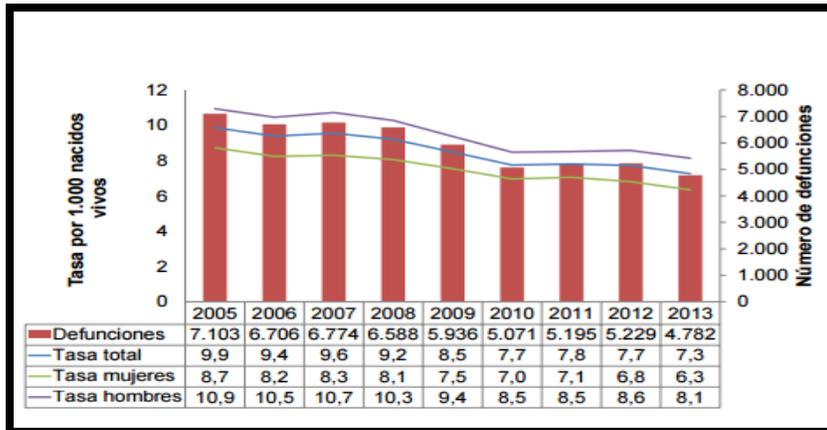


Ilustración 9: Años de vida potencialmente perdidos 2005 - 2013.

del total de AVPP. En tercer lugar, las neoplasias aportaron un 17,79% (314.665) de las muertes y el 14,53% (6.320.239) de los AVPP. Las causas externas constituyen la cuarta causa de muerte con un 16,79% (296.969) del total de la mortalidad en el periodo, y aunque no son la primera causa de deceso, son las que mayor número de AVPP generan: en efecto, durante el periodo 2005-2013 aportaron el 30,51% (13.267.720) de todos los AVPP y a pesar de experimentar una reducción del 25%, para 2013 se generaron 2.719,97 AVPP por cada 100.000 habitantes. Las enfermedades transmisibles produjeron el 6,82% (120.592) de las muertes y después de las afecciones originadas en el periodo perinatal, fueron las que mayor reducción en AVPP mostraron, con un 27% pasando, de una tasa ajustada por edad de 1.099,78 a 797,47. Las afecciones originadas en el periodo perinatal produjeron el 2,43% (42.906) de los decesos y el 7,98% (3.471.519) de los AVPP.



**Ilustración 12:** Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos. Colombia, 2005-2013. Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE.

La mortalidad neonatal es componente de la mortalidad infantil, en Colombia aporta el 62% de las muertes ocurridas antes del año de vida. Entre 2005 y

2013, de 6.214.695 nacidos vivos, se produjeron 53.384 muertes neonatales, para un promedio anual de 5.932 muertes y una desviación estándar de 881; el número de muertes osciló entre 4.782 y 7.103, para un rango de 2.321. Las tasas de mortalidad neonatal disminuyeron en 2,61 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo

cual es equivalente a una reducción del 26,4%; su tendencia fue similar en ambos sexos, siendo entre un 21% y un 29% mayor en hombres que en mujeres.

### 5.1.5.2 Perfil epidemiológico departamental

Para el Departamento Norte de Santander se tomó como referencia textual del documento “Análisis de Situación de Salud – Departamento Norte de Santander 2015”, así:

Falta la fuente

- **Morbilidad atendida**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	44,93	44,71	43,31	45,38	41,48	38,86	-2,62
	Condiciones materno perinatales *	1,04	1,15	1,1	1,36	0,85	1,25	0,4
	Enfermedades no transmisibles	31,21	29,09	32,44	31,85	34,97	35,33	0,36
	Lesiones	5,23	4,96	5,26	4,48	5,3	5,43	0,14
	Signos y síntomas mal definidos	17,58	20,08	17,89	16,93	17,41	19,13	1,72
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	35,53	33,41	30,84	28,72	27,28	26,81	-0,48

**Ilustración 13:** Principales causas de morbilidad, Norte de Santander. Año 2009 - 2014.

La principal causa de morbilidad en el departamento para el grupo de menores de 5 años son las condiciones transmisibles y nutricionales, las cuales abarcaron el 45.38% del total de las atenciones realizadas en este grupo poblacional durante el 2014. Su tendencia ha sido al aumento comparada con años anteriores.

Las enfermedades no transmisibles ocupan la primera causa de morbilidad en los demás ciclos vitales, observándose una proporción que oscila entre el 61 y 79% del

total de las atenciones realizadas durante el 2012 en cada grupo poblacional. La tendencia ha sido al aumento durante los últimos 4 años. Los grupos proporcionalmente más afectados son el de adultez y personas mayores.

Es importante mencionar que la proporción de atenciones cuyo diagnóstico corresponde a signos y síntomas mal definidos oscila entre el 9% y 22% en para cada ciclo vital y se mantiene durante los años evaluados, lo cual incide notoriamente en la real situación de morbilidad atendida en el Departamento, sugiriendo

	Enfermedades no transmisibles	43,03	43,13	47,81	52,25	50,89	49,14	-1,75
	Lesiones	5,34	5,33	5,84	4,42	5,23	5,58	0,36
	Signos y síntomas mal definidos	16,07	18,12	15,46	14,59	16,57	18,37	1,8
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	25,42	23,82	21,1	19,75	17,84	18,11	0,27
	Condiciones materno perinatales *	1,76	1,71	1,77	1,74	1,8	2,09	0,29
	Enfermedades no transmisibles	50,85	51,09	54,98	58,68	57,86	54,42	-3,44
	Lesiones	5,87	5,86	5,79	4,63	5,37	6,68	1,31
	Signos y síntomas mal definidos	16,1	17,52	16,36	15,2	17,13	18,7	1,57
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,13	19,96	17,6	16,56	15,87	16,34	0,47
	Condiciones materno perinatales *	3,77	3,85	4,03	3,74	3,74	3,93	0,18
	Enfermedades no transmisibles	54,32	53,92	56,53	60,82	58,99	55,79	-3,2
	Lesiones	5,57	5,97	6,08	4,61	5,51	7,05	1,54
	Signos y síntomas mal definidos	15,2	16,29	15,75	14,27	15,89	16,9	1,01
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,4	13,64	13,01	11,92	11,89	12,36	0,47
	Condiciones materno perinatales *	1,27	1,23	1,3	1,22	1,17	1,17	0
	Enfermedades no transmisibles	65,1	66,5	67,27	70,76	69,43	67,16	-2,27
	Lesiones	5,17	5,19	5,18	4,08	4,73	5,71	0,98
	Signos y síntomas mal definidos	13,06	13,44	13,24	12,01	12,78	13,6	0,82
Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,84	8,99	9,28	8,56	7,82	8,45	0,62
	Enfermedades no transmisibles	74,29	77,42	76,66	78,91	78,93	76,03	-2,9
	Lesiones	4,6	4,04	4,14	3,41	3,69	4,94	1,25
	Signos y síntomas mal definidos	10,27	9,54	9,92	9,12	9,56	10,59	1,03

Ilustración 14: SISPRO. REPS

estrategias que favorezcan el mejoramiento del diagnóstico y la codificación a nivel de causas de atención.

De acuerdo con la información suministrada por el Plan de Desarrollo Departamental y el Instituto Departamental de Salud para el eje temático “SALUD PARA LA PRODUCTIVIDAD”, la tendencia de los eventos de alto costo se refleja en la siguiente matriz:

Evento	Colombia	Norte de Santander	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	0,07	0,25	-	-	-	-	-	-	-	↗	-	↘
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	0,16	0,16	-	-	-	-	-	-	-	↗	-	↘
Tasa de incidencia de VIH notificada	11,57	9,97	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,50	2,64	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘	-	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años)	2,48	0,71	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	-

**Ilustración 15:** Tendencia de los eventos de alto costo, año 2006 - 2015. Plan de Desarrollo Departamental y el Instituto Departamental de Salud.

Así mismo, se identifica que la Prevalencia de eventos precursores en población de 18 a 69 años, se describen así:

Evento	Colombia	Norte de Santander	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalencia de diabetes mellitus	1,51	1,67	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	-	↘
Prevalencia de hipertensión arterial	6,60	4,23	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↘

**Ilustración 16:** Prevalencia de eventos precursores en población de 18 a 69 años. SISPRO

La prevalencia por diabetes mellitus fue del 1.7 % durante el 2014, la cual ha venido en aumento durante los últimos cuatro años. Comparada con el nivel nacional, no existen diferencias significativas.

La prevalencia de hipertensión arterial para el 2014 fue del 4.2 %, y su tendencia durante los últimos dos años ha sido al aumento. La prevalencia de HTA está por debajo de la observada en el país (6.6%) pero sin diferencias importantes.

Según el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad del DANE, durante los años 2009 a 2014 se han registrado 26688 personas en situación

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	11702	43,85
El sistema nervioso	10704	40,11
Los ojos	10837	40,61
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	679	2,54
Los oídos	960	3,60
La voz y el habla	4030	15,10
La digestión, el metabolismo, las hormonas	3801	14,24
El sistema genital y reproductivo	347	1,30
La piel	159	0,60
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	156	0,58
Ninguna		0,00
Total	26688	

**Ilustración 17:** Tipo de discapacidad. SISPRO

de discapacidad con algún tipo de alteración permanente, de las cuales el 50.2% corresponde a hombres y el 49.7% a mujeres; La alteración permanente más representativa es aquella relacionada con el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas (43.8%), seguida por alteraciones del sistema nervioso (40.1%) y la

ceguera parcial o total (40.6%). La mayoría de los casos corresponden a población perteneciente a los estratos uno y dos, principalmente con ningún nivel educativo o apenas con algún grado de primaria.

Tomando como referencia la información presente en el Plan de Desarrollo del Departamento, se realiza para Norte de Santander una priorización de la morbilidad evidente en la siguiente tabla:

MORBILIDAD	CAUSA DE MORBILIDAD PRIORIZADA	NORTE DE SANTANDER (ÚLTIMA VIGENCIA DISPONIBLE)
<b>Por grandes causas</b>	Enfermedades No transmisibles	55% – 65%
<b>Específica por subgrupos</b>	Deficiencias Nutricionales (primera infancia – población mayor de 60 años)	51.6% – 55.2%
	Condiciones Orales (infancia, adolescencia, juventud)	27.9% - 42.1%
	Enfermedades Musculo-Esqueléticas (adultez)	15.7%
	Enfermedades Cardiovasculares (personas mayores de 60 años)	27.4%
	Traumatismos, envenenamientos u algunas consecuencias de causas externas	88% - 92,6%
<b>Eventos de alto costo</b>	Incidencia de VIH notificada **	11,6 x cada 100.000 habitantes
<b>Eventos precursores</b>	Prevalencia de Diabetes Mellitus	1,7%
<b>Eventos de Notificación Obligatoria</b>	Letalidad por Leptospirosis	5,56%
	Letalidad por Meningitis Tuberculosa	33,33%
	Letalidad por Tuberculosis	5,26%

MORBILIDAD	CAUSA DE MORBILIDAD PRIORIZADA	NORTE DE SANTANDER (ÚLTIMA VIGENCIA DISPONIBLE)
	Letalidad por intoxicaciones (plaguicidas, fármacos, Metanol, metales pesados, solventes, otras sustancias químicas, monóxido y otros gases, sustancias psicoactivas)	0,97%
	Letalidad por Dengue	0,00%

Ilustración 18: Causa de morbilidad priorizada. Plan de Desarrollo Departamental

- **Mortalidad**

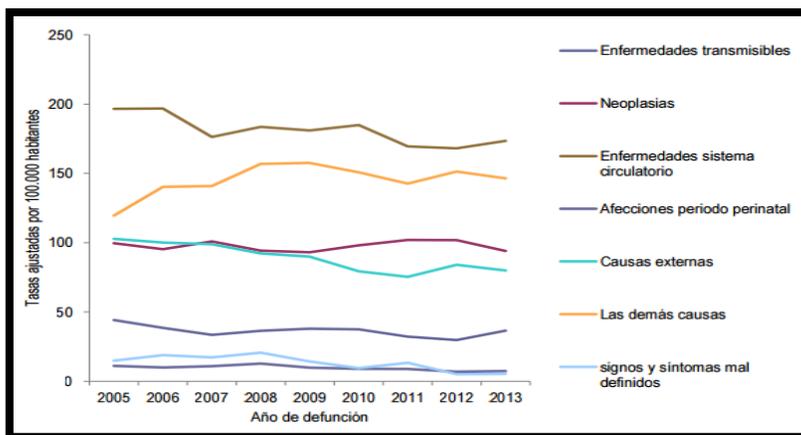


Ilustración 19: Tasa de mortalidad ajustada por edad en Norte de Santander, 2005 – 2013. DANE.

Para el análisis de mortalidad se tomaron como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Este análisis está desagregado por

cada quinquenio y sexo en el periodo comprendido del 2005 al año disponible (2013). El análisis de mortalidad general por grandes causas se hizo por la estimación y ajuste de tasa por edad según el método directo. A nivel general, el grupo de causas que presentan mayor tasa de mortalidad ajustada por edad en el departamento Norte de Santander son las enfermedades del sistema circulatorio,

cuya tendencia ha sido a la disminución durante el periodo evaluado, pasando de 196.6 a 173 muertes por cada 100.000 habitantes entre 2005 y 2013; En segundo lugar se encuentra el grupo de “demás causas”, observándose un comportamiento al aumento, pasando de 119 a 146 muertes por cada 100.000 habitantes entre los años anteriormente mencionados, siendo los años con mayor tasa 2008 y 2009. El tercer lugar lo ocupan las neoplasias de comportamiento variable durante los años 2005 a 2008 (oscilando entre 94 y 101 muertes por cada 100.000 habitantes), teniendo un leve descenso en 2009, pero aumentando durante los años 2010 y 2013, ubicándose en 94 muertes por cada 100.000 habitantes para este último año.

El grupo de causas que presenta mayor tasa de mortalidad ajustada por edad en el género masculino son las enfermedades del sistema circulatorio, cuya

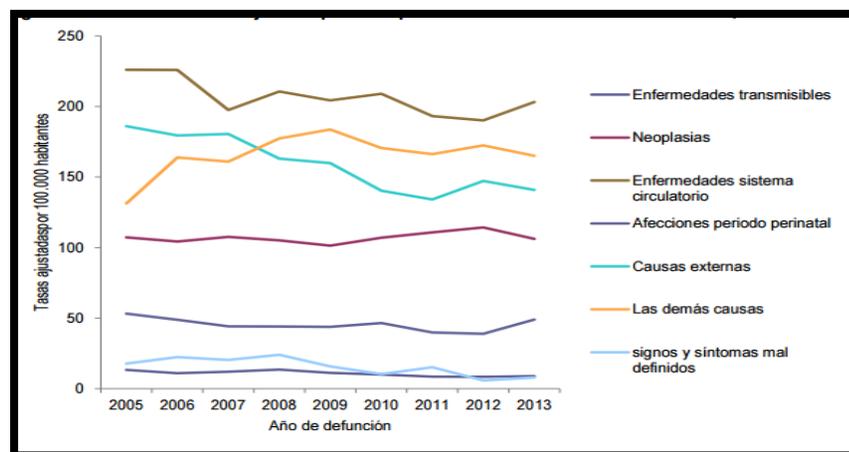
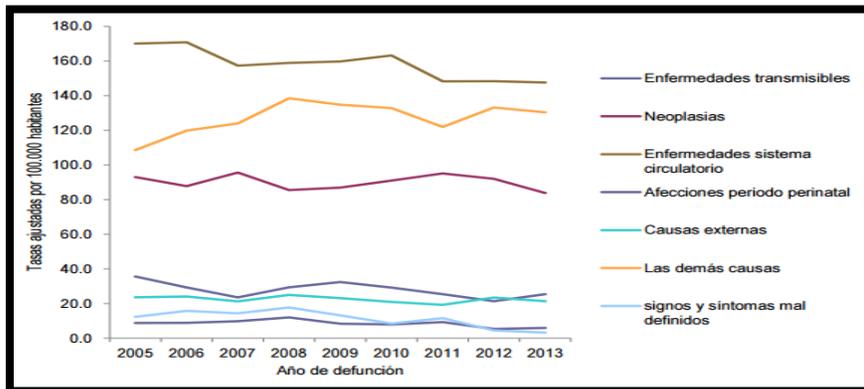


Ilustración 20: Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres en Norte de Santander, 2005 – 2013. DANE.

tendencia ha sido a la disminución durante el periodo evaluado, pasando de 226 en 2005 a 203 muertes por cada 100.000 hombres en 2013; en segundo lugar está el grupo de “demás causas”, cuyo comportamiento ha sido al aumento, pasando de 131.3 a 165 muertes por cada 100.000 hombres durante los años analizados, siendo el 2009 el año con mayor tasa (183.6 defunciones por cada 100.000 hombres). En el tercer lugar están las causas externas, cuya tendencia es a la disminución, evidenciándose un descenso significativo a partir del año 2007, pasando de 186 a 140 defunciones por cada 100.000 hombres en el 2013.



**Ilustración 21:** Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres en Norte de Santander, 2005-2013. DANE.

El grupo de causas que presenta mayor tasa de mortalidad ajustada por edad en el género femenino son las enfermedades el

sistema circulatorio,

cuya tendencia ha sido a la disminución durante el periodo 2005 a 2013, pasando de 170 muertes en 2005 a 148 muertes por cada 100.000 mujeres en 2013; en segundo lugar está el grupo de “demás causas”, cuyo comportamiento es al aumento, pasando de 108.6 a 130 muertes por cada 100.000 mujeres en los años de seguimiento, siendo el 2008 el año con mayor tasa (138.5 defunciones por cada 100.000 mujeres). En tercer lugar están las neoplasias, cuya tendencia ha sido estable, pasando de 93 muertes por cada 100.000 mujeres durante el 2005, a 83 defunciones por cada 100.000 mujeres en el 2013.

Las principales causas de mortalidad tanto en hombres como en mujeres de acuerdo a las tasas ajustadas por edad son las enfermedades del sistema circulatorio y el grupo de “las demás causas”. En el tercer lugar para los hombres predominan las causas externas, mientras que en las mujeres lo hacen las neoplasias o tumores.

Así mismo, se encuentran estadísticas relacionadas con los lesionados en accidente de tránsito, que se resumen en la siguiente tabla:

Departamento/ Municipio	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Cúcuta	849	144,49	718	120,92	748	124,69	539	88,94	529	86,41	605	97,84
Norte de Santander	1291	103,79	1183	94,31	1463	115,65	1139	89,27	1088	84,55	1145	88,22
Total Nacional	37673	87,84	38752	89,28	44710	101,78	45871	103,19	39159	87,06	39316	86,39

Departamento/ Municipio	2011		2012		2013		2014		2005-2014	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	
Cúcuta	604	97	546	86,53	545	85,52	700	108,75	6383	
Norte de Santander	1108	85	960	72,68	1069	80,23	1116	83,03	11562	
Total Nacional	40799	89	39427	84,64	41797	88,7	44,45	93,27	411956	

**Ilustración 22:** Lesionados en accidentes de tránsito por cada cien mil habitantes por departamento y capital.

El Departamento, cuenta con una semaforización de la mortalidad general, evidente en la siguiente matriz, donde adicionalmente se observan las tendencias año – año:

Causa de muerte	Colombia	Norte de Santander	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	14,20	17,66	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	11,14	12,84	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,43	7,16	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	14,33	14,88	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	11,22	17,24	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	16,43	27,19	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-inflingidas intencionalmente	4,42	6,76	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	0,54	0,27	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	30,83	39,57	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por malaria	0,05	0,05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	0,19	0,41	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por emergencias y desastres	0,05	0,05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**Ilustración 23:** Causas de muerte. Registro de Estadísticas Vitales- SISPRO-Ministerio de Salud.

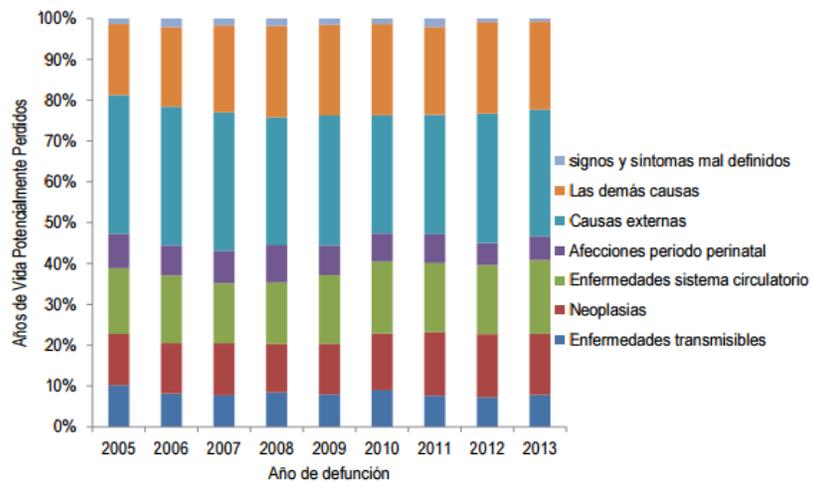
Así mismo, de acuerdo a información presentada por el Instituto Departamental de Salud, las prioridades en mortalidad en el Departamento, son:

CAUSA DE MORTALIDAD IDENTIFICADA	VALOR DEL INDICADOR EN LA ENTIDAD TERRITORIAL	TENDENCIA A TRAVÉS DEL TIEMPO 2005 AL 2013
Enfermedades del sistema circulatorio (población)	173.5 x cada 100.000 habitantes	Disminución
Demás Causas (Población)	146.4 x cada 100.000 habitantes	Aumento
Causas externas (hombres)	140.8 x cada 100.000 hombres	Disminución
Neoplasias (Mujeres)	83.8 x cada 100.000 mujeres	Aumento
Infecciones respiratorias Agudas	18.9 x cada 100.000 habitantes	Disminución
Tumor maligno del Estomago	17.2 x cada 100.000 habitantes	Aumento
Enfermedades isquémicas del corazón	95.4 x cada 100.000 habitantes	Aumento
Homicidios	39.6 x cada 100.000 habitantes	Disminución
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	31.3 x cada 100.000 habitantes	Aumento
Diabetes Mellitus	27.2 x cada 100.000 habitantes	Aumento
Razón de Mortalidad Materna	54 x cada 100.000 nacidos vivos	Aumento
Afecciones originadas en el periodo perinatal	116.9 x cada 100.000 menores de 5 años	Disminución

**Tabla 8:** Prioridades en mortalidad en el departamento. IDS.

- **Años de vida potencialmente perdidos - AVPP**

Al analizar los años de vida potencialmente perdidos, el principal grupo de causas que contribuyen a la mortalidad prematura en el Departamento son las “causas externas”, que para 2013 aportaron un total de 45852 años de vida



**Ilustración 24:** Años de vida potencialmente perdidos - AVPP por grandes causas 6/67 en Norte de Santander, 2005 - 2013.

potencialmente perdidos. Durante el 2005 a 2013, las causas externas han abarcado entre el 29% y 34% del total de años de vida potencialmente perdidos en la población de Norte de Santander; Como segundo grupo de causas que aportan mayor carga a la mortalidad prematura se encuentran “las demás causas”, cuya proporción ha oscilado en el periodo evaluado entre el 17.4% y 22.4%, y en tercer lugar se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio, donde la proporción ha fluctuado entre el 14.7% y 18%. En cuanto al comportamiento en el periodo evaluado, la proporción de la carga de años de vida potencialmente perdidos ha presentado una disminución en lo concerniente a “causas Externas” durante los últimos años, mientras que la tendencia en el grupo de las demás causas es al aumento. En el grupo de enfermedades del sistema circulatorio la proporción ha sido similar durante el periodo 2005 a 2013; es decir, se ha mantenido sin cambios significativos. El año con mayor carga de la mortalidad prematura fue el 2006, con un total de 164175 años de vida potencialmente perdidos.

### 5.1.5.4 Perfil epidemiológico municipal - Cúcuta

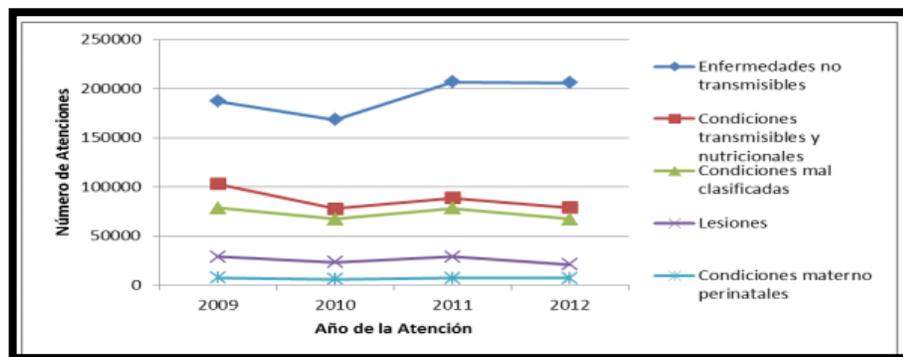
- **Morbilidad**

Area	Gran causa de morbilidad	Año 2009			Año 2010			Año 2011			Año 2012		
		Atencione	%	% Acumu									
Cúcuta	Enfermedades no transmisibles	187124	46,16	46,16	168377	49,10	49,10	206854	50,43	50,43	205976	54,09	54,09
	Condiciones transmisibles y nutricionales	103117	25,44	71,60	77705	22,66	71,76	88607	21,60	72,03	78992	20,74	74,83
	Condiciones mal clasificadas	78711	19,42	91,01	67259	19,61	91,38	78424	19,12	91,15	67307	17,67	92,50
	Lesiones	28950	7,14	98,16	23521	6,86	98,23	28956	7,06	98,21	21179	5,56	98,06
	Condiciones materno perinatales	7479	1,84	100,0	6055	1,77	100,0	7338	1,79	100,0	7373	1,94	100,0
	Total	405381	100,0	100,0	342917	100,0	100,0	410179	100,0	100,0	380827	100,0	100,0

**Ilustración 25:** Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO

A nivel del municipio de Cúcuta, se presenta un cuadro descriptivo de las frecuencias relativas de las principales causas de morbilidad utilizando la lista adaptada por la guía ASIS del Ministerio de Salud y Protección Social y como fuente de información el Registro de Información de Prestadores de Servicios de Salud – RIPS.

Entre los años 2009 y 2012 según la distribución por grandes causas, las Enfermedades no transmisibles han sido la



**Ilustración 26:** Morbilidad atendida por principales causas del municipio de Cúcuta, Departamento de Norte de Santander 2009 -2012. SISPRO

primera causa de atención, seguida de las Condiciones transmisibles y nutricionales, en tercer lugar 148 las condiciones mal clasificadas, en cuarto lugar

las lesiones, en quinto lugar las Condiciones materno perinatales; este comportamiento se observa de igual forma en el departamento. El porcentaje de atenciones realizadas en el municipio con relación al departamento han venido descendiendo anualmente en el 2009 fue del 70,98 en el 2010 68,67 en el 2011 el 63,13 y en el año 2012 en el Municipio de Cúcuta dieron el 62,59% del total de atenciones registradas en el departamento. En las Enfermedades no transmisibles se observa un comportamiento ascendente año a año, en el 2009 fueron el 46,16% mientras que en el año 2012 fue el 54,09%; las Condiciones transmisibles y nutricionales, presentando un descenso anual, el en 2009 se fue el 25,44% y en el 2012 el 20,74%. Las demás grandes causas no presentan variaciones significativas.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	NUMERO DE CASOS 2009	NUMERO DE CASOS 2010	NUMERO DE CASOS 2011	NUMERO DE CASOS 2012	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2011 - 2012
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24256	19488	22045	17113	41,0	40,8	40,3	41,7	1,3
	Condiciones materno perinatales	797	736	808	799	1,3	1,5	1,5	1,9	0,5
	Enfermedades no transmisibles	16769	12557	15563	12443	28,3	26,3	28,5	30,3	1,8
	Lesiones	3871	2908	3548	2098	6,5	6,1	6,5	5,1	-1,4
	Condiciones mal clasificadas	13493	12048	12683	8632	22,8	25,2	23,2	21,0	-2,2
		59186	47737	54647	41085	100	100	100	100	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6169	4525	5098	4481	35,6	33,0	31,1	29,2	-1,8
	Condiciones materno perinatales	9	0	12	4	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
	Enfermedades no transmisibles	6725	5439	7138	7326	38,8	39,7	43,5	47,8	4,3
	Lesiones	893	701	912	626	5,2	5,1	5,6	4,1	-1,5
	Condiciones mal clasificadas	3536	3048	3247	2892	20,4	22,2	19,8	18,9	-0,9
		17332	13713	16407	15329	100	100	100	100	
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4968	3575	3951	3588	25,5	23,5	21,5	21,0	-0,6
	Condiciones materno perinatales	646	482	582	545	3,3	3,2	3,2	3,2	0,0
	Enfermedades no transmisibles	8978	7187	9143	9177	46,1	47,2	49,8	53,6	3,8
	Lesiones	989	749	891	590	5,1	4,9	4,9	3,4	-1,4
	Condiciones mal clasificadas	3880	3241	3804	3222	19,9	21,3	20,7	18,8	-1,9
		19461	15234	18371	17122	100	100	100	100	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10946	7936	8017	7823	22,1	20,3	18,7	18,4	-0,4
	Condiciones materno perinatales	3330	2690	3047	3118	6,7	6,9	7,1	7,3	0,2
	Enfermedades no transmisibles	23026	18714	20674	22289	46,4	47,8	48,8	52,3	3,5
	Lesiones	2366	1803	2055	1483	4,8	4,6	4,8	3,5	-1,3
	Condiciones mal clasificadas	9924	8025	8776	7874	20,0	20,5	20,5	18,5	-2,0
		49592	39168	42769	42587	100	100	100	100	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	19421	14431	17784	16306	19,8	16,9	16,7	16,2	-0,5
	Condiciones materno perinatales	2697	2147	2889	2907	2,7	2,5	2,7	2,9	0,2
	Enfermedades no transmisibles	50973	48119	59519	58072	51,9	56,3	55,8	57,7	1,9
	Lesiones	5510	4363	5447	4557	5,6	5,1	5,1	4,5	-0,6
	Condiciones mal clasificadas	19520	16472	21102	18830	19,9	19,3	19,8	18,7	-1,1
		98121	85532	106741	100672	100	100	100	100	
Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	3433	2799	3883	3901	15,9	12,3	13,1	13,4	0,2
	Enfermedades no transmisibles	12828	15157	19190	19035	59,6	66,8	64,8	65,2	0,4
	Lesiones	1642	1406	1882	1753	7,6	6,2	6,4	6,0	-0,4
	Condiciones mal clasificadas	3637	3313	4640	4494	16,9	14,6	15,7	15,4	-0,3
			21540	22675	29595	29183	100	100	100	100

Ilustración 27: Principales causas de morbilidad por ciclo vital, Municipio de Cúcuta, Departamento Norte de Santander 2009 – 2012. SISPRO.

Según el estudio de del Instituto Departamental de Salud en su análisis situacional del Municipio de Cúcuta, el mayor número de atenciones durante los años del estudio le corresponde a los grupos poblacionales de infancia y adultez con un aproximado del 74% de las atenciones presentadas.

Al promediar las atenciones en salud realizadas a la población entre los años 2009 y 2012, por ciclo vital se observa que en la primera infancia representa el 13,5 de las atenciones, la infancia representa el 8,3% en promedio, en la adolescencia se registra un promedio de 8,1% de la atenciones, la juventud representa el 18,04% en promedio, la adultez el 41,43% y los mayores un promedio de 11,1% del total de las atenciones realizadas en estos últimos cuatro año. A continuación se presentan las principales causas de morbilidad del Municipio de Cúcuta por ciclo vital.

- **Mortalidad**

La distribución de las defunciones por causa de mortalidad presenta el siguiente panorama:

GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCION (6/67 CIE-10 OPS)	DEFUNCIONES	%
303 Enfermedades isquémicas del corazón	553	15,10%
512 Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	386	10,54%
601 Diabetes mellitus	235	6,42%
605 Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores	215	5,87%
307 Enfermedades cerebrovasculares	214	5,84%
Resto	2059	56,23%

**Tabla 9:** Grupo de causas de defunción

### **5.1.5.5. Análisis de mercado - competencia**

Con el objeto de realizar una revisión de los competidores de la Institución, y tomando como referencia que es la única IPS pública de alta complejidad en el Departamento, y que funge como mediana complejidad en el Municipio de Cúcuta, se realiza una revisión en el REPS de las IPS privadas que por su modalidad de atención y complejidad son potencialmente competidores de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, consolidando la matriz de comparación de servicios de IPS en el municipio de Cúcuta (Anexo NO. xx)

La cadena de prestación de servicios en el departamento está estructurada alrededor de estas instituciones que producen servicios de salud a la ciudad de Cúcuta, el Departamento Norte de Santander, El Departamento de Arauca, Sur del Cesar y los estados venezolanos del Zulia y el Táchira, creando un impacto positivo en el incremento de la oferta de servicios a los usuarios del sistema.

En el mismo nivel de atención de la E.S.E. H.U.E.M. se encuentran las principales IPS de la red privada del Departamento, representadas por Clínica Norte, Clínica San José, Clínica Santa Ana, Clínica Medical Duarte, Servicios IPS Unipamplona, Clínica Esimed La Salle – Saludcoop, Clínica Médico Quirúrgica, Clínica Metropolitana Comfanorte, Sociedad Médica Los Samanes, UBA Vihonco.

Con relación al precio de venta, en la ESE HUEM el valor de cada uno de los servicios de salud, son los relacionados en el manual tarifario definido en el Decreto 2423/96 vigentes al momento de la prestación de servicios, mientras que las otras IPS manejan manuales tarifarios inferiores al Decreto, tarifas variables que incluyen las establecidas en el acuerdo 256 del 2001 más un porcentaje que variable (por

cliente), principalmente manejando un 30 o 40 % más. Así mismo maneja el manual tarifa Decreto 2423/1996 menos un 20%.

El concepto de un hospital como una empresa de servicios continúa centrada en la relación médico – paciente, oferta – demanda y en la adaptación a los deseos de unos consumidores



cada vez más informados y exigentes, que persiguen y ven los servicios prestados, tanto desde su cantidad, como de su calidad, recuperación, satisfacción y bienestar, lo cual ha hecho que la gestión de producción del servicio al cliente, coincida con una evolución flexible.

En la actualidad la entidad mercadea la oferta real de servicios creando procesos y guías de atención de acuerdo a los volúmenes de servicios requeridos por los usuarios y sus aseguradoras, y a las necesidades y oferta existente dependiendo esta de la disponibilidad de los recursos.

## 5.2. DIMENSIONES INTERNAS

Durante el año 2015 se atendieron 112.797 pacientes, de los cuales 109.695 pertenecen al Departamento Norte de Santander, 2408 pacientes de otros departamentos del país y 694 pacientes de la República Bolivariana de Venezuela especialmente los vecinos del Estado Táchira.

### 5.2.1 Oferta de servicio según capacidad instalada

Para analizar la oferta de servicios según la capacidad instalada, se tomarán los datos por unidades funcionales a corte del 31/12/2015 del programa de saneamiento fiscal y financiero.

Con bases en las matrices de la metodología del programa de saneamiento fiscal y financiero

**Servicios Ambulatorios**, los servicios ambulatorios de Consulta Especializada y procedimientos, en el 2015 utilizaron el 55.2% de la capacidad instalada superior a la observada en los años anteriores que presentaron porcentajes por debajo del 40%; sin embargo, se considera un porcentaje bajo de la capacidad instalada debido a la disminución de autorizaciones de servicios de las empresas pagadoras del régimen subsidiado, que es nuestra mayor demanda y con un POS universal e integral, por tarifas externas por debajo de las nuestras en IPS de origen incierto y de calidad precaria, con las cuales la ESE HUEM lamentablemente no puede competir por su escala interna de costos, que asume los costos de ofrecer con calidad y oportunidad.

**Urgencias**, durante el año 2015, las actividades presentaron en el triage una utilización del 47.87%, la consulta de urgencias el 43.92%, la sala de procedimientos el 109.63% sobrepasando su capacidad instalada y la sala de reanimación presentó 308 reanimaciones en el año 2015 superior a las registradas en los años anteriores, en cuanto a la utilización de las camillas presentó un 65.37% inferior al año anterior debido a la disminución de la oferta; durante el año 2012, las actividades presentaron en el triage una utilización del 10%, la consulta de urgencias el 33%, la

sala de reanimación presentó un 24% y la de reanimación 1.4%, en cuanto a la utilización de las camillas de observación fue del 7.3%; para el año 2013 las actividades siguieron presentando en el triage una utilización del 10%, la consulta de urgencias subió al 45%, la sala de procedimientos descendió al 14% su utilización y la de reanimación mejoró al 1.7%, en cuanto a la utilización de las camillas de observación fue del 84%, esta diferencia tan marcada respecto al año 2012 se explica por una depuración en facturación que integraba la observación a la hospitalización cuando el paciente era hospitalizado y solo tomaba en cuenta aquellos que egresaban de observación.

**Hospitalización**, durante el año 2015 todos los servicios de hospitalización presentaron una utilización del 92.40 % levemente inferior a la observada en los años 2012 y 2013 que presentaron una utilización del 93%, porcentajes aceptables y superiores a los estándares establecidos por el Organismo Rector del Sector Salud.

**Quirófanos y Sala de partos**, para sala de partos el porcentaje de producción real en el 2015 fue del 39% mientras que en el 2012 la producción real fue del 45% y para el 2013 el 40%, lo cual indica una disminución del porcentaje de utilización en los últimos años debido a desestimulo que requiere atender este tipo de procedimientos en un Hospital Universitario, donde la mayor concentración debe estar siendo centrada en la atención de cirugías de mayor complejidad, requiere en la actualidad ir reorientando la utilización de la capacidad instalada a fin de adecuarlos a la realidad; en cuanto a quirófanos obstétricos se logró en el año 2015 un porcentaje de producción real del 62%, siendo superior a lo alcanzado en años anteriores 2012 y 2013 que fue del 44% y 37% respectivamente, la utilización total del servicio de quirófanos en el año 2015 fue del 97% superior a los registrados en el año 2012 y 2013 que fueron de 77% y 83% respectivamente.

**Imagenología**, el porcentaje de producción real fue en el año 2015 del 82%, superior a los registrados en años anteriores que fueron para el 2012 del 67%, entre urgencias, consulta externa y hospitalización, y para el año 2013 el 51%, logrando aumentar la utilización de la capacidad instalada en el último año.

**Laboratorio clínico**, la producción en 2015 fue del 94% mientras que para el 2012 la producción fue del 87.5%, y para 2013 la utilización mejoró al 90%; se observa con el paso de los años el aumento paulatino de la capacidad instalada llegando a su tope máximo de utilización.

**Anatomía patológica**, la utilización en el año 2015 alcanzó el 89%, superior a la lograda en los años 2012 y 2013 que fue del 59% y 49% respectivamente.

**Rehabilitación y terapia** presenta un porcentaje de utilización del 99% en el año 2015, ascendente porcentaje si se observa lo registrado durante el año 2012 que fue de 93% y del 96% para el año 2014.

**Terapia oncológica:** el porcentaje de utilización de este indicador en el año 2015 fue del 5% debido a la disminución de la oferta por no disponibilidad oncólogo pediatra y disminución de la demanda de pacientes por oncología, el porcentaje de utilización de este indicador en el año 2012 fue del 39%, esta utilización desciende en el 2013 al 34%.

**Transfusión sanguínea**, presenta un porcentaje de utilización del 99% para el año 2015 logrando una plena utilización de la capacidad instalada, superior a los porcentajes de utilización logrados en los años 2012 y 2013 que fueron del 63% 70% respectivamente.



**Farmacia**, en este indicador el porcentaje de utilización para el año 2015 fue del 99% logrando que igual para transfusión sanguínea la plena utilización de la capacidad instalada, superior a los porcentajes de utilización logrados en los años 2012 y 2013 que fueron del 98% y 84% respectivamente, esta última disminución originado por el cierre de la central de mezclas.

**Ambulancias**, para el año 2015 este indicador de utilización de la capacidad instalada fue de 23% inferior a lo observado en los años 2012 y 2013 que fue de fue del 34% para cada año,

**En conclusión** se observa un aumento porcentual significativo de utilización de la capacidad instalada en el año 2015 en la mayoría de los servicios analizados al compararlos con los años anteriores, reflejado en aumentos en la producción y consecuentemente mayores ingresos a la institución.

### **5.2.2 Oferta de servicio según capacidad disponible de recursos humanos.**

En el cuadro Anexo No. 4. Oferta de servicios según la capacidad disponible de recursos humanos, permite establecer la relación en capacidad instalada para la oferta de servicios de salud según la capacidad disponible de recursos humanos dedicados directamente a la prestación de estos servicios; en el mismo se detallan para cada uno de los centros de costo, el perfil profesional de quien presta el servicio, el número de profesionales por perfil, horas contratadas o asignadas para cada perfil, total de horas por servicio, productividad hora y la oferta disponible contratada que tiene el Hospital Universitario Erasmo Meoz.

### 5.2.3 Producción de servicios

CONCEPTO	POBRE NO ASEGURADA	NO POSS	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	TOTAL
Dosis de biológico aplicadas	789	0	5647	183	78	6697
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	0	0	0	0	0	0
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	0	0	0	0	0	0
Citologías cervicovaginales tomadas	0	0	0	0	0	0
Consultas de medicina general electivas realizadas	0	0	0	0	0	0
Consultas de medicina general urgentes realizadas	7285	0	41397	4249	3984	56915
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	7475	0	36119	1046	7912	52552
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	1253	0	7608	479	1099	10439
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	926	0	3725	158	178	4987
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	0	0	0	0	0	0
Número de sesiones de odontología realizadas	0	0	0	0	0	0

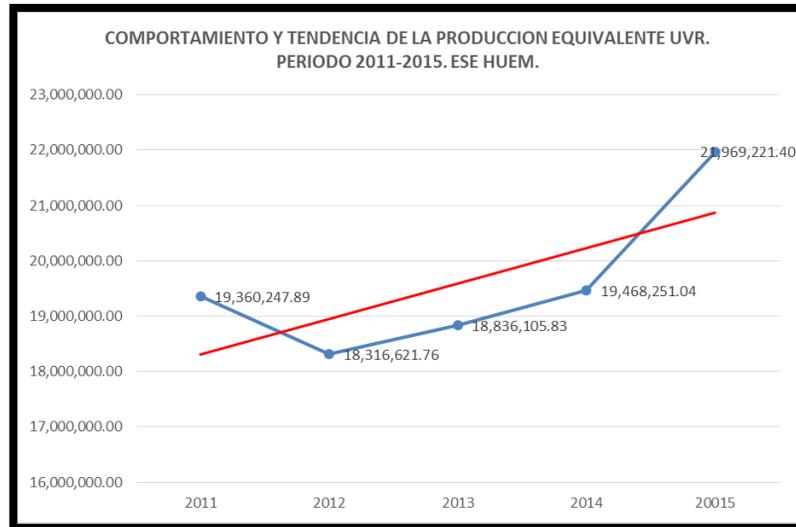
CONCEPTO	POBRE NO ASEGURADA	NO POSS	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	TOTAL
Total de tratamientos terminados (Paciente terminado)	0	0	0	0	0	0
Sellantes aplicados	0	0	0	0	0	0
Superficies obturadas (cualquier material)	0	0	0	0	0	0
Exodoncias (cualquier tipo)	4	0	56	1	12	73
Partos vaginales	187	0	1945	57	34	2223
Partos por cesárea	170	0	1283	52	32	1537
Total de egresos	3167	0	21925	1329	1877	28298
...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	545	0	4628	177	130	5480
...Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	783	0	4561	307	902	6553
...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	1839	0	12736	845	845	16265
...Egresos salud mental	0	0	0	0	0	0
Pacientes en Observación	2846	0	16816	1415	1281	22358
Pacientes en Cuidados Intermedios	128	0	948	66	47	1189
Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	0	0	0	0	0	0
Total de días estancia de los egresos	15736	0	113499	5633	11356	146224
...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	1143	0	10641	384	326	12494
...Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin Incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	6013	0	38052	1984	7695	53744

CONCEPTO	POBRE NO ASEGURADA	NO POSS	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	TOTAL
...Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	8580	0	64806	3265	3335	79986
...Días estancia de los egresos salud mental	0	0	0	0	0	0
Días estancia Cuidados Intermedios.	543	0	3718	231	103	4595
Días estancia Cuidados Intensivos	0	0	0	0	0	0
Total de días cama ocupados	0	0	0	0	0	145019
Total de días cama disponibles	0	0	0	0	0	159949
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	6269	0	31757	2277	6647	46950
...Cirugías grupos 2-6	1499	0	8797	501	1194	11991
...Cirugías grupos 7-10	3385	0	16004	1198	3636	24223
...Cirugías grupos 11-13	1039	0	5400	410	1500	8349
...Cirugías grupos 20-23	346	0	1556	168	317	2387
Exámenes de laboratorio	63601	0	352574	21238	95096	532509
Número de imágenes diagnósticas tomadas	8421	0	42854	3010	16409	70694
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	9635	0	88360	4343	1859	104197
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	3508	0	3852	258	4637	12255
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	278	0	484	40	131	933
Número de visitas domiciliarias, comunitarias e institucionales -PIC-	0	0	0	0	0	0
Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	0	0	0	0	0	0

**Tabla 10:** Producción de servicios. SIHO

Podemos concluir que la producción en general de la institución ha aumentado positiva y significativamente durante el periodo 2011-2015, tal como se puede observar en la siguiente gráfica, en la cual el indicador o variable Producción Equivalente UVR ha venido creciendo a partir del año 2013 y significativamente el año 2015 muestra el nivel más alto de producción de la institución.





## 5.2.4 Aspectos judiciales

El panorama judicial aplicado a la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz puede clasificarse en los siguientes aspectos:

El reconocimiento y pago a favor de ex empleados beneficiarios del régimen de transición por concepto de Pensiones de Jubilación anticipadas fundamentadas en el artículo 1º de la ley 33 de 1985, incluidas reliquidaciones provenientes de sentencias emitidas por la Sección II del Consejo de Estado, cuyo nivel de riesgo ha ido disminuyendo gradualmente por la extinción del regímenes pensionales especiales en el sector público (Riesgo financiero actualmente bajo).

La carencia de fuentes de financiación para la formalización del empleo misional y de carácter permanente en las entidades hospitalarias del país, en contravía de la desformalización generada desde el año 2000 por el cambio de un sistema de subsidio a la oferta por **Tabla 11: Producción. SIHO**

subsidio a la demanda de servicios ordenada en la Ley 100 de 1992, con el propósito de disminuir costos operacionales fijos, ha generado el reconocimiento y pago de condenas por concepto de “Contrato Realidad” y/o “Vinculación Legal y Reglamentaria Real”, cuyo nivel de riesgo tiende a incrementarse dadas las necesidades del servicio y la demanda del mismo, viéndose forzada la institución a adquirir los servicios necesarios mediante terceros personas jurídicas en las actuales modalidades permitidas. (Riesgo financiero actualmente mediano).

El incremento gradual de acciones pecuniarias por mala práctica médica, con componentes asociados a presunta corrupción judicial y protección a ultranza del paciente en las decisiones del Consejo de Estado, sumado a la deficiencia en la calidad para la prestación de determinados servicios asistenciales producida principalmente por carencia de pago por parte de las entidades responsables intermediarias, viene presentando un incremento vertical en el nivel de riesgo institucional, especialmente originado en condenas judiciales con indemnizaciones pecuniarias excesivamente altas. (Riesgo financiero actualmente alto).



## 5.2.5 Aspectos financieros

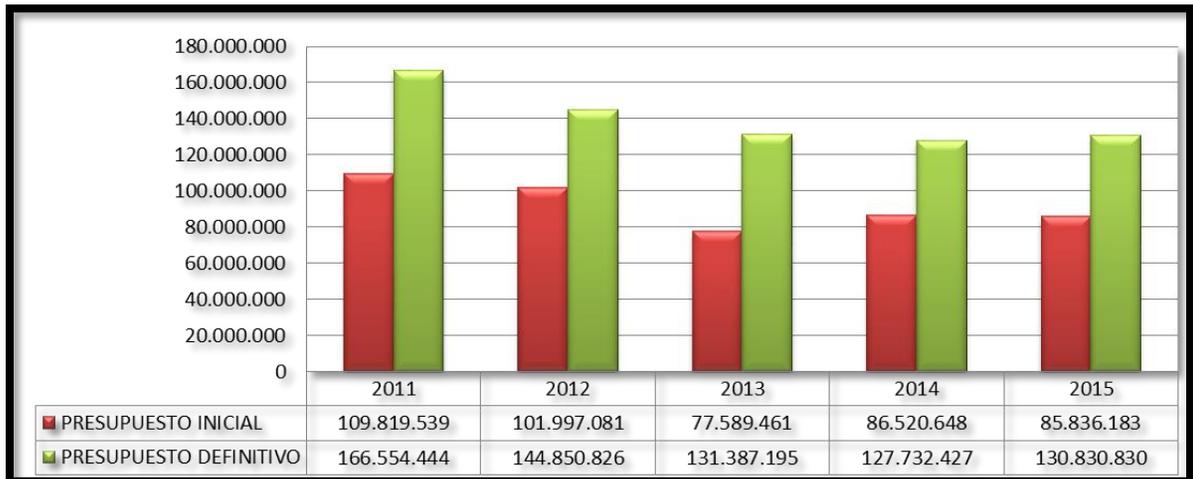


Tabla 12: Presupuesto inicial y definitivo año 2011 - 2015 de la E.S.E. H.U.E.M.

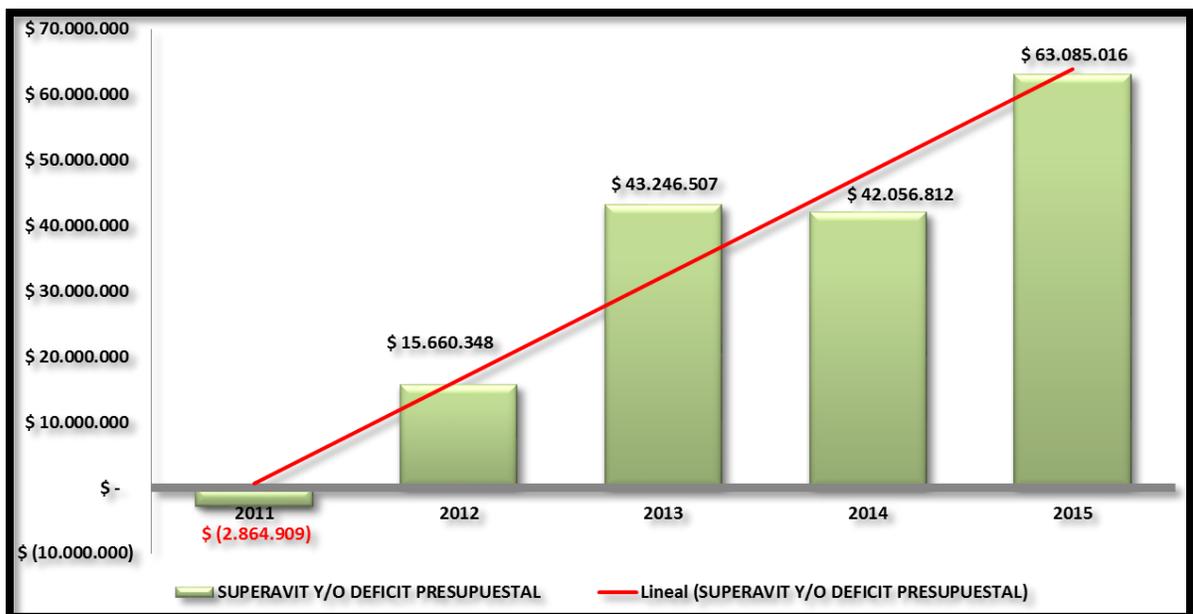


Tabla 13: Superávit o déficit presupuestal año 2011 – 2015 de la E.S.E. H.U.E.M.

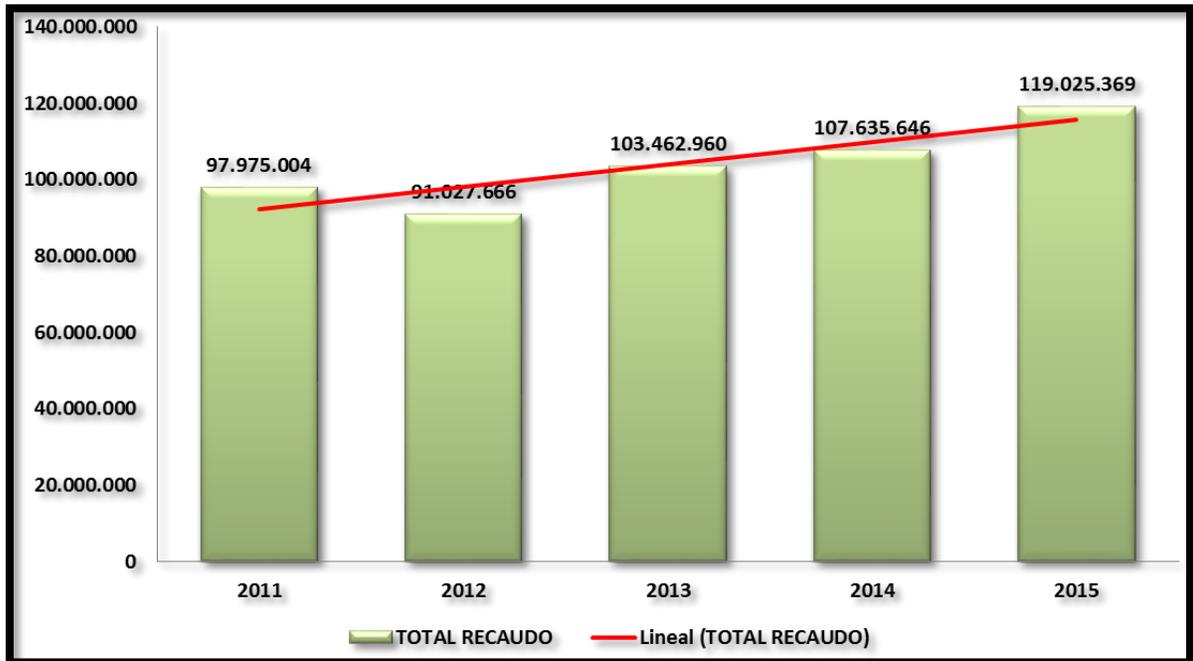


Tabla 14: Total de recaudo año 2011 - 2015 de la E.S.E H.U.E.M.

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO (Miles de Pesos)						
ITEM	2011	2012	2013	2014	2015	VARIACIÓN 2014-2015
PRESUPUESTO INICIAL	109.819.539	101.997081	77.589.461	86.520.648	85.836.183	(684.465)
INCORPORACIONES - ADICIONES	56.734.905	42.853.745	53.797.734	41.211.779	44.994.647	3.782.868
PRESUPUESTO DEFINITIVO	166.554.444	144.850.826	131.387.195	127.732.427	130.830.830	3.098.403
INGRESOS RECONOCIDOS	127.424.562	132.016.549	147.971.010	154.470.039	172.188.968	17.718.929
GASTOS COMPROMETIDOS	130.289.471	116.356.201	104.724.503	112.413.227	109.103.952	(3.309.275)
SUPERAVIT Y/O DEFICIT PPTAL CON RECONOCIMIENTO	-2.864.909	15.660.348	43.246.507	42.056.812	63.085.016	21.028.204
SUPERAVIT Y/O DEFICIT PPTAL CON RECAUDO	-32.314.468	-25.328.535	-1.261.543	-4.777.582	9.921.417	14.698.999
PRESUPUESTO SIN EJECUTAR	36.264.973	28.494.625	26.662.692	15.319.200	21.726.878	6.407.678
TOTAL INGRESOS RECAUDOS	97.975.004	91.027.66	103.462.960	107.635.646	119.025.369	11.389.723
EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	0,75	0,78	0,99	0,96	1,09	

Tabla 15: Ejecución del presupuesto año 2011 - 2015 de la E.S.E. H.U.E.M.

<b>UTILIDAD Y RENTABILIDAD DEL EJERCICIO</b>						
<b>(Miles de Pesos)</b>						
ITEM	2011	2012	2013	2014	2015	VARIACIÓN 2014-2015
INGRESOS VENTA DE SERVICIOS	104.698.117	95.171.691	93.529.282	104.468.453	116.904.124	12.435.671
MENOS COSTOS DE VENTAS	79.210.198	71.127.481	58.356.649	67.319.114	81.913.024	14.593.910
<b>UTILIDAD BRUTA</b>	<b>25.487.919</b>	<b>24.044.210</b>	<b>35.172.633</b>	<b>37.149.339</b>	<b>34.991.100</b>	<b>(2.158.239)</b>
<b>RENTABILIDAD BRUTA</b>	<b>24%</b>	<b>25%</b>	<b>38%</b>	<b>36%</b>	<b>30%</b>	<b>-6%</b>
MENOS GASTOS DE OPERACIÓN	25.030.362	16.210.379	25.445.270	24.413.498	28.183.941	3.770.443
<b>UTILIDAD OPERACIONAL</b>	<b>457.557</b>	<b>7.833.831</b>	<b>9.727.363</b>	<b>12.735.841</b>	<b>6.807.159</b>	<b>(5.928.682)</b>
<b>RENTABILIDAD OPERACIONAL</b>	<b>0%</b>	<b>8%</b>	<b>10%</b>	<b>12%</b>	<b>6%</b>	<b>-6%</b>
MAS OTROS INGRESOS PROYECTOS	6.755.557	2.956.713	16.189.975	23.894.899	15.775.289	(8.119.610)
MENOS OTROS GASTOS	9.917.866	5.812.533	4.897.024	2.823.784	2.146.552	(677.232)
<b>UTILIDAD O SUPERAVIT DEL EJERCICIO</b>	<b>-2.704.752</b>	<b>4.978.011</b>	<b>21.020.314</b>	<b>33.806.956</b>	<b>20.435.896</b>	<b>(13.371.060)</b>
<b>RENTABILIDAD DEL EJERCICIO</b>	<b>3%</b>	<b>5%</b>	<b>22%</b>	<b>32%</b>	<b>17%</b>	<b>-15%</b>

Tabla 16: Utilidad y rentabilidad del ejercicio año 2011 - 2015 de la E.S.E. H.U.E.M.

<b>PASIVOS (Miles de Pesos)</b>						
ITEM	2011	2012	2013	2014	2015	VARIACION 2014-2015
ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	16.971.917	15.120.938	6.904.617	7.815.068	2.570.021	(5.245.047)
ACREEDORES Y CONTRATISTAS	18.726.871	22.844.612	11.281.121	6.456.955	3.381.085	(3.075.870)
<b>TOTAL CUENTAS POR PAGAR</b>	<b>35.698.788</b>	<b>37.965.550</b>	<b>18.185.738</b>	<b>14.272.023</b>	<b>5.951.106</b>	<b>(8.320.917)</b>
OBLIG. LABORALES - CESANTIAS / SALARIOS	2.440.666	3.633.520	3.369.201	2.061.126	2.150.203	89.077
IMPUESTOS Y RETENCIONES	1.155.962	735.042	782.312	1.208.870	404.237	(804.633)
PROVISIONES Y CONTINGENCIAS	6.839.111	6.841.024	5.896.003	6.203.236	5.938.666	(264.570)
OTROS PASIVOS (DEPOSITO Y CRED. JUDICIAL.)	4.025.783	5.473.657	3.775.739	1.775.549	3.024.085	1.248.536
<b>TOTAL PASIVOS</b>	<b>50.160.310</b>	<b>54.648.793</b>	<b>32.008.993</b>	<b>25.520.804</b>	<b>17.468.297</b>	<b>(8.052.507)</b>

Tabla 17: Pasivos año 2011 - 2015 de la E.S.E. H.U.E.M.

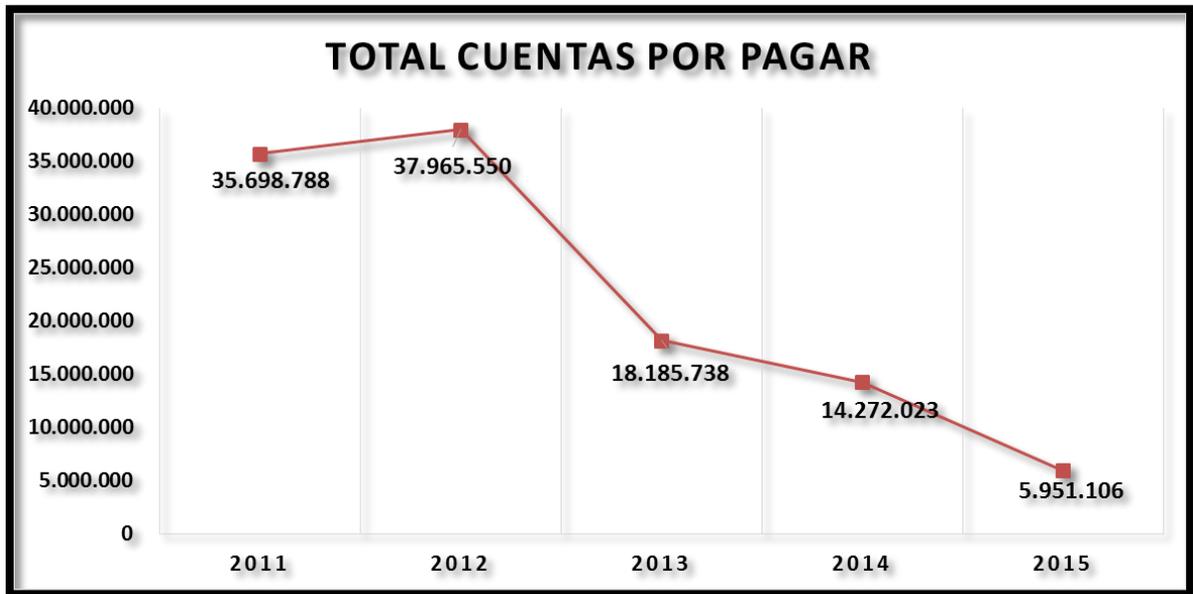


Tabla 18: Total cuentas por pagar año 2011 - 2015 de la E.S.E. H.U.E.M.

AÑO	2012	2013	2014	2015	VARIACIÓN 2014-2015
<b>Total Radicado</b>	97.101.171	93.529.281	102.189.204	115.399.631	12,9%
<b>Valor Glosa Inicial</b>	27.458.956	11.796.900	14.196.481	14.659.902	3,3%
%	28%	13%	14%	13%	
<b>Valor Glosa Final</b>	5.018.949	4.352.112	2.533.330	2.333.365	-7,9%
%	5%	5%	2%	2%	
<b>Total Recaudo</b>	86.077.328	88.574.020	76.572.028	85.912.342	12,2%
%	89%	95%	75%	74%	20%

Tabla 19: Facturación radicada por venta de servicios de salud año 2012 - 2015 de la E.S.E. H.U.E.M.

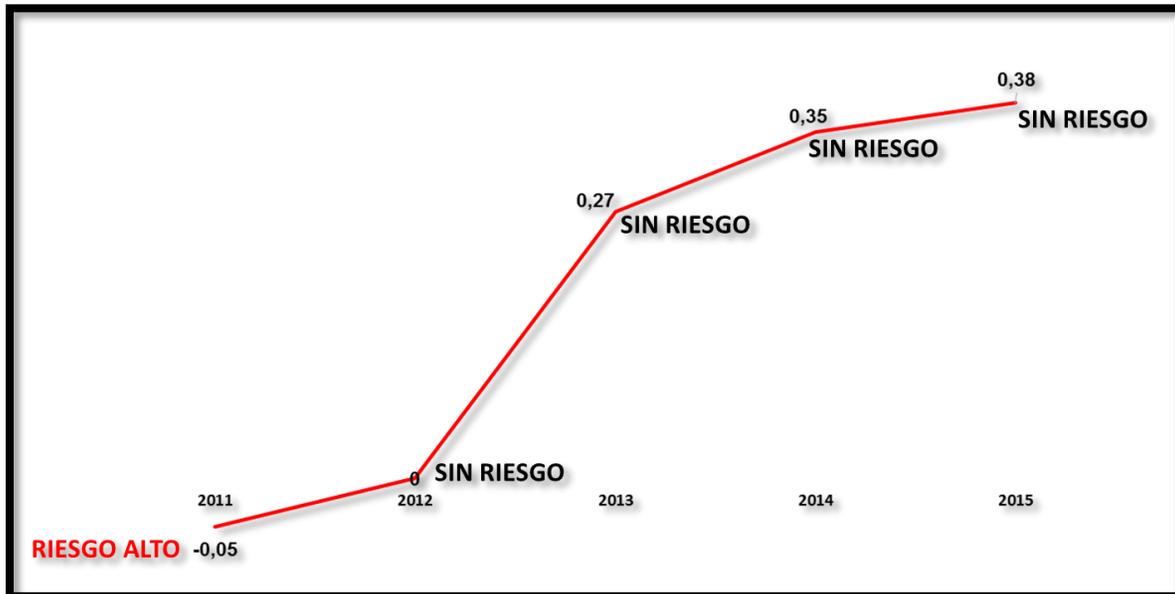
CONCEPTO	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015
Cartera Menor A 360 Dias	50.791.808 (56%)	44.818.919 (47%)	48.600.744 (41%)	58.165.544 (41%)
Cartera Mayor A 360 Día	40.063.356 (44%)	50.585.637 (53%)	69.077.288 (59%)	84.443.052 (59%)
<b>Total Cartera Bruta</b>	<b>90.855.164</b>	<b>95.404.556</b>	<b>117.678.033</b>	142.608.596
Cartera Objetada	12.885.538 (14%)	9.700.778 (10%)	14.294.646 (12%)	14.643.912 (10%)
<b>Total Cartera Neta</b>	<b>77.969.626</b>	<b>85.703.778</b>	<b>103.383.387</b>	<b>127.964.684</b>

Tabla 20: Cartera por venta de servicios de salud año 2012 - 2015 de la E.S.E H.U.E.M

ENTIDAD	CARTERA				
	A 31 DE DICIEMBRE 2012	A 31 DE DICIEMBRE 2013	A 31 DE DICIEMBRE 2014	A 31 DE DICIEMBRE 2015	%
<b>CAPRECOM EPS</b>	8.902.950	16.221.344	27.453.802	33.473.238	23,47%
<b>ECOOPSOS - ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD</b>	10.157.791	11.628.160	14.708.454	18.291.614	12,83%
<b>FOSYGA</b>	11.242.553	12.070.588	13.824.518	15.311.099	10,74%
<b>ENTIDADES EN LIQUIDACION</b>	14.203.968	21.727.884	14.582.880	13.963.635	9,79%
<b>SALUDVIDA S.A. EPS</b>	6.111.228	4.288.420	5.562.962	10.644.051	7,46%
<b>CAFESALUD EPS SA</b>	5.705.021	3.144.311	4.896.144	6.010.685	4,21%

<b>CARTERA</b>					
<b>ENTIDAD</b>	<b>A 31 DE DICIEMBRE 2012</b>	<b>A 31 DE DICIEMBRE 2013</b>	<b>A 31 DE DICIEMBRE 2014</b>	<b>A 31 DE DICIEMBRE 2015</b>	<b>%</b>
<b>DUMIAN</b>	4.076.333	3.161.913	3.432.132	5.400.896	3,79%
<b>QBE SEGUROS S.A</b>	2.685.397	2.997.821	3.349.052	3.534.690	2,48%
<b>NUEVA EPS S.A.</b>	3.359.170	2.883.432	3.005.352	2.823.246	1,98%
<b>COMPARTA EPS- S""</b>	1.943.134	1.712.384	2.900.116	3.901.479	2,74%
<b>COMFAORIENTE EPSS EN LIQUIDACION</b>	8.316.901	8.515.903	4.323.046	3.854.729	2,70%
<b>SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD</b>	747.166	981.082	1.628.967	3.212.577	2,25%
<b>OTRAS</b>	18.410.016	18.689.347	22.051.018	22.186.657	15,56%
<b>TOTAL CARTERA BRUTA</b>	95.861.628	108.022.589	121.718.443	142.608.596	100%

Tabla 21: Entidades con mayor deuda año 2012 - 2015 de la E.S.E. H.U.E.M.



	2011	2012	2013	2014	2015
Índice de riesgo	- 0.05	0.02	0,27	0,35	0,38
Clasificación de riesgo	"RIESGO ALTO"	"SIN RIESGO"	"SIN RIESGO"	"SIN RIESGO"	"SIN RIESGO"

Tabla 22: Índice de riesgo año 2011 - 2015 de la E.S.E. H.U.E.M.

## 5.2.6 Estructura organizacional

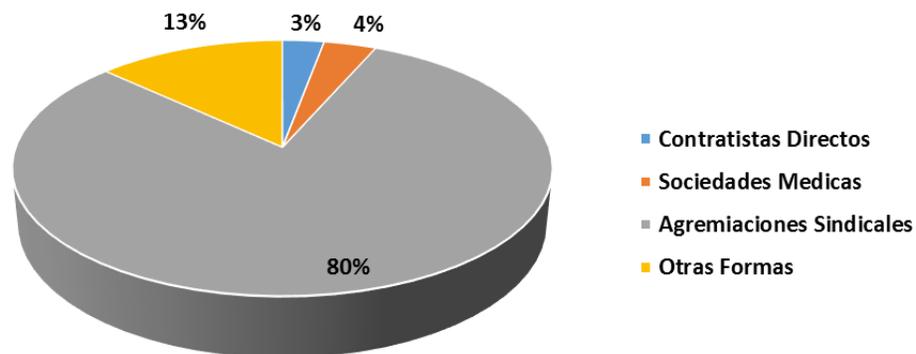
Por acuerdo de Junta Directiva Acuerdo No. 004 de 18 de Marzo de 2015, se modifica la estructura interna de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz y se determinan las funciones de sus dependencias. Como elementos referentes del citado acuerdo se mencionan:

- Unificar y consolidar en la Asesoría Jurídica de la entidad: Jurídica: Laboral, Administrativa y Contratación de Bienes y Servicios.
- Ubicar el Centro de Gestión Documental "CEGDOC", prensa y comunicaciones en la oficina Asesora de Planeación. El área de Contratación

y Mercadeo (venta de servicios) y el área de Facturación, admisión, artera, referencia, contrareferencia, auditoria médica y de cuentas en el área de Financiera.

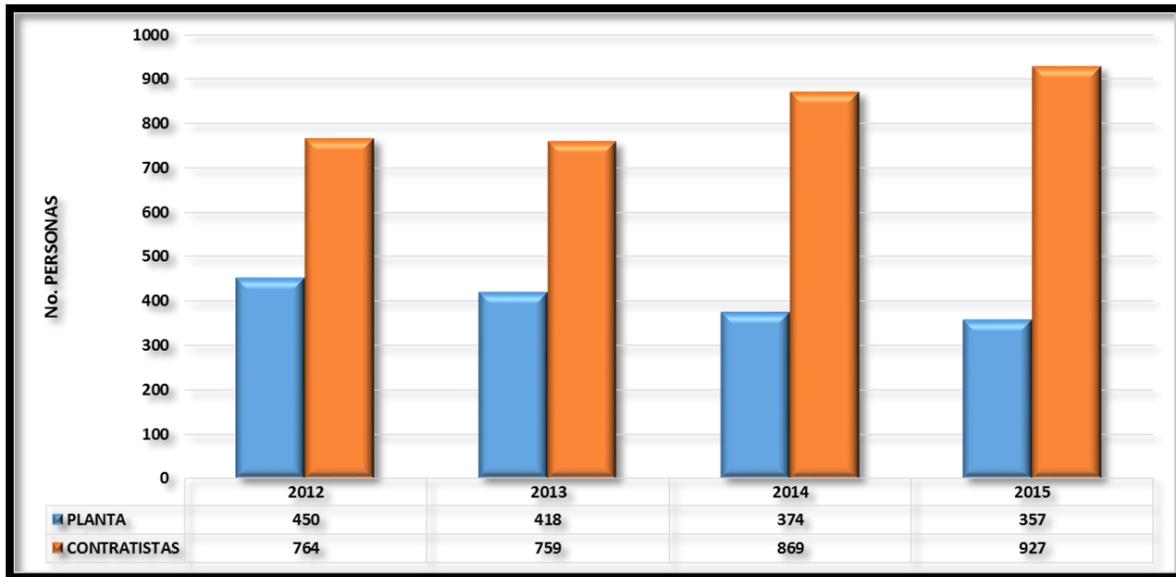
- Actualización de la denominación del área de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo “SGSST”, anteriormente denominado Programa de Salud Ocupacional adscrito a la sección de Talento Humano.

### 5.2.7 Talento humano



DESCRIPCIÓN	CONTRATISTA	No. PERSONAS
Contratistas Directos	27	27
Sociedades Medicas	6	34
Agremiaciones Sindicales	4	744
Otras Formas	14	122

**Tabla 23:** Proporción de personal por tipo vinculación vigencia 2015 de la E.S.E H.U.E.M.



**Tabla 24:** Población laboral promedio vigencia 2012 - 2015 de la E.S.E. H.U.E.M.

## **6. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

### **6.1 MISION**

Somos una Empresa Social del Estado, que produce y presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, actuando como centro de referencia de la región, mejorando la calidad de vida de sus usuarios y generando desarrollo del conocimiento mediante docencia.

### **6.2 VISION**

Ser la institución Norte Santandereana prestadora de servicios de salud, posicionada y preferida por su atención humana, segura, alto enfoque investigativo, con rentabilidad social y económica.

### **6.3 PROPUESTA DE VALOR**

Satisfacer las necesidades en salud, con talento humano multidisciplinario PRESENCIAL las 24 horas del día.

### **6.4 VALORES INSTITUCIONALES**

En la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, se han identificado y asumido como valores institucionales, los controladores sociales: La ética, la ley y la cultura.

#### **6.4.1 Éticos**



Los valores éticos, se entienden como direcciones del valor, que orientan y dirigen al ser humano, se visualizan, en una realidad concreta con sus consecuencias, identificando la presencia de un valor. La ética dirige las actitudes y comportamientos, son necesarios para discernir lo que está bien y lo que está mal. Los humanos necesitamos conocer los límites precisos de respetar.

- **Respeto.** En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, el respeto significa valorar a los demás considerando su dignidad, en las relaciones con los usuarios, proveedores y todos los miembros de la comunidad hospitalaria, actuando con probidad, imparcialidad y amabilidad, mejorando el clima laboral y organizacional, brindando la misma calidad de servicio y gestión a toda la población.
- **Integridad.** En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, la integridad es actuar en el desarrollo de sus funciones y/o actividades con honradez, rectitud, lealtad, honorabilidad, entre otros, colocando en la ejecución de sus labores toda su capacidad, conocimiento y experiencia laboral, para el logro de los objetivos institucionales donde prime el interés general sobre el particular.
- **Honestidad.** En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, la honestidad es ejercer las funciones y/o actividades del cargo con honradez, preservando el uso de los recursos institucionales que le son confiados. Debe repudiar, combatir y denunciar toda forma de corrupción y actuar de forma sincera con lo que se informa y ofrece, brindando un servicio oportuno, integral y eficiente.

## 6.4.2 Legales

Los valores legales, son la cualidad de hacer nuestro funcionamiento y producir resultados conforme a la Ley o estar contenido en ella. Cuando se habla de legalidad se hace referencia a la presencia de un sistema de leyes que debe ser cumplido y que otorga la aprobación a determinadas acciones actos o circunstancias.

- **Responsabilidad.** Es el cumplimiento de los procedimientos y normas establecidas por la legislación nacional, departamental y reglamentación interna, por parte de toda persona de la comunidad hospitalaria que preste servicios, maneje bienes y recursos, así como la obligación permanente de rendir cuentas y asumir las consecuencias de los resultados de su trabajo y de su conducta.
- **Justicia.** En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, la justicia se vive al lograr el respeto de los derechos colectivos e individuales de todas las personas que integran la comunidad, basados en la legislación nacional, departamental y reglamentación interna, desarrollando acciones específicas que buscan premiar o sancionar la conducta humana, en proporción igual al bien o al daño causado por dicha conducta.
- **Eficiencia.** En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, la eficiencia se aplica en el desempeño de las funciones y/o actividades a su cargo, en forma personal, con la utilización óptima de los recursos invertidos en los procesos, buscando la mejora continua a pesar de las situaciones adversas, durante la prestación de servicios, de manera que los costos por este concepto sean los necesarios, orientados a la satisfacción del cliente.

### 6.4.3 Culturales

Por valores culturales se entiende el sistema según el cual se ejerce la capacidad social de decisión basada en los elementos ideológicos. Los elementos ideológicos son todos los componentes de una cultura que resulta necesario poner en juego para realizar todas y cada una de las acciones sociales, para las cuales es indispensable la concurrencia de creencias y valores de diversas clases, adecuadas a la naturaleza y al propósito de cada acción.

- **Colaboración.** En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, se hace evidente la colaboración cuando trabajamos con los diferentes equipos institucionales con base a una buena comunicación asertiva, oportuna y sin ánimo de lucro para el cumplimiento de la misión del HUEM y brindando respuestas ante solicitudes manifestadas por usuarios y entes gubernamentales.
- **Compromiso.** En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, el compromiso es el sentimiento de afecto y aprecio por la entidad, convirtiéndose en parte esencial y necesaria de la organización de tal manera que se trabaje con el firme propósito de contribuir al logro de la misión y visión institucional.
- **Cumplimiento.** En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, es actuar integralmente con calidad, oportunidad y pertinencia. Es el resultado del trabajo de toda la comunidad hospitalaria.
- **Servicio.** En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, el servicio se aplica al actuar con calidez, pertinencia, oportunidad y calidad, en la labor o

función propia a su cargo, para satisfacer la necesidad del cliente externo o interno según sea la naturaleza y propósito.

## 6.5 PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

“Los principios institucionales no son parte de la visión, como tampoco de la misión. En cambio, son el soporte de la visión y de la misión. En otras palabras, cuando definimos la misión y la visión de la empresa, éstas deben enmarcarse dentro de los principios de la compañía y no puede ser contrarias. Como normas que regulan un comportamiento, los principios corporativos son el marco de referencia dentro del cual debe definirse el direccionamiento estratégico de la empresa”.<sup>2</sup>

**S**ervir bajo los lineamientos de seguridad del paciente

**E**ficiencia en la gestión de recursos públicos.

**R**espeto por la dignidad humana en todas nuestras acciones.

**M**antener relaciones de confianza con los diferentes actores del sistema en salud.

**E**jecutar acciones en el marco del respeto y protección del medio ambiente.

**J**alonar servicios innovadores en salud.

**O**rientar el trabajo en equipo para el logro de resultados.

**R**econocer al usuario como centro de la atención, satisfaciendo sus necesidades y expectativas.

<sup>2</sup> Gerencia estratégica. Humberto Serna Gómez. 11° edición. 3R editores.

## 6.6 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

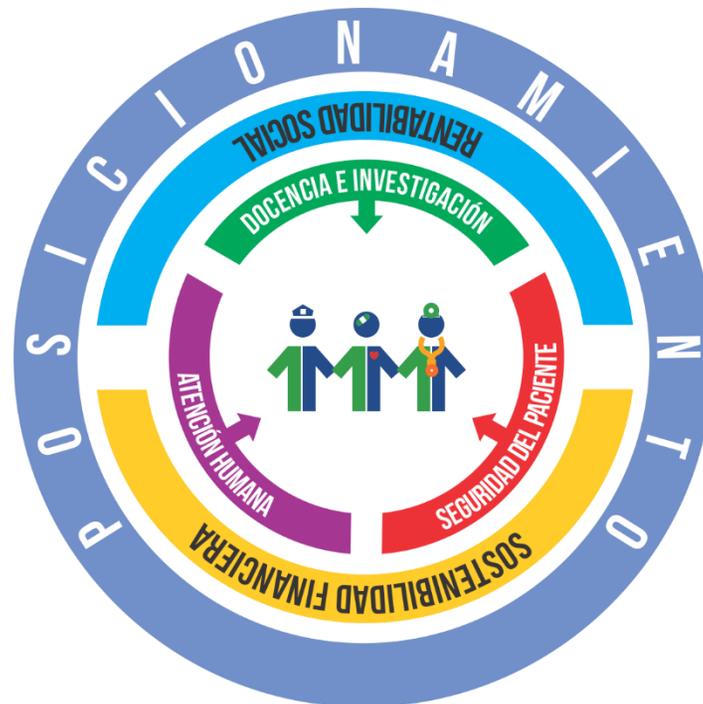


Ilustración 28: Objetivos estratégicos de la E.S.E H.U.E.M.

- **Posicionamiento:** Posicionar a la E.S.E. como la mejor I.P.S. del Departamento Norte de Santander.
- **Solidez y sostenibilidad financiera:** Mantener para la E.S.E. H.U.E.M., el índice de riesgo dentro de la clasificación “Sin riesgo”, acorde a la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social.
- **Rentabilidad social:** Fortalecer espacios de participación, educación y acercamiento con la comunidad del Departamento.

- **Atención humana:** Brindar una experiencia hospitalaria acogedora que favorezca el bienestar integral del ser humano.
- **Seguridad del paciente:** Garantizar los procesos institucionales y asistenciales seguros mediante la aplicación de prácticas que mejoren la actuación de los profesionales y el involucramiento de pacientes y allegados en su seguridad, en el marco de una cultura de gestión del riesgo.
- **Docencia e investigación:** Desarrollar espacios de formación, educación e investigación que permitan mantener el status universitario.

## 6.7 MATRIZ ESTRATEGICO – TACTICA

Una vez identificados los objetivos estratégicos se consolidan los mismos, como las estrategias a intervenir durante el periodo 2016-2020, y se priorizan los programas y proyectos a ejecutar, definiendo el tiempo de ejecución, indicador y recurso necesario. Los cuales se plasman en la matriz estratégico – táctica, que hace parte integral del presente documento (Anexo No.1).

## 6.8 PRINCIPALES POLÍTICAS INSTITUCIONALES

### 6.8.1 Política de seguridad del paciente

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, se compromete a desarrollar acciones de buena fe, eficientes, transparentes y responsables, que permitan reducir el mínimo los errores en la atención del paciente mediante la sensibilización, educación, identificación de riesgos, generación y mantenimiento de comportamientos y acciones aseguradas en un entorno de confidencialidad y confianza.



### 6.8.2 Política de humanización



La E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, se compromete a la prestación de servicio de salud en condiciones de igualdad, dignidad, privacidad y respeto, dando respuesta a las necesidades y expectativas físicas, psicológicas, sociales y culturales del paciente – usuario; integrando participativamente los valores institucionales con el ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios desarrollando acciones que favorezcan el bienestar integral del ser humano en pro de una experiencia hospitalaria acogedora.

### **6.8.3 Política de calidad**

Prestar y ofrecer servicios con elevados estándares calidad, respeto a la dignidad humana, enmarcados en principios éticos y con vocación de servicios; articulando e integrando los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad en la prestación de sus servicios.

### **6.8.4 Política institucional**

En la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, enfocamos nuestra gestión en la contribución por el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros pacientes-usuarios, cuidando y protegiendo la seguridad del paciente y del prestador, apoyados en acciones desarrolladas por un equipo humano competente, cumpliendo los requisitos legales aplicables y fortaleciendo la mejora continua.

### **6.8.5 Política de gestión del riesgo**

La E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz en armonía con el direccionamiento estratégico y la administración por procesos, se compromete a identificar, analizar y controlar los riesgos ASOCIADOS A LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD y riesgos por corrupción, promoviendo la gestión efectiva de recursos y proporcionando una seguridad razonable QUE PERMITA FORTALECER EL LOGRO en la consecución de los objetivos institucionales”