



"Protegemos tu salud y la de tu familia"

**PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL
2014 – 2016**

**JANYM ALBERTO
MAESTRE BARRETO**
Gerente

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2014 – 2016

**“PROTEGEMOS TU SALUD Y LA
DE TU FAMILIA”**

**JANYM ALBERTO
MAESTRE BARRETO**
Gerente

CONTENIDO

INTRODUCCION

MARCO NORMATIVO

1	COMPONENTE DIAGNÓSTICO	13
1.1	DIAGNOSTICO EXTERNO	13
1.1.1	ARTICULACION CON LOS PLANES DE DESARROLLO: NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL	13
1.2	ENTORNO TERRITORIAL	17
1.2.1	EL MUNICIPIO DE EL COPEY Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	17
1.2.2	PERFIL DEL MUNICIPIO DE EL COPEY	19
1.2.3	ENFOQUE SOCIECONÓMICO	42
1.2.3.2	Necesidades Básicas Insatisfechas	42
1.2.4	EDUCACIÓN	44
1.2.5	SITUACIÓN SANITARIA Y SERVICIOS	46
1.2.6	SITUACION DE SALUD	49
1.3	DIAGNOSTICO INTERNO DE LA INSTITUCION HOSPITALARIA	77
1.3.1	ANTECEDENTES.....	77
1.3.2	REGISTRO COMO PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	77
1.3.3	OFERTA DE SERVICIOS.....	77
1.3.4	SISTEMA DE REFERENCIA	79
1.3.5	INFRAESTRUCTURA FISICA Y DOTACION	80
1.3.6	DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD.....	81
1.3.7	ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS	81
1.3.8	MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA 2012	82
1.3.9	MORBILIDAD POR URGENCIAS 2012.....	82
1.3.10	SERVICIOS - TALENTO HUMANO	83
1.3.11	ANALISIS FINANCIERO PERIODO AÑO 2010 – SEPTIEMBRE 2013.....	86

1.3.12	ANÁLISIS ESTADOS FINANCIEROS HOSPITAL SAN ROQUE	96
1.3.13	CONCLUSIÓN.....	97
1.3.14	ANÁLISIS DE INDICADORES O RAZONES FINANCIERAS	99
1.3.15	ANÁLISIS DE INDICADORES INSTITUCIONALES	101
1.3.16	IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DEL USUARIO.....	102
1.3.17	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	104
2	PLANEACION ESTRATEGICA.....	105
2.1	PLATAFORMA ESTRATEGICA	107
2.1.1	ANALISIS SITUACIONAL – MATRIZ DOFA.....	107
2.1.2	GRANDES PROPOSITOS INSTITUCIONALES.....	110
2.1.3	POLÍTICA DE CALIDAD.....	110
2.1.4	POLITICA DE ATENCIÓN HUMANIZADA.....	110
2.1.5	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	110
2.1.6	POLÍTICA DE PRESTACION DE SERVICIOS	110
2.1.7	POLITICA DE TALENTO HUMANO	111
2.1.8	POLITICA DE ATENCION AL USUARIO.....	111
2.1.9	MODELO DE GESTION	112
2.1.10	VALORES INSTITUCIONALES.....	112
2.1.11	PRINCIPIOS CORPORATIVOS	113
2.1.12	MISIÓN.....	115
2.1.13	VISIÓN	116
2.1.14	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	118
2.1.15	PILARES DE LA CALIDAD	119
2.1.16	OTROS COMPONENTES DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA.....	119
2.1.17	RETOS ESTRATEGICOS	119
2.1.18	MAPAS ESTRATEGICOS	120
3	PLAN GENERAL DE INVERSIONES GENERAL 2014 -2016.....	125
3.1	ALCANCE PLAN DE INVERSIONES.....	125
CONCLUSION Y RECOMENDACIONES		



MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL SAN ROQUE de EL COPEY ESE

WILFRIDO ENRIQUE RUIZ RADA

Alcalde Municipal
PRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA

FABIAN ELJAIK FERNANDEZ

Secretario de Salud Municipal
Representante Estamento Administrativo

NESTOR MOISES GALVAN DIAZ

Representante de la Asociación de Usuarios

MARGARITA ROSA MOSCOTE MORA

Representante de los Empleados del HSR Área de la Salud

MAGNOLIA CORREACASTRO

Representante de los Empleados del HSR Área Administrativa

JANYM ALBERTO MAESTRE BARRETO

Secretario Técnico de la Junta Directiva



PRESENTACION

El Plan de Desarrollo Institucional de la ESE San Roque incorpora un análisis integral, objetivo y en lo posible cuantificable de la situación Institucional, lo cual se asume como punto de partida para la proyección de la gestión durante los próximos tres años. Aúna esfuerzos de los Funcionarios de la Institución Hospitalaria, en busca del cumplimiento de los objetivos estratégicos desde una perspectiva humana, asistencial y administrativa; orienta el presupuesto institucional e identifica prioridades y puntos de convergencia para articular los intereses de los diferentes actores institucionales.

Uno de los grandes retos que tienen las IPS especialmente las del sector público, es la rápida transformación organizacional con lo cual se pretende estructurar procesos gerenciales que permitan realizar una excelente planeación, una adecuada inversión de los recursos tanto financieros como técnicos y humanos logrando con ello una alta rentabilidad social y financiera.

El Plan Estratégico invita a todos a trabajar en equipo para lograr el cambio que se desea y que se ha diagnosticado de antemano. Ese cambio no es otro que el de cumplir las metas propuestas para cada año y en cada una de las áreas institucionales de tal manera que al finalizar el periodo se evidencie el mejoramiento institucional y una mayor satisfacción del usuario interno y externo

En concreto, este Plan pretende:

- ✓ Que las necesidades y demandas de los usuarios y sus acompañantes, sean el punto de referencia para organizar y guiar las actividades del Hospital.
- ✓ Que los profesionales que trabajan en el Hospital se sientan a gusto en su trabajo, estén capacitados y tengan un elevado grado de autoestima y desarrollo profesional.
- ✓ Prestar servicios de salud con las máximas garantías técnico – científicas.
- ✓ Estandarizar los procesos y procedimientos.
- ✓ Reducir los riesgos y aumentar la seguridad para los usuarios y trabajadores, propendiendo por garantizar la prestación de servicios con un esquema de seguridad integral.
- ✓ Aumentar la eficiencia de los recursos económicos del Hospital.

Mejorar la Imagen Corporativa que incentive tanto al cliente interno propendiendo por mejorar cada día, en pro de un buen clima organizacional, como al cliente externo en lo que tiene que ver con la satisfacción de los servicios recibidos.

EL Plan contempla un Componente Diagnóstico que incorpora una visión de la Situación del Entorno Territorial (Perfil Demográfico, Socioeconómico, Servicios y Coberturas en Salud); un análisis del estado actual de la E.S.E. Hospital San Roque de El Copey, que incluye factores inherentes a la salud desde el enfoque interno de la Institución. Un Componente Estratégico, la Plataforma Estrategia, Objetivos, Principios así como los



programas, proyectos y acciones que deben implementarse durante el presente periodo gerencial como herramienta de desarrollo humano y empresarial.

El cumplimiento de los objetivos propuestos, servirá para aumentar las posibilidades de autosuficiencia de la entidad, mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud y seguridad de los usuarios.

Todas las acciones planteadas están orientadas a lograr identificar factores inherentes a la prestación del servicio en la E.S.E. profundizando en los temas específicos en lo referente a la calidad de la atención del usuario mirado desde la perspectiva de clientes internos y externos satisfechos, con una gestión eficiente de los recursos y el propósito de lograr las metas y mantener la sostenibilidad económica de la empresa.

Para la Construcción del Plan hemos recibido las sugerencias y aportes de todos los profesionales, clientes, proveedores, directivos de la institución, además de las expectativas de la comunidad en general, a través de la aplicación de una encuesta de satisfacción; dando también una mirada especial al cliente interno desde su área laboral; comprometiéndolos a mostrar una realidad institucional en pro de una mejora de la misma.



INTRODUCCIÓN

El proceso de descentralización en el sector salud se ha venido consolidando a partir de la década del noventa, cuando se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, y se fortalece a la luz de la Carta Política Colombiana que consagra la Salud como un Servicio Público y establece como obligación del Estado, la de organizar la prestación de los servicios de salud conforme a los principios de Equidad, Universalidad, Oportunidad y Eficiencia.

Para el año de 1993 se da forma al actual Sistema General de Seguridad Social en Salud consolidándose el proceso de descentralización, el cual ha requerido de un gran esfuerzo por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las cuales han tenido que adelantar una serie de transformaciones, de ser hospitales públicos cobijados bajo una visión paternalista del Estado a convertirse en Empresas Sociales del Estado (ESE) las que con autonomía administrativa y financiera deben permanecer en el mercado a través de la venta de servicios de salud.

Dentro de este contexto, la planificación en salud cobra una importancia tal, que se hace obligatorio para los Gobiernos Nacional, Departamental y Municipal la elaboración de Planes de Desarrollo, que formulen las políticas y lineamientos a seguir por la institución durante un periodo de tiempo determinado, orientando la inversión financiera hacia los problemas priorizados por la comunidad y la institución.

El desafío de los actuales administradores municipales consiste en mejorar los indicadores de salud de la población. Esto requiere la puesta en marcha de un proceso adecuado de planeación en salud que permita, partiendo de un diagnóstico de salud, formular propuestas que pretendan mejorar las coberturas de atención en salud, el mejoramiento de la oferta pública de los servicios, el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los hospitales públicos, la calificación del recurso humano, el mejoramiento de las condiciones laborales, la puesta en marcha de mecanismos que garanticen la calidad de los servicios de salud, y el cambio del perfil de morbimortalidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, El Hospital San Roque E.S.E. de El Copey, como Entidad descentralizada del orden municipal, define para la vigencia 2014 – 2016 el Plan de Desarrollo Institucional, orientado a lograr un mejor perfil de desarrollo, adecuación de la infraestructura empresarial, control de gestión y una mejor prestación de servicios de salud, guardando la congruencia con el Plan de Gestión de la E.S.E.

El Plan de Desarrollo Institucional es la carta de navegación y el principal instrumento de planeación y gestión para el desarrollo integral de la Institución Hospitalaria, se constituye en la herramienta administrativa que orienta y brinda los lineamientos para desplegar la acción gerencial, por tanto le posibilita a la dirección del Hospital San Roque de El Copey ESE, el uso ordenado de todos los recursos y esfuerzos disponibles para el logro de objetivos y metas estratégicas.

Este Plan define la ruta que debe transitar la Gerencia y los diferentes equipos de la Institución Hospitalaria, para materializar decisiones, acciones, medios y el desarrollo de programas y proyectos durante el periodo 2012 -2016. Además busca priorizar las



acciones de desarrollo, concertar los intereses de los clientes internos y externos y correlacionar los programas y proyectos de la institución con los del Municipio de El Copey para promover el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Por otra parte, posibilita la Evaluación de la Gestión toda vez que incorpora metas que facilitan las acciones de seguimiento.



MARCO NORMATIVO

El Hospital San Roque Empresa Social del Estado de El Copey, se encuentra dotada de personería jurídica, con patrimonio propio y autonomía administrativa, e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sometida al régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículo 194 y 197 de la Ley 100 de 1993.

Para la elaboración del Plan de Desarrollo Institucional de la E.S.E., consideramos necesario remontarnos a la Constitución Política de 1991, donde se evidencia el papel que tiene el estado con la red pública hospitalaria, de igual manera, se enuncian las principales normas que inciden en la gestión de la empresa así:

La Ley 10 de 1990: Ordenamiento que reorganiza el Sistema Nacional de Salud y dicta otras disposiciones.

Constitución Política de Colombia [CPC] de 1991, Artículos 1o, 2o, 4o, 5o, 7o, 11, 13, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 322, 336, 352, 353, 356 y 357.

Artículo 342 de la Constitución Política de Colombia: “La correspondiente ley orgánica reglamentará todo lo relacionado con los procedimientos de elaboración, aprobación, y ejecución de los planes de desarrollo y dispondrá los mecanismos apropiados para su armonización y para la sujeción a ellos de los presupuestos oficiales”.

Artículo 344 de la Constitución Política de Colombia: Los organismos departamentales de planeación harán la evaluación de gestión y resultados sobre los planes y programas de desarrollo e inversión de los departamentos y municipios.

Ley 100 de diciembre 23 de 1993, por la cual, se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones: Libro II, Título I, sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 80 de 1993, Por medio del cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

Ley 87 de 1993, Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las Entidades y Organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.

Ley 152 de 1994, Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo y tiene como propósito establecer procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo.

Decreto 1876 de 1994, Desarrollo normativo que regula la plataforma jurídica de las E.S.E.

Ley 489 de 1998; Ordenamiento Normativo que establece en su “Artículo 107. Convenios para la ejecución de planes y programas. Con la periodicidad que determinen las normas reglamentarias, la Nación y las entidades territoriales podrán celebrar convenios con las



entidades descentralizadas del correspondiente nivel administrativo, para la ejecución de los planes y programas que se adopten conforme a las normas sobre planeación.

En dichos convenios se determinarán los compromisos y obligaciones de las entidades encargadas de la ejecución, los plazos, deberes de información e instrumentos de control para garantizar la eficiencia y la eficacia de la gestión”.

Las Resoluciones 412 y 3384 de 2000 “Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Ley 715 del 21 de diciembre de 2001, define “Las competencias y recursos para los entes territoriales del orden municipal y departamental, destinados para la salud y educación con cargo al sistema de participaciones.”

Decreto 1599 del 20 de Mayo de 2005. “Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiana2, MECI 1000:2005.

Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006. Por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.

Resolución 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios para habilitar los servicios de salud e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Resolución 1445 de 2006. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.

Resolución 1446 de 2006. Por la cual se adopta el sistema de información y los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud.

Resolución 142 de 2006, Establece mecanismos para la implementación del MECI 1000-2005.

Ley 1122 de 2007, mediante la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones.

Decreto 4747 de 2007, reglamenta los aspectos de las relaciones entre los actores del sistema de Salud.

Resolución 2181 de 2008, “Homologación del sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad para las IPS Públicas”

Ley 1450 de 2011. Plan de Desarrollo Nacional “PROSPERIDAD PARA TODOS” 2010 - 2014.



Plan de Desarrollo del Departamento del Cesar 2012 – 2015 “PROSPERIDAD A SALVO”.

Plan de Desarrollo Municipal del Copey 2012 – 2015 “AQUÍ GANAMOS TODOS”.

Ley 1453 de 2011. Nueva Ley de Seguridad Ciudadana.

Ley 1454 de 2011. Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial. Regula: La Formulación y aprobación del plan de ordenamiento territorial. Complementario a la planificación económica, social y física, pretendiendo orientar el desarrollo racional del territorio, y su aprovechamiento sostenible.

Ley 1523 de 2012. Por la cual se adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo y se dictan otras disposiciones.

Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los **Objetivos de Desarrollo del Milenio** –2015.

2 COMPONENTE DIAGNÓSTICO

2.1 DIAGNOSTICO EXTERNO

2.1.1 ARTICULACION CON LOS PLANES DE DESARROLLO: NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL.

2.1.1.1 *Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 “PROSPERIDAD PARA TODOS”.*

El Plan Nacional de Desarrollo, en su Capítulo IV, consagra como pilar estratégico el denominado “Igualdad de Oportunidades para la Prosperidad Social”, cuyo objetivo es impulsar una “Política Integral de Desarrollo y Protección Social”. Los elementos fundamentales para el sector salud: Una de las condiciones necesarias para disminuir los niveles de pobreza y de desigualdad es garantizar el funcionamiento del Sistema de Protección Social, cuyo diseño comprende tres grandes componentes: 1. La seguridad social integral en salud, riesgos profesionales y protección al cesante. 2. La promoción social y 3. Las políticas y programas de formación del capital humano. El gran objetivo de un sistema de protección social es velar por la igualdad de oportunidades para toda la población. Los retos más urgentes para alcanzar este objetivo es consolidar un sistema de salud equitativo, sostenible y de calidad.

Las prioridades se centran en implementar un modelo de atención integral que evolucione hacia una cobertura universal, con equidad y calidad. En este contexto, se asumen como criterios de equidad en la primera infancia las brechas urbanas rurales, las necesidades particulares de los niños de acuerdo con la edad y condición, así como la situación real de cada una de las entidades territoriales en términos de salud, nutrición, educación y cuidado.

Líneas de Acción del Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014

El Plan de Desarrollo en su componente de salud, establece las siguientes líneas estratégicas de intervención que deben ser consideradas:

- ✓ Atención integral a la primera infancia
- ✓ Atención integral a la gestante
- ✓ Programa de vacunación
- ✓ Programa de salud sexual y reproductiva
- ✓ Programa de detección y tratamiento oportuno del cáncer
- ✓ Programa de seguridad en la vida sexual activa
- ✓ Programa de malaria y dengue
- ✓ Programa de enfermedades crónicas.

El Plan de Desarrollo Nacional presenta indicadores en salud con línea de base y metas proyectadas para el año 2014 que se presentan en la tabla 1 de la siguiente manera:

Tabla 1 Indicadores Plan Nacional De Desarrollo

INDICADOR	LINEA DE BASE	META
Tasa de mortalidad infantil ajustada	20,6 por 1000 nacidos vivos.	17,15
Tasa de mortalidad en la niñez ajustada	24,89 por 1000 nacidos vivos.	19,61
Razón de mortalidad materna	75,6 muertes por 100.000 nacidos vivos	48,8
Cobertura de vacunación en niños y niñas de 1 año	Triple viral: 95.2% DPT: 92.2%	95% anual
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales	83.6%	89%
Porcentaje de atención institucional de parto	98.1%	98.1%
Porcentaje de niños con bajo peso al nacer	8.5%	<10%
Tasa ajustada por edad de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino	8,8 por 100.000 mujeres	7.08
Prevalencia de VIH en población de 15 a 49 años	0.59%	<1% anual
Prevalencia de enfermedad renal crónica estadio 5	45,1 por 100.000 habitantes	Reducir 10% en el cuatrienio
Proporción de pacientes que se mantienen con enfermedad renal o en estadio temprano a pesar de tener enfermedades precursoras	54%	85%
Porcentaje de captación en los servicios de salud de los pacientes existentes con HTA en la población BDUA	38%	70%
Porcentaje de la población que percibe como bueno su estado de salud	79,5%	90%
Prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 5 años y mujeres de 13 a 49 años en las áreas urbano y rural	33%	Reducir a 20%
Duración de la lactancia materna exclusiva	1,8 meses	Incrementar a 3,8 meses
Porcentaje de niños menores de 5 años que presentan retraso en talla o desnutrición crónica	13,2%	8%
Cobertura de citología cervico uterina en mujeres de 25 a 69 años	76%	Sostener al menos en 76%
Prevalencia del uso de métodos modernos de anticoncepción entre la población adolescente 15 a 19 años	55.5%	63.6%

Prevalencia de uso de métodos de anticoncepción moderna en la población sexualmente activa	68.2%	74%
Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están en embarazo	20.5%	< 15%

Fuente: Plan de Desarrollo Nacional 2010-2014

2.1.1.2 Plan de Desarrollo del Departamento Del Cesar 2012 – 2015 “PROSPERIDAD A SALVO”.

El Plan Departamental de Desarrollo “**Prosperidad a Salvo**” define como objetivo general, mejorar las condiciones sociales y económicas del departamento del Cesar, para lo cual propone como planteamiento estratégico:

- ✓ Disminuir la pobreza (De frente con la pobreza)
- ✓ Incrementar la competitividad del territorio (Empleo, productividad y competitividad para la prosperidad)
- ✓ Construir la confianza, la gobernabilidad y capital social (Cesar seguro y en paz, Desarrollo Institucional con buen gobierno)
- ✓ Mejorar la calidad de vida

El primer planteamiento (Disminuir la Pobreza) denominado “**De frente con la pobreza**” contempla líneas estratégicas sectoriales y transversales que involucran el sector salud y que propenden por asegurar la prestación de servicios sociales del gobierno con equilibrio, calidad y oportunidad para garantizar la calidad de vida e impactar el desarrollo humano, para lo cual se definen los siguientes indicadores con línea de base y meta proyectada 2015.

LÍNEA ESTRATÉGICA: “Primera Infancia, Niñez, Adolescentes y Jóvenes Siempre a Salvo”.

Tabla 2 Indicadores Plan de Desarrollo Departamental del Cesar 2012 – 2015 planteamiento estratégico: “DE FRENTE CON LA POBREZA”

INDICADOR	LÍNEA DE BASE	FUENTE	Meta 2015
Tasa de mortalidad infantil < 1 año	15,1 x 1000 NV	SIVIGILA	12
Tasa de mortalidad en la niñez < 5 años	3,74 x 1000 NV	DANE 2011	3,4
Razón de mortalidad materna	113 muertes x 100.000 NV	DANE 2011	4,5
Tasa mortalidad perinatal	10,41 muertes x 1000 NV	DANE 2011	7
Tasa mortalidad por desnutrición < 5 años	10,82 muertes x 100.000 NV	DANE 2009	9,4
% Niños con bajo al peso al nacer	8,64%		

Mantener la cobertura de vacunación	100%	MPS	100%
% Transmisión materno infantil de VIH	4% de transmisión	SIVIGILA 2010	2%
% de embarazos en adolescentes	25%	DANE 2009	23%
Propuesta de política pública para adolescentes y jóvenes	0		1

Fuente: Plan de Desarrollo Departamental del Cesar 2012 – 2015

LÍNEA ESTRATÉGICA: “Salud Sin Fronteras”

Tabla 3 Indicadores Plan de Desarrollo Departamental del Cesar 2012 – 2015 Planteamiento Estratégico: “DE FRENTE CON LA POBREZA”

INDICADOR	LÍNEA DE BASE	FUENTE	META 2015
Tasa de mortalidad por cáncer de mama	7,9 muertes por 100.000 mujeres	DANE 2009	5
Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino	13.43 muertes por 100.000 mujeres	DANE 2009	12
Aumentar el tiempo de dedicación de lactancia materna exclusiva	0,7 mes	ENSIN 2010	1 mes

Fuente: Plan de Desarrollo Departamental del Cesar 2012 – 2015

2.1.1.3 Plan de Desarrollo del Municipio de El Copey 2012 – 2015 “AQUÍ GANAMOS TODOS”.

El Plan de desarrollo Municipal del Copey establece como objetivo general: Fortalecer al Municipio garante del bienestar general y el mejoramiento continuo de la calidad de vida, por medio del desarrollo agroindustrial, turístico y la transformación económica del territorio garantizando la prestación eficiente de servicios públicos, la ejecución de proyectos de inversión pública orientada a la competitividad en el contexto regional. Y en su eje orgánico de Integridad social propone como objetivo general para el sector salud: Brindar un servicio de calidad en salud para todos los copeyanos, especialmente a los grupos más vulnerables, para reducir los niveles de morbilidad y mortalidad del municipio; al igual que mejorar la calidad de vida de su población, garantizando la cobertura en salud, estableciendo parámetros para la protección de grupos vulnerables generando capital humano idóneo en pro del desarrollo y prosperidad del municipio.

Objetivos de Resultado

- ✓ Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de servicios de salud con calidad a la población de El Copey – Cesar.
- ✓ Formular el Plan Decenal de Salud Pública territorial con enfoque diferencial.
- ✓ Alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio:
- ✓ Reducción de la desnutrición infantil.

- ✓ Reducir la mortalidad infantil y en la niñez.
- ✓ Reducir la tasa de mortalidad materna.
- ✓ Lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva.
- ✓ Reducir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
- ✓ Fortalecer el Sistema de Información territorial en Salud que permita evaluar el avance municipal en salud.

2.2 ENTORNO TERRITORIAL

2.2.1 EL MUNICIPIO DE EL COPEY Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

En el año 2000, los miembros de las Naciones Unidas se comprometieron en lograr un mundo más pacífico, próspero y justo, a liberar a los hombres, mujeres y niños de las condiciones lamentables e inhumanas de la extrema pobreza, a que el derecho al desarrollo sea una realidad para todos y a librar a toda la raza humana de carencias. El compromiso tenía como objetivo permitir que los pobres del mundo vivieran con dignidad y para ello se formularon ocho (8) objetivos denominados: Objetivos del Milenio, los cuales deben lograrse para el año 2015. Ellos son:

- ✓ Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- ✓ LOGRAR la enseñanza primaria universal.
- ✓ Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- ✓ Reducir la mortalidad infantil.
- ✓ Mejorar la salud materna.
- ✓ Combatir el **VIH/SIDA**, el paludismo y otras enfermedades.
- ✓ Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- ✓ Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

A partir de la normatividad expedida en Colombia para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, los entes municipales, como es el caso del Municipio de El Copey, estructuraron sus Planes de Desarrollo, teniendo como marco dichos objetivos.

Si bien todos los objetivos tienen que ver con el Plan de Desarrollo Institucional del Hospital San Roque de El Copey, puesto que en una u otra forma son categorías biológicas o socioeconómicas íntimamente ligadas al proceso salud-enfermedad, sobresalen los siguientes objetivos: Cuatro (4) Reducir la Mortalidad Infantil; Cinco (5) Mejorar la Salud Materna; Seis (6) Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades. El objetivo uno (1) está relacionado con los niveles de seguridad alimentaria y nutricional, condición básica para una buena salud y el dos (2) con la enseñanza universal, especialmente la de los niños y jóvenes. Los dos últimos Objetivos y el relativo a la mujer son base fundamental para alcanzar óptimos niveles de salud.

En desarrollo del presente estudio se analizarán las actividades adelantadas para alcanzar las metas trazadas en virtud de los objetivos. En el abordaje específico de cada

uno de ellos se incluirán las cifras e indicadores que muestran si las metas trazadas ya han sido cumplidas.

Tabla 4 Metas del Milenio Plan de Desarrollo del Municipio de El Copey

OBJETIVO	META COLOMBIA	Línea de Base Salud El Copey 2012-2015
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.	Reducir al 28,5% la pobreza y a 8,8% la pobreza extrema.	Misma Meta Nacional
2. Lograr la educación básica universal. Reducir la tasa de analfabetismo para personas entre 15 y 24 años.	Para el 2015 de 1%.	Reducir el analfabetismo
3. Promover la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer.	Para el 2015 se implemente y se ponga en marcha una estrategia intersectorial de vigilancia de la violencia intrafamiliar.	En 2012 se presentaron 40 denuncias por violencia intrafamiliar
4. Reducir la Mortalidad Infantil.	Para el 2015 en niños menores de 5 años por cada mil nacidos a 14 muertes.	En el 2009 TMI de 39,86 muertes x 1,000 N.V. (DANE Ajustado)
5. Mejorar la salud sexual y reproductiva de la mujer.	Para el 2015 reducir la tasa de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil nacidos vivos.	Mantener el Indicador de 0 casos del 2013.
6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y el dengue.	Para el 2015 mantener la prevalencia de la infección por debajo del 1,2% en la población entre 15 y 49 años.	Mantener la prevalencia de la infección por debajo de 1,2% en la población entre 15 y 49 años.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.	Reforestado para el 2015 30.000 hectáreas anuales de bosques.	
8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.	23,8 computadores por cada 100 habitantes.	Internet limitado

Fuente: Objetivos del Milenio, Naciones Unidas. Plan de Desarrollo Municipio de El Copey del Cesar 2012-2015

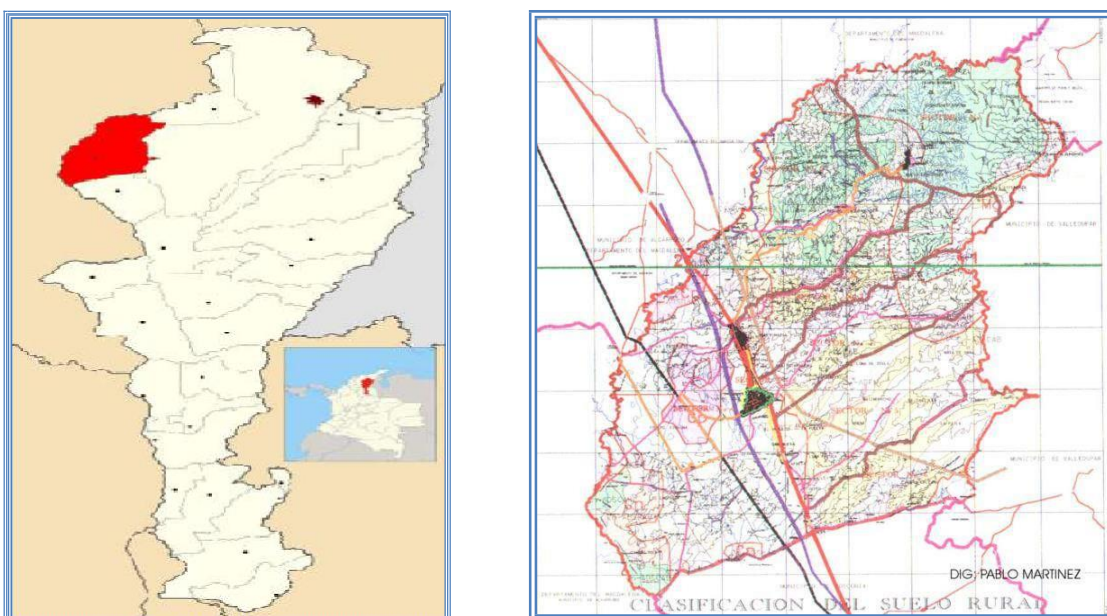
2.2.2

2.2.3 PERFIL DEL MUNICIPIO DE EL COPEY

El Municipio de El Copey fue fundado el 08 de Noviembre de 1936 por JOS ANTONIO GUTIERREZ, erigido corregimiento de Valledupar en 1953 y el 3 de Noviembre de 1971, mediante Ordenanza N° 008 convertido en Municipio, segregado del Municipio de Valledupar; inicio su vida político administrativa el 21 de Enero de 1972.

2.2.3.1 Localización Física

Mapas de El Copey



Fuentes: <https://es.wikipedia.org> y <http://elcopey-cesar.gov.co/mapas>

Tabla 5 Ubicación y Localización Geográfica

Georeferenciación	10° 9' Latitud Norte 73° 28' Longitud Oeste del Meridiano de Greenwich
Ubicación Geográfica	El Municipio de El Copey se encuentra ubicado en la subregión Noroccidental del Departamento del Cesar
Extensión	96.810,561 hectáreas
Altitud	180 msnm
Limites	Norte: Municipio de Fundación (Magdalena).
	Sur: Municipio de Bosconia.
	Oeste: Municipio de Algarrobo (Magdalena)
	Este: Municipio de Valledupar
Distancia con la capital del Departamento	125 Kilómetros
Código DANE	20238

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de El Copey 2012 - 2015

2.2.3.2 Hidrografía.

El Copey, tiene la fortuna de contar con gran afluente hídrico: Tres ríos, (Ariguani, Garupal y Ariguanicito); 54 quebradas, 21 arroyos. El río Ariguani hace parte de la Macro cuenca del Río Cesar, En la Sierra Nevada nace el río Ariguaní principal afluente del río Cesar nace en el occidente de la cuchilla de San Quintín a 2.050 m.s.n.m. al Suroccidente de la Sierra Nevada de Santa Marta. En su recorrido sirve de límite de los Departamento de Magdalena y Cesar y, en su recorrido desembocan los ríos Chimila y Ariguanicito (Fuente: Fundación Prosierrra, Historia y Geografía, Sierra Nevada de Santa marta. Pág. 25).

2.2.3.3 Clima.

Temperatura media de 35° C.
Temperatura máxima: 39.7 °C
Temperatura mínima: 26.7 °C
Precipitación: 0.9 mm
Humedad relativa: 60 %%
Presión atmosférica: 1009.2 Mb hPa

2.2.3.4 División Político Administrativa

El Municipio está clasificado en la Sexta Categoría según la Ley 617 de 2000, con un indicador de desempeño del 66.58%, y registra en su organización político administrativa tres (3) corregimientos: Caracolicito, San Francisco y Chimila

Tabla 6 DIVISIÓN POLITICA

Barrios (20)	27 de abril, Las flores, 31 de octubre, Las Mercedes, Camilo Torres, Luis Andrade, Corea, Montelibano, El Bosque, Piedras Azules, El Carmen, San Carlos, El Porvenir, San Martín, El Sena, San Roque, La Esperanza, San Toro, Las Delicias, Santo Domingo.
Veredas (70)	Sector 1: Altos Corazones, Altos de la Nevera, Bellavista, Canaima, Campo Alegre, Corazones Abajo, El Corombo, La Victoria, La Puya, Los Guácharos, Marquetalia, Mira Flores, Nueva Esperanza, Nuevo Colón, Nueva Bélgica, Paz del Río, Puente Ariguaní
	Sector 2: El Indio, Entre Ríos, La Aurora, La Mano de Dios, Las Brisas, La Providencia, Los Navajos, Piedras Blancas, Puente Quemao, San Jorge, San Miguel, Sierra Negra, Tierras Nuevas, Tosnovan
	Sector 3: Bella Esperanza, Bella Maria, El Espinal, El Reposo, Garupal Abajo, La Mochila, Santa Elena, Villa Esperanza
	Sector 4: Alejandría, Betania, Cuatro Bocas, La Experiencia, La Primavera, La Laguna, Potosí, Santa Rita

	Sector 5: El Común, El Saltillo, La Ley de Dios, Loma Fresca, Maizmorrocho, Nuevo Mundo, Quebrada de Arena, Victoria Dos Bocas
	Sector 6: Alto de las Minas, Campo Alegre Oriental, La Aldea, La Estación, Las Cumbres, La Paila, Nueva Orleáns
	Sector 7: La Gloria, La Huelga, La Legua, Loma de Zoila, Los Mangos, No te Pases, Pekín, Villa del Rosario
Categorización del Municipio	El Municipio del Copey esta clasificado en la categoría sexta por tener ingresos corrientes de libre destinación anuales no superiores a 15.000 salarios mínimos legales mensuales. Tiene un indicador de desempeño del 66.58%.
Corregimientos (3)	Chimila: localizado sobre la via Caracolcito – chimila. San Francisco: localizado sobre la via Caracolcito – chimila. Caracolcito localizado entra la antigua vía al copey, Fundación y la carretera nueva El Copey,

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de El Copey 2012-2015

2.2.3.5 Accesibilidad Geográfica

Distancia a la capital del departamento: Se comunica con la ciudad de Valledupar, capital del departamento del Cesar, por vía pavimentada a 125 kms.

Vías de comunicación:

Aéreas: No tiene

Terrestres:

Tabla 7 Principales Vías Urbanas del Municipio.

Nro.	VIAS	ESTADO	DESCRIPCION
1	CARRERA 14	PAVIM	AVENIDA PRINCIPAL (CALLE DEL COMERCIO)
2	CARRERA 16	PAV PARCIAL	CARRERA LADO ESTE DEL PARQUE PRINCIPAL (ALCALDIA)
3	CARRERA 17	PAV PARCIAL	CARRERA LADO OESTE PARQUE PRINCIPAL COMUNICA EL CENTRO CON EL BARRIO EL BOSQUE Y SAN TORO
4	CARRERA 24	PAV PARCIAL	TRANSITO DE CAMIONES HACIA PALMERAS DE LA COSTA (ACCESO AL BARRIO "LAS DELICIAS")
5	CALLE 2	PAVIM	ACCESO AL MUNICIPIO LLEGANDO POR VALLEDUPAR
6	CALLE 48	PAVIM	SEGUNDO ACCESO AL MUNICIPIO LLEGANDO POR VALLEDUPAR

7	CALLE 8	PAVIM	INGRESO DE CAMIONES HACIA PALMERAS DE LA COSTA
8	CALLE 10	PAVIM	IMPORTANTE VIA SOBRE LA QUE SE ENCUENTRA EL HOSPITAL SAN ROQUE
9	CALLE 11	PAVIM	IMPORTANTE VIA EN BARRIOS NO CENTRICOS
10	CALLE 12	PAVIM	IMPORTANTE VIA EN BARRIOS NO CENTRICOS
11	CALLE 15	PAVIM	IMPORTANTE VIA EN BARRIOS NO CENTRICOS

Fuente: Secretaría de Planeación Municipal de El Copey.

Red Vial Rural del Municipio:

- ✓ Carretera Troncal- Saltillo 5.0 Kms.
- ✓ Carretera Troncal – Maíz Morocho 12.0 Kms.
- ✓ Pekín – Loma Zoila 7.0 Kms
- ✓ Caracolicito – Villa Esperanza 32.0 Kms
- ✓ EL Copey – Los Mangos 19.0 Kms.
- ✓ Los Mangos – Villa del Rosario 10.0 Kms
- ✓ La Estación – Alto de las Minas 10.0 Kms.
- ✓ Nueva Orleans – San José – Victoria – Dos Bocas 6.0 Kms.
- ✓ Victoria – Dos Bocas – Quebrada Arena 9.0 Kms
- ✓ Alto de Mina – La Paila 10.0 Kms.

Tabla 8 Estado Principales Vías Rurales.

Nro.	CARRETERAS	KM	ESTADO
1	CARRETERA TRONCAL -SALTILLO	15.0	MAL ESTADO
2	CARRETERA TRONCAL – MAIZ MOROCHO	12.0	MAL ESTADO
3	PEKIN- LOMA ZOILA	7.0	MAL ESTADO
4	CARACOLICITO-GARUPAL ABAJO – VILLA ESPERANZA	32.0	MAL ESTADO
5	EL COPEY – LA CAMPANA	19.0	MAL ESTADO
6	LOS MANGOS – VILLA DEL ROSARIO	10.0	MAL ESTADO
7	LA ESTACION – ALTO DE LAS MINAS	10.0	MAL ESTADO
8	NUEVA ORLEANS – SAN JOSE – VICTORIA – DOS BOCAS	6.0	MAL ESTADO
9	VICTORIA – DOS BOCAS-QUEBRADA ARENA	9.0	MAL ESTADO

10	ALTO DE MINA – LA PAILA.	10.0	MAL ESTADO
TOTAL		130.0	

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de El Copey 2012-2015.

2.2.3.6 Zonas de Riesgo

Según el Plan de Desarrollo 2012-2015 “La prevención y la atención de desastres es una situación de alta importancia en el municipio. El Copey en temporada de lluvias, se ubica en riesgo de posible deslizamiento en los cerros centrales, en el sector rural se destruyen las vías y el casco urbano queda susceptible de Inundación en los barrios: 31 octubre, Camilo torres, 27 de abril, Montelibano, Esperanza y Porvenir.

El municipio ha implementado estrategias para la mitigación de riesgos y/o amenazas de emergencia. Actualmente cuenta con la defensa civil y la organización del Comité Local para la atención de desastres. (CLOPAD).

Los altos índices de emergencia en El Copey, producto de fenómenos naturales, han ocasionado deterioro en la calidad de vida en la población copeyana. Las principales causas señalan, que ante las manifestaciones de la naturaleza, el municipio no se ha preparado para enfrentar un riesgo o desastre. A pesar que el municipio tiene creado el comité local de prevención y atención de desastres, este órgano colegiado, no cuenta con el apoyo suficiente para desarrollar cabalmente sus funciones. Además, no hay permanente monitoreo a las actividades fijadas como resultado de las reuniones del comité.

Actualmente en el municipio, no hay base de datos actualizada de población con vivienda en zonas de alto riesgo, para monitoreo, análisis y evaluación de las amenazas existentes.

La defensa civil, no cuenta con los elementos mínimos para responder a las emergencias. No existe cuerpo voluntario de bomberos y aún se desconoce los lineamientos de la Ley 1523 de 2012.

Ante situaciones de emergencia, incendios, temblores, inundaciones y demás, no se ha sensibilizado a la población, especialmente a los habitantes de la zona rural sobre atención y prevención de desastres, para evitar la inercia humanitaria cuando ocurran desastres.

No realizar mantenimiento periódico a las vías, en área rural y urbana pueden mantener en alto riesgo el municipio, puesto que el deterioro aumenta el número de accidentes y obstaculización, en los sectores rurales, para responder ante una emergencia”.

2.2.3.7 Enfoque Demográfico

El enfoque demográfico proporciona el conocimiento de la población en términos de cantidad de individuos, características de los mismos e información sobre su ubicación territorial. Para los estudios de salud y demografía, según Naciones Unidas, es necesario conocer, al menos, las siguientes características: sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento, nacionalidad, nivel de instrucción, características socioeconómicas y datos sobre la fecundidad de la mujer. La demografía dinámica, estudia la evolución de la población a lo largo del tiempo y los mecanismos por los que nacen, mueren, inmigran o emigran las personas.

El enfoque demográfico en relación a la Salud Pública suministra los datos necesarios para la elaboración de tasas y otros indicadores sanitarios; para relacionar la población afectada por un fenómeno de salud con la población; para efectuar estudios epidemiológicos que requieren datos de población y de su distribución según características de persona y lugar y para la planificación y programación en salud pública por cuanto requiere conocer de forma precisa el volumen y estructura de la población cuya cobertura se pretende y prever su evolución en un tiempo determinado.

Las fuentes de información utilizadas en el enfoque demográfico son el Censo DANE 2005; el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 "Aquí ganamos todos", la Encuesta de Demografía y Salud 2010; Estadísticas Vitales DANE (natalidad y mortalidad); Análisis de Salud de Colombia ASIS Colombia 2002-2007; la Encuesta Nacional de Salud 2007; la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSIN 2010.

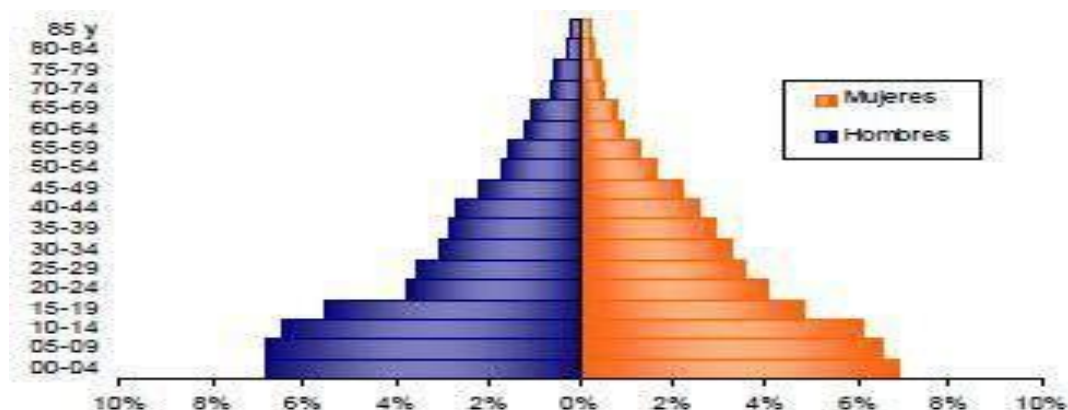
2.2.3.8 Estructura de la Población.

La población del Municipio para el año 2012, según proyección del Censo 2005 alcanza 26.224, que representa el 3.5% del total de habitantes del Departamento.

Los hombres alcanzan el 51,11% y las mujeres el 48,89%; El Copey desde el enfoque de género es mayoritariamente masculino y a medida del aumento en los grupos de edad disminuye tanto la población masculina como femenina.

La pirámide de población del Municipio de El Copey, se presentaba con características de expansiva con una base ancha y disminuyendo hacia la cúpula.

Gráfico 1 Proporción de población según sexo y edad.



2.2.3.9 Evolución de La Población

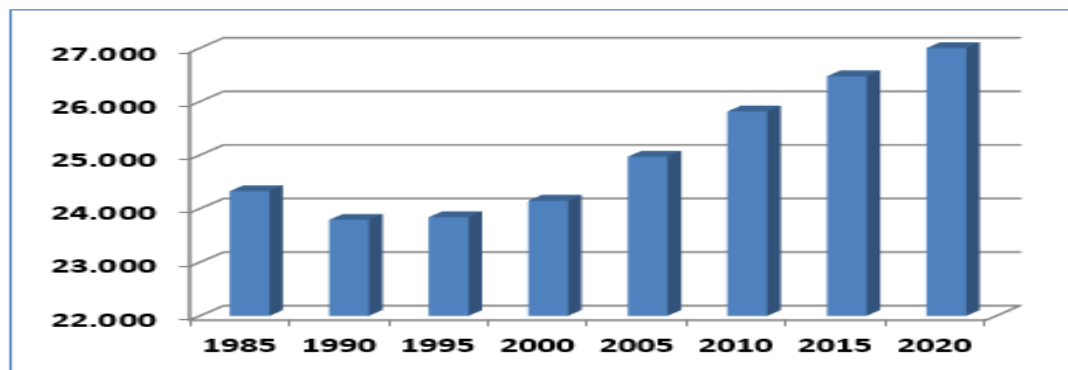
Tabla 9 Evolución de la Población.

1985	1986	1987	1988	1989	1990
24.328	24.179	24.055	23.947	23.862	23.792
1991	1992	1993	1994	1995	1996
23.772	23.764	23.775	23.801	23.843	23.862
1997	1998	1999	2000	2001	2002
23.899	23.962	24.045	24.150	24.268	24.408
2003	2004	2005	2006	2007	2008
24.574	24.762	24.971	25.194	25.360	25.522
2009	2010	2011	2012	2013	2014
25.673	25.816	25.956	26.089	26.224	26.354
2015	2016	2017	2018	2019	2020
26.473	26.587	26.701	26.803	26.905	27.000

Fuente: DANE. Censos del 15 de Octubre de 1985, 24 de Octubre de 1993 y 11 de Noviembre de 2005. Proyecciones 2006 a 2020. Actualizado 12 de Mayo de 2011.

Según las estadísticas del DANE al observar el Crecimiento Poblacional (Demográfico) de El Copey , entre 1.985 y 2005, según Censos de Población de los años 1.951, 1.964, 1.985, 1.993 y 2005 la población de El Copey del Cesar pasa de 24.328 habitantes en 1.985 a 24.971 en 2005. En el transcurso de 20 años el Municipio de El Copey del Cesar pasa a ser de una pequeña población a niveles de un municipio intermedio. Se espera que para el año 2015 la población sea de 26.473 y en el 2020 de 27.000.

Gráfico 2 Evolución del Crecimiento de El Copey 1985 –2020



Fuente: DANE. Censos del 15 de Octubre de 1985, 24 de Octubre de 1993 y 11 de Noviembre de 2005. Proyecciones 2006 a 2020. Actualizado 12 de Mayo de 2011

2.2.3.10 Proporción de la Población Según Sexo y Grupos de Edad

Gráfico 3 Estructura de la Población Según Grupos de Edad y Sexo. El Copey. 2015-2020.

GRUPOS DE EDAD	2015					GRUPOS DE EDAD	2020				
	TOTAL	HOMBRES	%	MUJERES	%		TOTAL	HOMBRES	%	MUJERES	%
0-4	3.223	1.650	51,19%	1.573	48,81%	0-4	3.225	1.650	51,16%	1.575	48,84%
5-9	3.045	1.548	50,84%	1.497	49,16%	5-9	3.014	1.548	51,36%	1.466	48,64%
10-14	2.954	1.498	50,71%	1.456	49,29%	10-14	2.816	1.437	51,03%	1.379	48,97%
15-19	2.844	1.442	50,70%	1.402	49,30%	15-19	2.624	1.333	50,80%	1.291	49,20%
20-24	2.485	1.300	52,31%	1.185	47,69%	20-24	2.489	1.258	50,54%	1.231	49,46%
25-29	2.111	1.081	51,21%	1.030	48,79%	25-29	2.228	1.161	52,11%	1.067	47,89%
30-34	1.539	779	50,62%	760	49,38%	30-34	1.923	982	51,07%	941	48,93%
35-39	1.454	706	48,56%	748	51,44%	35-39	1.413	716	50,67%	697	49,33%
40-44	1.326	656	49,47%	670	50,53%	40-44	1.348	656	48,66%	692	51,34%
45-49	1.226	617	50,33%	609	49,67%	45-49	1.227	611	49,80%	616	50,20%
50-54	1.130	576	50,97%	554	49,03%	50-54	1.139	577	50,66%	562	49,34%
55-59	917	472	51,47%	445	48,53%	55-59	1.037	532	51,30%	505	48,70%
60-64	697	366	52,51%	331	47,49%	60-64	833	430	51,62%	403	48,38%
65-69	556	302	54,32%	254	45,68%	65-69	614	320	52,12%	294	47,88%
70-74	383	215	56,14%	168	43,86%	70-74	468	251	53,63%	217	46,37%
75-79	301	169	56,15%	132	43,85%	75-79	292	161	55,14%	131	44,86%
80 y más	282	137	48,58%	145	51,42%	80 y más	310	151	48,71%	159	51,29%
TOTAL	26.473	13.514	51,05%	12.959	48,95%	TOTAL	27.000	13.774	51,01%	13.226	48,99%

Fuente: DANE. Proyecciones de Población.

Tabla 10 Estructura de la Población Según Grupos de Edad y Sexo. AÑO 2012

GRUPOS DE EDAD	2012				
	TOTAL	HOMBRES	%	MUJERES	%
0-4	3.221	1.648	51,16%	1.573	48,84%
5-9	3.064	1.554	50,72%	1.510	49,28%
10-14	3.079	1.558	50,60%	1.521	49,40%
15-19	2.857	1.471	51,49%	1.386	48,51%
20-24	2.465	1.287	52,21%	1.178	47,79%
25-29	1.948	994	51,03%	954	48,97%
30-34	1.515	756	49,90%	759	50,10%
35-39	1.455	707	48,59%	748	51,41%
40-44	1.321	658	49,81%	663	50,19%
45-49	1.230	621	50,49%	609	49,51%
50-54	1.092	558	51,10%	534	48,90%
55-59	855	442	51,70%	413	48,30%
60-64	664	352	53,01%	312	46,99%
65-69	516	284	55,04%	232	44,96%
70-74	368	209	56,79%	159	43,21%
75-79	299	170	56,86%	129	43,14%
80 y más	275	134	48,73%	141	51,27%
TOTAL	26.224	13.403	51,11%	12.821	48,89%

Fuente: DANE 2005. Proyecciones de Población.

2.2.3.11 Proporción de la Población Según Zona.

La evolución experimentada por la distribución de la población entre las áreas urbanas (cabecera) y rural (resto) corresponde con la dinámica general del país; el fenómeno acelerado de migración del campo a la ciudad en el municipio puede considerarse una revolución demográfica considerando el aumento progresivo en términos absolutos y relativos de la población concentrada en el casco urbano con respecto al resto del territorio; se observa cómo, mientras que para el año 1985 el (48,77%) de la población de El Copey del Cesar se ubicaba en el área rural, para el más reciente censo (año 2005) este porcentaje había declinado hasta el (25,87%); en dicho período (20 años) la población urbana se multiplicó al pasar de 12.464 a 18.512 personas. La migración rural estuvo condicionada por fenómenos como el de la Violencia de los años cincuenta y sesenta así como por la atracción en busca de oportunidades laborales.

Tabla 11 Población Urbana y Rural de El Copey 1985-2020

AÑOS	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN URBANA	%	POBLACIÓN RURAL	%
1985	24.328	12.464	51,23%	11.864	48,77%
1990	23.792	14.279	60,02%	9.513	39,98%
1995	23.843	16.130	67,65%	7.713	32,35%
2000	24.150	17.457	72,29%	6.693	27,71%
2005	24.971	18.512	74,13%	6.459	25,87%
2010	25.816	19.589	75,88%	6.227	24,12%
2015	26.473	20.504	77,45%	5.969	22,55%
2020	27.000	21.362	79,12%	5.638	20,88%

Fuente: DANE. Censos del 15 de Octubre de 1985, 24 de Octubre de 1993 y 11 de Noviembre de 2005. Proyecciones 2006 a 2020. Actualizado 12 de Mayo de 2011.

Siguiendo la tendencia del país y del departamento, la población rural seguirá decreciendo a expensas de la población urbana. En efecto, en 1985 la población rural era el 48,77%, para 2010 era solamente del 24,12% y para el 2020 habrá descendido a un 20,88% lo que significa que entre 1985 y el 2020 la población rural descenderá en un 27,89% y la población urbana habrá aumentado en estos mismos años en similar porcentaje, lo que significa mayor presión sobre los servicios públicos como agua y alcantarillado así como educación y salud.

2.2.3.12 Población Joven y Adolescente

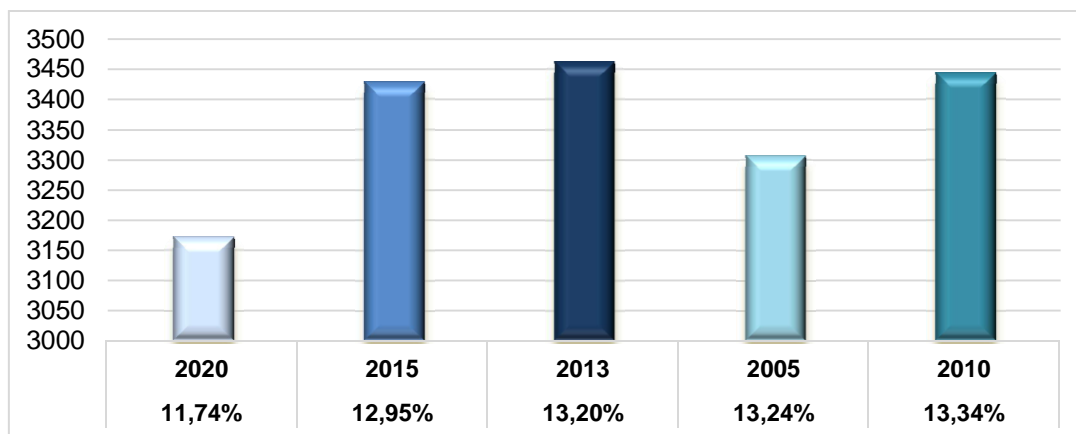
La población joven y adolescente como categoría demográfica específica se da en el marco del proceso de transición demográfica del municipio y en su relación como peso porcentual relativo a otros grupos de población. La importancia de ponderar este grupo reside en considerar el tipo de formación y niveles de vida que se dan en esta etapa y que condicionan las capacidades y habilidades futuras; significa además una gran presión sobre el sistema educativo, el sistema de salud, el mercado de trabajo futuro, las oportunidades recreativas y culturales. Desde el punto de vista de salud, este grupo requiere el tipo de atención tanto en lo psicológico como en lo físico. Las patologías de esta edad están caracterizadas por la accidentalidad y los desequilibrios en la salud mental, entre las que sobresalen la anorexia y la bulimia, la depresión y las tendencias suicidas entre otras.

Tabla 12 Porcentaje de Población Adolescente (14 A 19 años)

AÑOS	POBLACIÓN ADOLESCENTE	PORCENTAJE
2005	3.306	13,24%
2010	3.443	13,34%
2013	3.462	13,20%
2015	3.429	12,95%
2020	3.171	11,74%

Fuente: DANE. Censo 2005. Proyecciones de Población. Actualizado Mayo 12 de 2011

Gráfico 4 Población Adolescente (14 a 19 años)



La población adolescente de El Copey fue del 13,24% (DANE) para el 2013 de la población total, con tendencia a disminuir 12,95% en el 2015 y a 11,74% en el 2020.

2.2.3.13 Índice de Masculinidad y Femenidad.

La importancia de los Índices de Masculinidad y de Femenidad se da en el campo sociológico en relación a los roles que desempeñan los hombres y las mujeres en la sociedad. Tradicionalmente se ha considerado a los hombres como “asertivos competitivos”, (índice de Hoefsted) en tanto las mujeres conservan patrones culturales más tradicionales, situación cambiante en la medida en que las mujeres acceden más a cargos laborales considerados anteriormente como “masculinos”. En lo organizacional, las mujeres tienen tendencia a las decisiones colectivas y los hombres a tomarlas de manera individual. (Hoefsted y Bond. The Confucius connection: From cultural roots to economic growth. Organizational Dynamics 1988; 16(4): 5-21).

El Censo 2005 reportó un Índice de Masculinidad de 103,83 siendo para Colombia de 97,47. Desde el punto de vista socioeconómico y de salud una relación en el Índice de Masculinidad inferior a 100 significa una mayor preponderancia poblacional de la mujer y mayores responsabilidades como el incremento en las jefaturas de hogar femeninas.

Tabla 13 Índice De Masculinidad (IM). Colombia y El Copey. 2005 –2020

AÑOS	COLOMBIA	EL COPEY
2005	97,47	103,83
2010	97,50	104,65
2013	99,76	104,54
2015	97,52	104,28
2020	97,54	104,14

Fuente: DANE. Censo 2005. Proyecciones de Población. Actualizado Mayo 12 de 2011.

Gráfico 5 Índice de Masculinidad

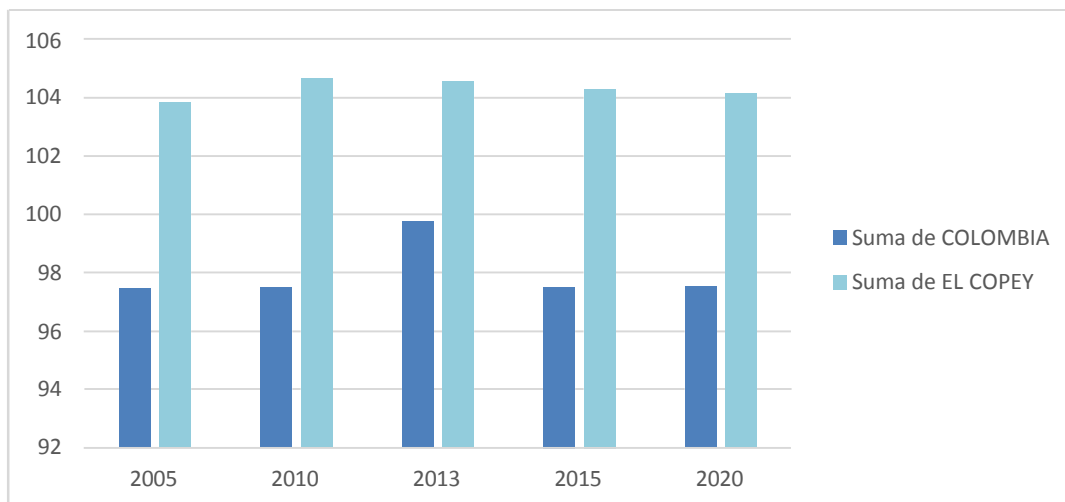
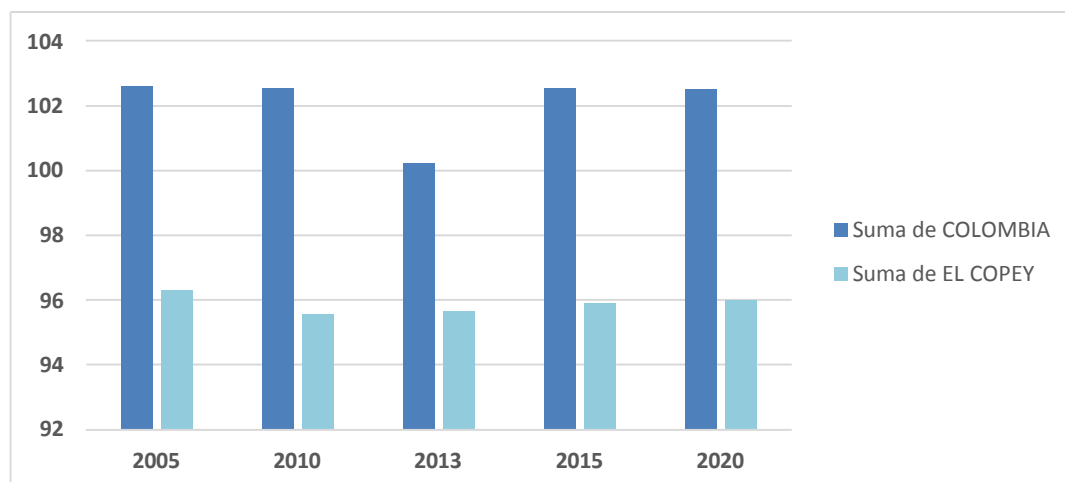


Tabla 14 Índice de Femenidad (IF). Colombia - El Copey. 2005-2020

AÑOS	COLOMBIA	EL COPEY
2005	102,59	96,31
2010	102,56	95,56
2013	100,24	95,66
2015	102,54	95,89
2020	102,52	96,02

Fuente: DANE. Censo 2005. Proyecciones de Población. Actualizado Mayo 12 de 2011.

Gráfico 6 Índice De Femenidad



2.2.3.14 Índice de Envejecimiento (IE).

El Índice Promedio de Envejecimiento (IE) de El Copey del Cesar fue de 12,24 para el año 2005, siendo de 20,50 para el país; esto quiere decir que había 12 adultos mayores por cada 100 jóvenes menores de 15 años. Para el municipio en el 2010 fue de 14,20 y se espera sea de 16,50 para el 2015.

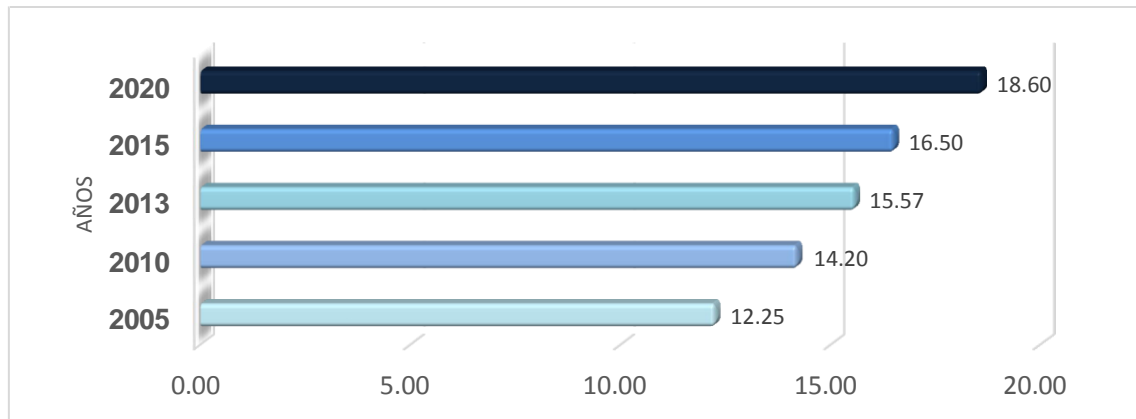
Los índices que expresan el envejecimiento de la población son de suma importancia por cuanto miden el número de personas, hombres y mujeres, que entraran a la edad inactiva; para ellos se deben tomar las previsiones que aseguren seguridad social y servicios de salud adecuados.

Tabla 15 Índice de Envejecimiento (IE). Colombia y El Copey

ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO (IE). AÑO 2005	
COLOMBIA	20,5
EL COPEY DEL CESAR	12,24

Fuente: DANE. Censo. 2005

Tabla 16 Índice de Envejecimiento (IE)- El Copey - 2005-2020.



Fuente: DANE. 2005

El Censo 2005 mostró para El Copey, que los menores de quince años registrados fue de 9.937, equivalente al 39,79% de la población y de 9.618 en el 2010 equivalente al 37,26% de la población lo que representa históricamente la menor proporción de infantes. Así mismo la proporción de adultos (65 años y más) de 4,87% equivalente a 1.217 pasó a un 5,29% aumentándose en un 0,4% del 2005 al 2010. Los habitantes en edad económicamente activa (15 a 39 años) en el 2005 era de 9.364 (37,5%) y en el 2010 a 9.896 (38,3%) lo cual según interpretación del DANE, constituye una ventaja para el desarrollo, pues se dispone de una fuerza de trabajo suficiente y con capacidad de reemplazo para atender los retos de la producción económica y la reproducción social.

2.2.3.15 Población por Grupos Étnicos

Según el DANE el 71,1% de la población residente en El Copey, se auto reconoce como Negro, mulato, afro colombiano ó afro descendiente.

Tabla 17 Porcentaje de población de El Copey del Cesar. Pertenencia Étnica

PERTENENCIA ÉTNICA	TOTAL	PORCENTAJE
Indígenas	50	0,20%
Población raizal, palenquera, negra, mulata, afro descendiente	17.754	71,1%*
Otras poblaciones	7.167	28,70%
TOTAL	24.971	100%

Fuente: DANE. Censo 2005

NOTA: El porcentaje de población raizal, palenquera, negra, mulata, afro descendiente de 71,1% fue calculado con cifras provenientes del DANE.

Según del Plan de Desarrollo 2012-2015 “El cuidado de los grupos Étnicos, es un llamado de atención a nuestro patrimonio cultural como copeyanos. La etnia, es la composición de lo que somos como municipio y lo que podemos llegar a ser, es simplemente mantener nuestro carácter propio como afro o indígena. Actualmente en el municipio hay presencia de dos grupos indígenas, Los Chimilas y los arahuacos. Aunque es difícil determinar, cuantos indígenas habitan el territorio copeyano, por falta de caracterización y/o identificación, es necesario resaltar que sus representantes tienen participación en la construcción del plan de Desarrollo”.

El pueblo Chimila constantemente, resalta la importancia de mantener la cultura indígena, puesto que con el pasar de los días, está creciendo una extinción acelerada de los valores culturales, lo cual ha provocado degradación de la calidad de vida de las etnias (Chimila y Arhuaca).

Existe una gran debilidad dentro del ámbito cultural y educativo, en este momento se desconoce, por un gran número de la población, las características propias de las etnias que habitan el municipio, siendo la cultura Afro descendiente, una de las más golpeadas, puesto que a pesar de presentar una gran numero de pobladores, hay muchos que desconocen si en verdad pertenecen a esta etnia o por el contrario, hay muchos que conociendo las características y las matices de su entorno, propio de la población afro descendiente, no se declaran miembros de esta etnia.

Los grupos Étnicos que habitan el municipio, exigen seguridad alimentaria, acceso a salud, respeto por su cultura desde el fortalecimiento la educación. La indiferencia, por parte del Estado-municipio hacia las etnias Arhuaco, Chimila y Afro descendientes, ha generado la degradación de la calidad de vida de estas poblaciones. No tienen garantía de participación en procesos políticos y sociales dentro de El Copey, razón por la cual, se califican como población marginada y excluida.

2.2.3.16 Tasa de Natalidad.

En el año 2012 nacieron en el Municipio de El Copey, 482 niños vivos, 6 nacimientos fueron en madres adolescentes (10 a 14 años) y 146 en madres de (15 -19 años).

Tabla 18 Número de Nacidos Vivos Según Sexo 2012

COPEY	TOTAL	HOMBRE	MUJER
	482	234	248

Fuente: Secretaria de Salud Departamental del Cesar.

Tabla 19 Número Nacidos Vivos Según Área

COPEY	TOTAL	CABECERA MUNICIPAL		CENTRO POBLADO		RURAL DISPERSO	
		HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
	482	183	193	32	26	19	29

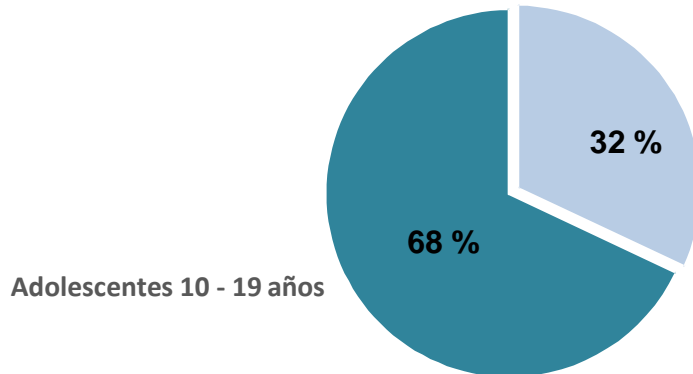
Fuente: Secretaria de Salud Departamental del Cesar.

Tabla 20 Nacidos Vivos Según Edad de la Madre Año 2012

EDAD DE LA MADRE (AÑOS)	14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	TOTAL
NACIDOS VIVOS	6	146	144	103	60	27	6	0	0	482

Fuente: Secretaria de Salud Departamental del Cesar.

Gráfico 7 Nacidos Vivos Según Edad de la Madre año 2012



Del total de nacidos vivos en el municipio del Copey el 32% estuvo determinado en el grupo poblacional de adolescentes, a pesar que el indicador no está por encima de la media, resulta impactante para el departamento de acuerdo al grupo poblacional referenciado.

2.2.3.17 Tasa Global de Fecundidad

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) de un año indica el número total de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil (15 a 49 años). La tasa global de fecundidad para el Departamento del Cesar, según estimación DANE para el periodo 2010-2015, en población de 15 a 49 años, es de 2,78, siendo mayor que el promedio nacional que para este mismo periodo es de 2,35. (Fuente: Secretaria de Salud Departamental del Cesar)

2.2.3.18 Esperanza de Vida al Nacer

Esta variable contiene el número promedio de años de vida para un grupo de personas nacidas en el mismo año, si la mortalidad para cada edad se mantiene constante en el futuro; la esperanza de vida al nacer es también una medida general de la calidad de vida en un país y resume la tasa de mortalidad para todas las edades. La esperanza de vida al nacer total en el departamento para el periodo 2010 a 2015 es de 73,87 años; los hombres 70,87 y las mujeres de 76,84 años. (Fuente: Secretaria de Salud Departamental del Cesar).

No fue posible obtener cifras de esperanza de vida específicas para municipio de El Copey, por lo cual se estima que son similares a las cifras del departamento del Cesar.

2.2.3.19 Población en Situación de Discapacidad

La discapacidad, definida como aquella condición que afecta a toda persona que no es autosuficiente por sí misma, en su totalidad o en parte, para atender las necesidades de una vida individual o social normal, a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales. Se estima que en el mundo más de 700 millones de personas tienen algún impedimento físico, mental o sensorial y alrededor del 80% de estas personas viven en los países en desarrollo.

En Colombia, según los datos estimativos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) un 12% del total de la población del país puede encontrarse en condición de discapacidad; esto puede significar que cinco millones de habitantes sufren discapacidad. Mientras en el promedio nacional por cada 100 colombianos 6,4 presentan limitaciones permanentes, en los departamentos de Cauca, Nariño, Boyacá, Huila, Quindío, Caquetá y Tolima, este promedio es más alto. En efecto, por cada 100 personas de estos departamentos entre 7,8 y 9,5 tienen limitaciones permanentes.

El Departamento del Cesar, con una población de 1'053.123 habitantes, según la proyección DANE 2005, registra una tasa de prevalencia de la discapacidad es de 5.9%, es decir 52.003 personas, de ellas, el 47% tienen discapacidad visual o sea 24.447 personas. (Fuente: Instituto Nacional Para Ciegos).

Por su parte, el Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social a septiembre del 2013, ha localizado en los 25 municipios del Departamento, a 20.182 personas con discapacidad, de las cuales 8.161 son personas con discapacidad visual.

Según el Plan de Desarrollo Municipal 2012 – 2015, “el 2,27% de la población total de El Copey, se encuentra en condición de discapacidad, donde el 1.65% reside en la Zona Urbana; el 0,23% en Centros Poblados y el 0,38% en rural disperso. El 32% presenta Sordera total; el 28% dificultad para moverse o caminar por sí mismo; el 18% dificultad para entender o aprender; el 8% Ceguera total; el 6% dificultad para salir solo a la calle sin ayuda o Compañía; el 4% dificultad para bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo; y el 4% Mudez”.

Tabla 21 Población en Situación de Discapacidad.

DESCRIPCION	ZONA URBANA	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	TOTAL
CEGUERA TOTAL	25	10	12	47
DIFICULTAD PARA BAÑARSE, VESTIRSE, ALIMENTARSE POR SI MISMO.	20	3	3	26
DIFICULTAD PARA ENTENDER O APRENDER	93	11	8	112

DIFICULTAD PARA MOVERSE O CAMINAR POR SI MISMO	125	16	30	171
DIFICULTAD PARA SALIR SOLO A LA CALLE SIN AYUDA O COMPAÑÍA	36	2	2	40
MUDEZ	16	5	3	24
SORDERA TOTAL	136	15	48	199
NINGUNA	18.832	3.431	4.330	26.593
TOTAL POBLACIÓN	19.283	3.493	4.436	27.212

Fuente: Plan de Desarrollo Municipio de El Copey 2012-2015

La zona rural de El Copey, registran dificultades para acceder a los servicios sociales, debido al precario infraestructura vial; situación que afecta el desarrollo de las personas, especialmente de aquellas que se encuentran en situación de discapacidad. El municipio no ha presentado programas de alto impacto para la integración educativa, laboral y social de quienes residen en veredas y corregimientos padeciendo algún tipo de limitación.

Por otra parte, el Municipio no avanza en el Fortalecimiento de un sistema de registro de localización y caracterización de la población en situación de discapacidad y por ende, no hay consolidación de planes de bienestar social y cultural de los mismos. En la ESE, se presta servicios de terapias ocupacionales, a la población que se traslada y asiste a controles; sin embargo la oferta no reúne las especificaciones plenas que demanda la comunidad, en razón al Nivel de Atención de la Institución Hospitalaria.

En El Copey no existen centros ni programas estructurados dirigidos a esta población y por ende no es posible consolidar estadísticas de seguimiento y/o atención especializada que sea acorde con los tratamientos médicos o procedimientos a los que deben someterse regularmente. Además, no se ha implementado una política pública en el municipio, suficientemente incluyente, para proteger los derechos y sus garantías de bienestar a las personas con discapacidad.

Tabla 22 Población con Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad por Estructuras o Funciones Corporales que Presentan Alteraciones.

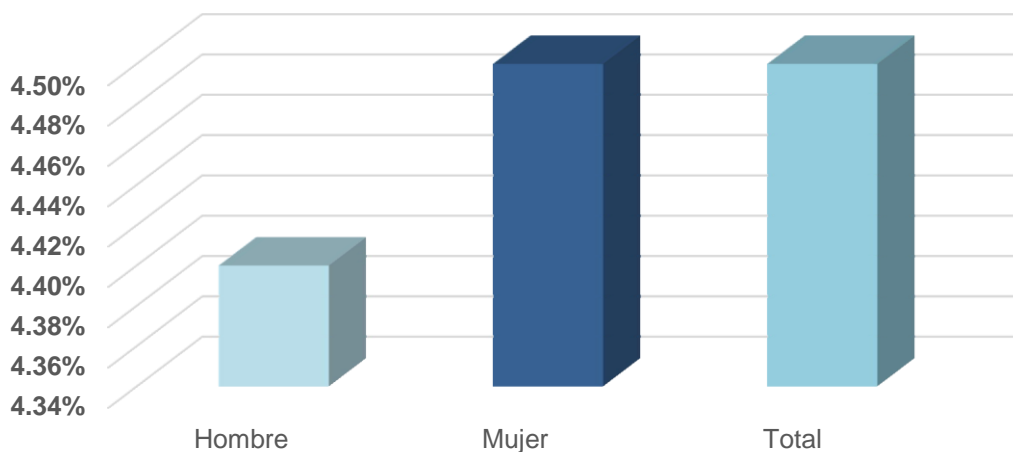
ESTRUCTURAS O FUNCIONES CORPORALES	TOTAL	PORCENTAJE
El sistema nervioso	80	18,20%
Los ojos	65	14,80%
Los oídos	33	7,50%
La voz y el habla	77	17,50%
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	4	0,90%
La digestión, el metabolismo, las hormonas	1	0,20%
El sistema genital y reproductivo	4	0,90%
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	119	27,00%
La piel	7	1,60%
Otra	50	11,40%
TOTAL	440	100%

Fuente: DANE 2005. Una persona puede estar respondiendo afirmativamente 1 ó más opciones.

2.2.3.20 Prevalencia de Limitaciones Permanentes por Sexo.

De conformidad con los datos del CENSO 2005, El 4,5% de las mujeres y el 4,5% de los hombres presentan alguna limitación permanente.

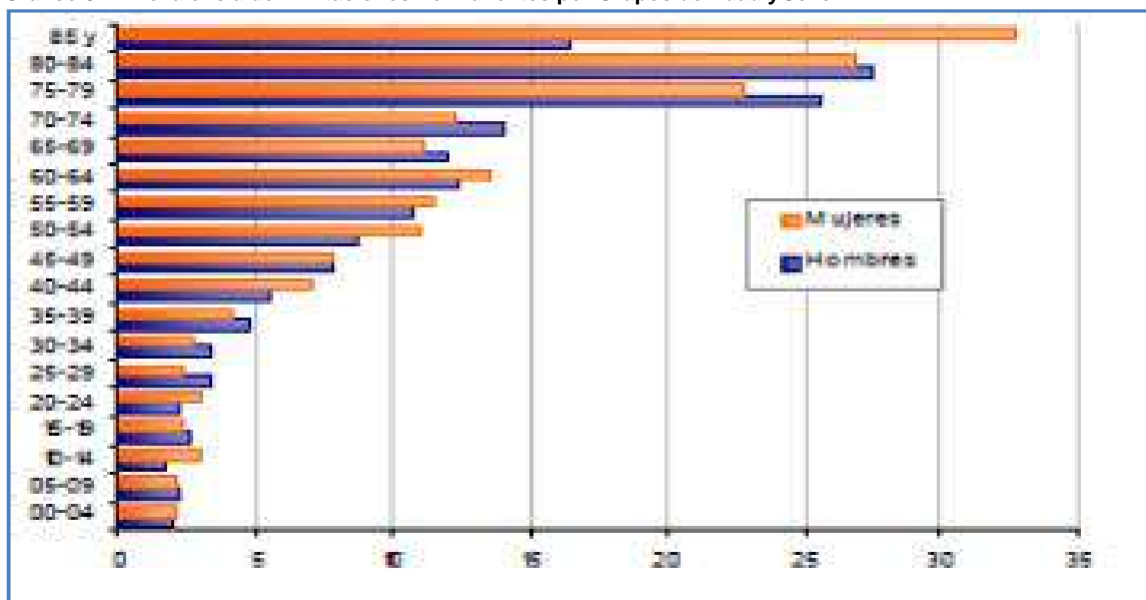
Gráfico 8 Prevalencia de Limitaciones Permanentes por Sexo



Fuente: DANE. Boletín. Censo General 2005. Septiembre 13 de 2010.

2.2.3.21 Prevalencia de limitaciones permanentes por grupos de edad y sexo.

Gráfico 9 Prevalencia de Limitaciones Permanentes por Grupos de Edad y Sexo



Fuente: DANE. Boletín. Censo General 2005. Septiembre 13 de 2010.

Las limitaciones permanentes aumentan con la edad. El 60% de la población en esta condición se presenta a partir de los 35 años.

2.2.3.22 Migración y Desplazamiento

Según el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 “El conflicto armado ha sido una problemática que generó 12.266 personas expulsadas del municipio hasta 2010 y recibió a 3.194 desplazados. A partir de la tipificación de víctimas a la que hace referencia la Ley, una de las estrategias más importantes es emprender un censo caracterizado para brindar el reconocimiento a otras víctimas del conflicto diferentes a los que se encuentran en condición de desplazamiento. Las ayudas y acciones orientadas a la población desplazada van a continuar su curso normal y la idea es que la cobertura en programas como familias en acción llegue al 100 por ciento. También se incluirán a los desplazados en los nuevos procesos que se lideraran en el marco de la Ley 1448 de 2011. Para así garantizar que se vinculen a los programas asistenciales del gobierno nacional y brindar todas las disposiciones para que accedan a sus derechos como vivienda digna, acceso a servicios públicos, capacitación para adultos, recreación, empleo, educación y salud.

Un censo caracterizado aún no se ha establecido, se manejan cifras de desplazamiento hasta el 31 de diciembre de 2010 establecidas por el DANE, las cuales nos indican que el municipio sufrió el flagelo del conflicto, pues tuvo presencia de las FARC y luego de paramilitares, y como mostramos anteriormente existen más desplazados expulsados acumulados que desplazados recibidos”.

Gráfico 10 Personas de El Copey del Cesar viviendo en el exterior



Fuente: DANE. Boletín Censo General 2005. Septiembre 13 de 2010

Del total de hogares el 1,1% tiene experiencia emigratoria internacional. Del total de personas de estos hogares, residentes de forma permanente en el exterior el 77,8% está en Venezuela, el 6,7% en España, 3,3 en USA y el 6.7 en otro país.

2.2.3.23 Vivienda y Hogares

El déficit de vivienda identifica las situaciones que se encuentran por debajo de lo que socialmente se ha determinado como estándar mínimo de habitabilidad de la población.

En este sentido, el déficit habitacional está en función de las características o atributos que debe tener la casa, es decir, del interior de la vivienda, en cuanto a: calidad de los materiales en los cuales está construida la vivienda, calidad de los pisos, número de hogares en la vivienda, número de cuartos que dispone el hogar, lugar adecuado para la preparación de los alimentos y dotación de servicios públicos. La vivienda inadecuada es una causa de enfermedad; viviendas sobre habitadas, con escasa dotación de agua y falta de sanidad propician la enfermedad diarreica y las enfermedades respiratorias.

Tabla 23 Número de Viviendas de El Copey 2012

Ítem	DESCRIPCION	CABECERA	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	TOTAL
0	SIN PAREDES	1	1	8	10
1	BLOQUE, LADRILLO,PIEDRA,MADERA	3.476	539	315	4.330
2	TAPIAPISADA,ADOBE	113	15	24	152
3	BAHAREQUE	708	217	502	1.427
4	MATERIAL PREFABRICADO	7		7	14
5	MADERA BURDA,TABLA, TABLON	43	15	167	226
6	GUADUA, CAÑA, ESTERILLA, OTROS VEGETALES	5		42	47
7	ZINC, TELA, CARTON, LATAS, DESHECHOS, PLASTIOS	7	10	14	31
	TOTAL	4360	800	1079	6.239

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de El Copey 2012-2015

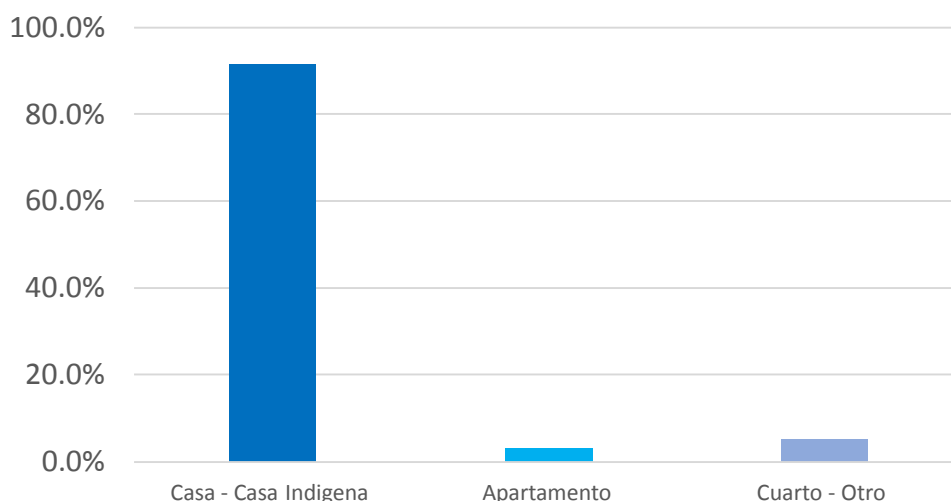
Según el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 “El último proyecto de vivienda, ejecutado, en El copey fue villa Liliana, cuyas soluciones no fueron a las familias más pobres. No existe una fuente de información (Estudios, Datos sustentados) certificada a 2012 o incluso hasta el año anterior. Según Planeación municipal y SISBÉN existen 6239 viviendas.

El Municipio presenta un promedio de 4.6 personas/hogares, mientras que la cabecera presenta 4.48 personas/hogares; tiene un déficit cuantitativo de vivienda nueva de un 20% aproximadamente y un 7.5% cualitativo urbano y en zona rural el 90%. En la zona urbana 624 viviendas presentan debilidad estructural, por materiales inadecuados, principalmente en los barrios Camilo Torres, Las Mercedes, 27 de Abril y San Toro; en la zona rural 719 viviendas con debilidad estructural. También se presenta la carencia de servicios públicos básicos, ilegalidad y ubicación en zonas de alto riesgo. El material predominante en 4.330 unidades ha sido paredes en bloque, ladrillo, piedra, material prefabricado, siguiéndole

1.427 unidades en bahareque; el material de los pisos es cemento (4.183 unidades) o gravilla, siguiéndole 1.402 unidades en tierra o arena. (Tomado de Información SISBÉN). El desarrollo de programas de vivienda está ligado a la legalización y disposición de predios, aun mas, la falta de estudios, datos técnicos aumenta las limitaciones que tiene el municipio en cuanto a la escasez de vivienda, el difícil acceso de las poblaciones menos favorecidas (incluyendo Nivel II de SISBÉN) a subsidios o créditos aumenta problemática de vivienda digna para la población copeyana. En este orden de ideas El uso del suelo es un factor determinante para identificar cuantas soluciones de vivienda se pueden otorgar.

De esta manera, No tener vivienda propia, ha ocasionado en El Copey, la construcción ilegal (invasiones) de viviendas en zonas de alto riesgo, en la actualidad se presenta un poblamiento lento, factor perjudicial ante los impactos que puede generar una nueva ola invernal. La construcción de nuevos proyectos de vivienda debe guardar las proporciones con el Esquema de Ordenamiento Territorial (E.O.T) adoptada por el municipio”.

Gráfico 11 Tipo de Vivienda



Fuente. DANE. Boletín Censo General 2005. Septiembre 13 de 2010.

2.2.3.24 Hogares

De acuerdo con los datos DANE 2010, el municipio de El Copey cuenta con un total de 5.165 hogares. El Promedio de personas por hogar en EL COPEY es de 4,7. Tiene un déficit de vivienda de un 77,17% en su cabecera y un 68,24% en el resto.

Tabla 24 Viviendas, Hogares y No Personas

AREA	VIVIENDAS CENSO	HOGARES GRAL	PERSONAS 2005	PROYECCION 2010
CABECERA	3.820	3.815	18.135	19.589
RESTO	1.607	1.350	6.233	6.227
TOTAL	5.427	5.165	24.368	25.816

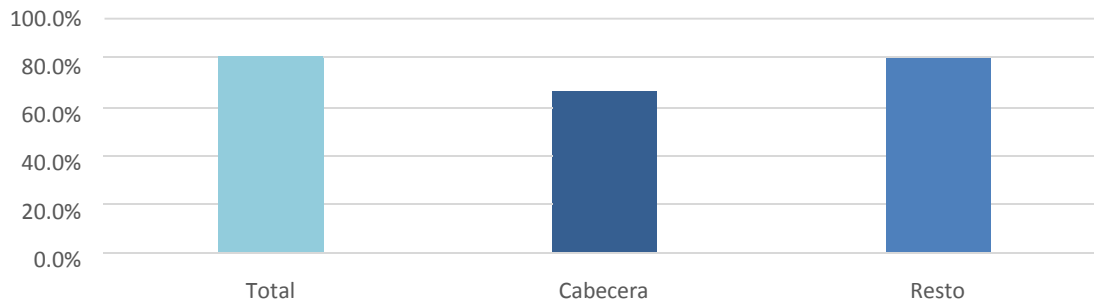
Fuente: DANE 2005. Proyección 2010. Boletín 13-09-2010

Gráfico 12 Hogares Según Número de Personas.



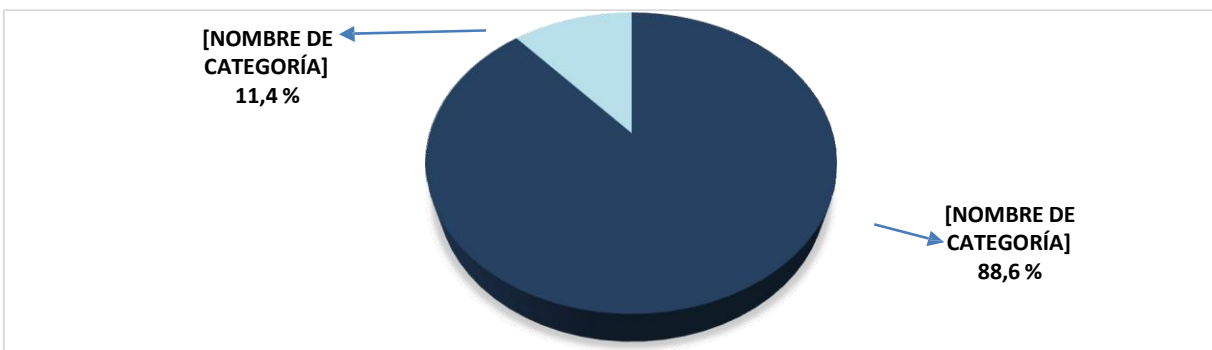
Fuente: DANE, Boletín Censo General 2005. Septiembre 13 de 2010

Gráfico 13 Número de Personas por Hogar



Fuente: DANE, Boletín Censo General 2005. Septiembre 13 de 2010

Gráfico 14 Hogares con Actividad Económica



Fuente: DANE. Boletín Censo General 2005. Septiembre 13 de 2010

El 11,4% de los hogares tiene actividad económica en sus viviendas.

2.2.4

2.2.5 ENFOQUE SOCIECONÓMICO

2.2.5.1 *Actividad Económica.*

La economía está soportada fundamentalmente en actividades agrícolas y ganaderas, su ubicación próxima a la Vía Troncal de Oriente viene estimulando el desarrollo de actividades de servicios (Hoteles, Restaurantes, Estaciones).

La siguiente tabla muestra las condiciones socioeconómicas de El Copey del Cesar:

Gráfico 15 Condiciones Socioeconómicas

INDICADOR	RURAL	URBANO	TOTAL
No. de hogares con NBI	52%		
No. de hogares con vivienda inadecuada	1813		1.813,00
No. de hogares con servicios públicos inadecuados	1016		1.016,00
No. de hogares con hacinamiento crítico			0,00
No. de hogares con alta dependencia económica			0,00
No. de hogares con ausentismo escolar	904		904,00
No. de hogares en la miseria	1458		1.458,00

Fuente: www.elcopey.gov.co

Se considera en forma particular el condicionamiento de la salud por parte de factores socioeconómicos que impactan de manera diferente a distintos sectores de la población. No solo las barreras culturales o geográficas impiden el acceso a los servicios de salud; la pobreza y la disparidad en el ingreso generan condiciones de vida insuficientes para satisfacer las necesidades de salud.

Las condiciones de vida de las poblaciones se miden con indicadores creados por organismos internacionales y gobiernos, utilizados en forma periódica, generalmente anual, para los niveles nacionales principalmente; los niveles departamentales cuentan también con la posibilidad de usar estos indicadores en forma rutinaria; no sucede lo mismo con los niveles municipales en los cuales se dificulta la elaboración de algunos de los indicadores.

2.2.5.2 **Necesidades Básicas Insatisfechas**

La medición de las condiciones de vida en el Copey utilizará el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (**NBI**) por la facilidad encontrada para disponer de él a nivel municipal. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) no está disponible a nivel municipal como tampoco lo está el Índice Multidimensional de Pobreza (IMP) de más reciente creación y aplicación. La medida de la pobreza por NBI se ha venido usando para fines de diagnóstico de condiciones sociales y para llevar a cabo programas de alivio a la pobreza. Se considera aceptable el uso del indicador NBI ya que evalúa la disponibilidad de bienes

y servicios para satisfacción de necesidades básicas en el municipio y el departamento (Fresneda Oscar. La Medida de NBI como Instrumento de Medición de la Pobreza y Focalización de Programas. CEPAL Bogotá, 2007).

Tabla 25 Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) por Municipio- Cesar. Años 2005 y 2010

MUNICIPIOS	PERSONAS CON NBI 2005		PERSONAS EN NBI 2010					
	TOTAL		CABECERA		RESTO		TOTAL	
	Prop (%)	cve (%)	Prop (%)	cve (%)	Prop (%)	cve (%)	Prop (%)	cve (%)
Valledupar	32,74	2,56	27,23	3,41	63,37	3,05	32,74	2,56
Aguachica	41,9	3,44	36,03	4,52	72,85	3,93	41,9	3,44
Agustín Codazzi	51,44	3,3	43,94	4,49	70,8	4,69	51,44	3,3
Astrea	70,86	2,55	62,83	2,65	78,57	4,02	70,86	2,55
Becerril	56,51	3,08	46,16	4,85	81,51	3,02	56,51	3,08
Bosconia	50,2	2,5	49,39	2,78	57,78	3,22	50,2	2,5
Chimichagua	66,64	2,84	56,96	3,53	72,27	3,82	66,64	2,84
Chiriguana	53,52	3,27	46,07	4,09	65,27	5,2	53,52	3,27
Curumani	47,89	4,01	41,46	5,41	60,76	5,96	47,89	4,01
El Copey	51,17	3,03	46,19	3,97	65,62	4,42	51,17	3,03
El Paso	61,82	3,47	58,88	3,11	62,48	4,15	61,82	3,47
Gamarra	50,52	2,57	43,29	3,85	59,41	3,44	50,52	2,57
Gonzalez	66,33	2,68	30,9	6,4	73,39	2,86	66,33	2,68
La Gloria	54,77	3,77	52,46	2,35	56,32	5,93	54,77	3,77
La Jagua De Ibirico	55,65	2,71	51,28	3,26	71,19	4,82	55,65	2,71
Manauare	55,29	-	47,63	-	84,21	-	55,29	-
Pailitas	51,27	2,78	44	3,49	71,95	4,62	51,27	2,78
Pelaya	55,36	2,72	51,84	2,78	62,95	5,7	55,36	2,72
Pueblo Bello	83,4	0,86	48,47	3,16	94,39	0,86	83,4	0,86
Rio De Oro	49,66	2,98	20,88	5,31	68,78	3,42	49,66	2,98
La Paz	49,34	3,24	38,69	3,9	67,19	5,15	49,34	3,24
San Alberto	34,26	3,62	29,24	4,68	46,79	5,7	34,26	3,62
San Diego	40,29	4,26	32,35	6,12	49,52	5,88	40,29	4,26
San Martin	46,86	3,11	38,96	2,99	53,35	4,65	46,86	3,11
Tamalameque	61,29	-	54,5	-	65,34	-	61,29	-

Fuente: DANE. 2005

El índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, alcanza un 51.17% (Zona Urbana 46,19% y Zona Rural 65.62%) frente a un promedio departamental de 35,80% y 19.66 nacional.

Tabla 26 Personas con NBI año 2010

COPEY	CABECERA	RESTO	TOTAL
	46.19%	65.62%	51.17%

Fuente: Censo DANE 2005 – boletín Septiembre 13 DE 2010

2.2.5.3 Línea de Pobreza Extrema

Según el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015, “El Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales – SISBEN, y la Red de Protección Social para la Superación de la Pobreza Extrema UNIDOS, se articularán con el programa Familias en Acción, para promover la estabilización de las familias más vulnerables. Con lo anterior, el municipio tiene identificadas 1.731 familias en situación de pobreza extrema. De esta forma, los esfuerzos e inversiones que realice la Administración Municipal estarán orientados a apoyar las 1.731 familias, de las cuales 1631 se encuentran acompañadas por la Red UNIDOS a través de la presencia de 9 cogestores sociales.

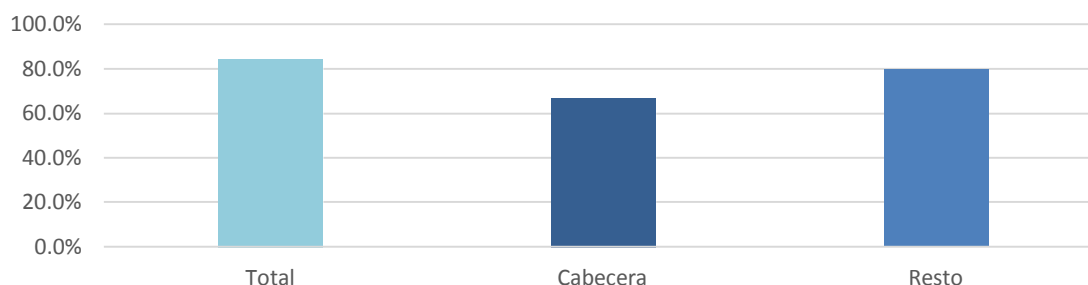
Adicionalmente, el programa continuará apoyando la entrega de subsidios condicionados que destina el programa Familias en Acción, el cuál en el momento beneficia 1600 familias con madres a la cabeza, desplazadas y/o indígenas para mejorar los niveles de nutrición y salud de los niños y niñas más vulnerables”.

2.2.6

2.2.7 EDUCACIÓN

La educación se constituye en la herramienta más poderosa para lograr la equidad social y combatir la desigualdad en un territorio. En el Municipio el 63,1% de la población de la cabecera de 3 a 24 años asiste a un establecimiento educativo formal.

Gráfico 16 Asistencia Escolar en Población de 3 a 24 años

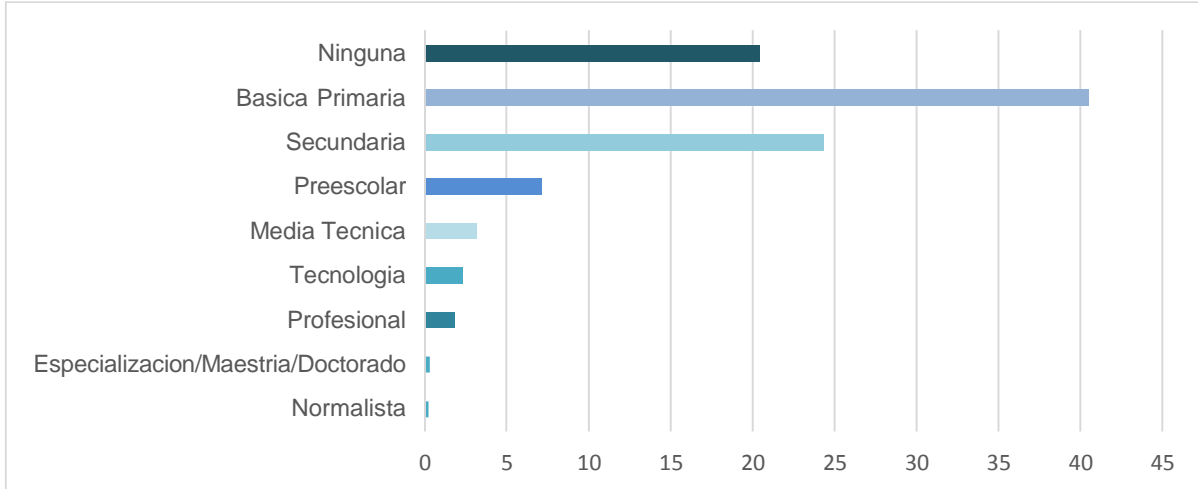


Fuente: Censo 2005. Boletín Septiembre 13 de 2010

2.2.7.1 Nivel Educativo

El 40,4% de la población residente en EL COPEY, ha alcanzado el nivel básico primario; el 24,4% ha cursado la secundaria y el 4,3% el nivel superior y postgrado. La población residente sin ningún nivel educativo es el 20,3%.

Gráfico 17 Nivel Educativo



2.2.7.2 Analfabetismo

El analfabetismo cierra la puerta de la salud y el bienestar; altas tasas de analfabetismo se reflejan en el estado de salud de la población. En el Municipio es preocupante el grado de analfabetismo. Se ha demostrado que la absorción de conocimientos por parte de la madre analfabeta en el cuidado del niño impacta la mortalidad infantil.

Según censo DANE 2005, el analfabetismo en el municipio de El Copey es del 20,4%. El 19,5% de la población de 5 años y más y el 20,9% de 15 años y más no sabe leer y escribir.

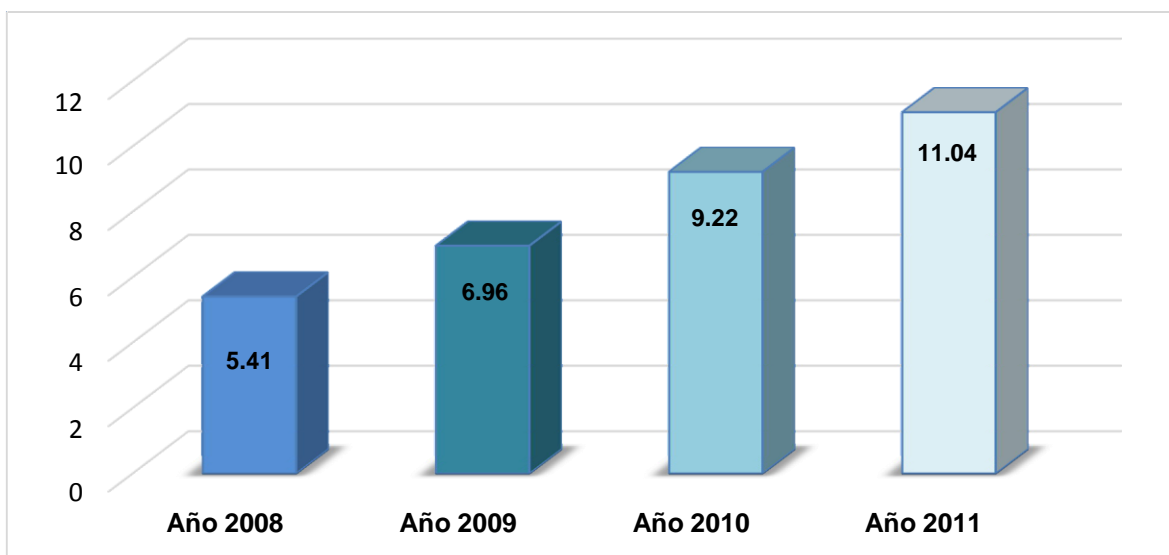
2.2.7.3 Deserción Escolar

En el año 2008, la deserción estaba en un porcentaje promedio del 5,41, para el 2009, aumento en 1,55% quedando en 6,96%. En los años siguientes aumentó 2,26%, el año 2010 con respecto al 2009, para un porcentaje total de 9,22%. Para el 2011 se incrementó la deserción en 1,82% dejándola en un margen del 11,04%. Valor en el que aún se encuentra.

La deserción escolar en la niña y en la joven se da mayoritariamente por embarazo o por dedicación a labores del hogar y en muchos casos por trabajo infantil con el fin de contribuir al sostenimiento familiar. Esta situación disminuye las posibilidades de la mujer para lograr una vida productiva.

La deserción escolar es un grave problema social; por lo general los jóvenes abandonan el colegio, en su mayoría en busca de perspectivas laborales o responsabilidades familiares como es el caso de las adolescentes embarazadas, cuando no para integrar grupos al margen de la ley. La desnutrición y el precario desarrollo del niño y el joven condicionan su rendimiento escolar pasando a integrar los “atrasados” escolarmente, hecho que induce a la deserción. Desde el punto de vista de la docencia, los conocimientos psicológicos y de las bases de la salud humana son fundamentales para orientar al niño y al joven; problemas de salud como la depresión en el joven deben ser objeto de atención por parte del docente para evitar la pérdida de estudiantes. Los niveles de deserción han ido en aumento en el municipio.

Gráfico 18 Tasa de Deserción Estudiantil Años 2008-2011



Fuente: Ficha Técnica El Copey FCM

2.2.8 SITUACIÓN SANITARIA Y SERVICIOS

2.2.8.1 Servicios Básicos.

La cobertura total del servicio de acueducto en el Municipio es de 53%; en el área urbana 86% y rural 20%; el servicio de alcantarillado, registra una cobertura total de 48,5%; en área urbana del 82% y en la rural 15%.

Tabla 27 Cobertura Porcentual de Servicios de Acueducto y Alcantarillado año 2012

ACUEDUCTO			
	URBANO	RURAL	TOTAL
MPIO EL COPEY	86%	20%	53%
DEPARTAMENTO	90.88%	50.33%	70.60%

ALCANTARILLADO			
	URBANO	RURAL	TOTAL
MPIO EL COPEY	82%	15%	48.5%
DEPARTAMENTO	78.5%	32%	55.25%

2.2.8.2 Agua Para Consumo Humano

Según el IRCA (Índice de Riesgo para la Calidad del Agua), parámetro establecido para medir el riesgo del agua para consumo humano, y conforme a los análisis realizados en el Laboratorio de Salud Pública del Departamento, se establece que el suministro de agua para consumo humano en el Municipio de El Copey no registra riesgo.

Los resultados obtenidos de los análisis del agua para consumo humano, realizados a la Empresa de Servicios Públicos de El Copey “ENCOPEY”, a través de la vigilancia sanitaria, durante el año 2012, presentan el siguiente comportamiento:

Tabla 28 Agua Para Consumo Humano

MES	No DE MUESTRAS ANALIZADAS (SIVICAP)	IRCA (%)	NIVEL DE RIESGO
		(SIVICAP)	(SIVICAP)
ENERO	1	0.0	SIN RIESGO
FEBRERO	1	0.0	SIN RIESGO
MARZO	3	0.0	SIN RIESGO
ABRIL	3	0.0	SIN RIESGO
MAYO	4	0.9	SIN RIESGO
JUNIO	3	0.0	SIN RIESGO
JULIO	4	2.0	SIN RIESGO
AGOSTO	4	1.1	SIN RIESGO
SEPTBRE	4	0.0	SIN RIESGO
OCTUBRE	2	0.0	SIN RIESGO
NOVIEMBRE	4	0.4	SIN RIESGO
DICIEMBRE	3	0.0	SIN RIESGO

Fuente. Laboratorio de Salud Pública Departamental del Cesar-2012

2.2.8.3 Disposición Final de Residuos

Se presentan deficiencias en el sistema de disposición final de Residuos sólidos. La accesibilidad a servicios públicos como electricidad, telefonía fija, de celular y conectividad a internet es un indicador del nivel de bienestar de la población. Por otra parte, es un recurso más en el acceso a los servicios de salud especialmente de emergencia si se trata de la telefonía.

2.2.8.4 Cobertura de Electricidad

Tabla 29 Porcentaje del Servicio de Electricidad con que cuenta la vivienda

SERVICIO	PORCENTAJE
Electricidad	88,4%

Fuente: DANE. Boletín Censo General 2005. Septiembre 13 de 2010.

Según el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 “Existe una cobertura de 89% en la mayoría de barrios de la cabecera Municipal, aunque constan de tres zonas catalogadas como subnormales (Barrio San Toro, Camilo Torres, Santo Domingo y parte del Barrio Montelibano), en los que es fundamental realizar inversiones que conlleven a la normalización. En la zona rural la prestación del servicio es sectorizada y se hace necesario viabilizar proyectos de electrificación rural, ya que la cobertura en veredas es demasiado baja”.

2.2.8.5 Cobertura de Gas Natural

Tabla 30 Porcentaje del Servicio de Gas Natural con que cuenta la vivienda

SERVICIO	PORCENTAJE
Gas Natural	0,0%

Fuente: DANE. Boletín Censo General 2005. Septiembre 13 de 2010.

Conforme al Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 “Con el proyecto “Construcción y Operación de la Red de Distribución de Gas Natural para el Municipio El Copey, Departamento de Cesar” Cofinanciado con recursos del Fondo Especial Cuota de Fomento, administrado por ECOGAS, se instaló redes y una planta descompresora, el sistema se encuentra inactivo por quiebra del operador.

Se requiere habilitar la red existente instalada en el Municipio, y desde ya se están gestionando recursos que permitan brindarle este servicio a la comunidad, puesto que existe el trazado de redes para el gas natural”.

2.2.8.6 Cobertura de Telefonía Fija

Tabla 31 Porcentaje del Servicio de Telefonía Fija con que cuenta la vivienda

SERVICIO	PORCENTAJE
Telefonía Fija	10,1%

Fuente: DANE. Boletín Censo General 2005. Septiembre 13 de 2010

2.2.8.7 Cobertura de Internet

Según el Plan Municipal de Desarrollo 2012-2015 “Las Comunicaciones y el sistema de conectividad con nuevas tecnologías en el municipio, es bastante deficiente, para las exigencias de este mundo competitivo y globalizado. En el sector educativo, se cuenta

con un computador por cada 11 estudiantes, y el acceso a internet es limitado, asunto que trae consecuencias negativas al desarrollo de actividades académicas.

A pesar de ser gestionados algunos proyectos (Compartel) para la aplicación de las TIC, la planificación municipal no ha logrado altos impactos en este sector. Los establecimientos educativos oficiales, no cuentan con dotación suficiente en computadores, ni tampoco acceso a internet, lo que implica que la formación se desarrolle con mayor dificultad, los procesos son lentos y el acceso a plataformas nacionales y a información es deficiente”.

La penetración a internet en Colombia es una de las más altas del mundo. En cuanto a internet estudios realizados en Europa demuestran que el 90% de los estudiantes de medicina utilizan el internet en sus estudios regulares y un 80% lo utiliza en estudios e investigaciones.

La extensión de la conectividad, limitada en el municipio, da lugar a su utilización para la telemedicina herramienta para brindar atención médica a distancia, educación médica y de salud, Salud Pública y estudios epidemiológicos entre otros.

2.2.9 SITUACION DE SALUD.

2.2.9.1 Del Aseguramiento.

Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

La cobertura de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud presenta la siguiente situación a diciembre de 2013:

Tabla 32 Número de Afiliados al Régimen Contributivo

MUNICIPIO	TOTAL AFILIADOS
EL COPEY	5.148

Fuente: Secretaría de Salud Municipio de El Copey.

Tabla 33 Número de Afiliados al Régimen Subsidiado

MUNICIPIO	TOTAL AFILIADOS
EL COPEY	21.819

Fuente: Secretaría de Salud Municipio El Copey

Operación Régimen Subsidiado.

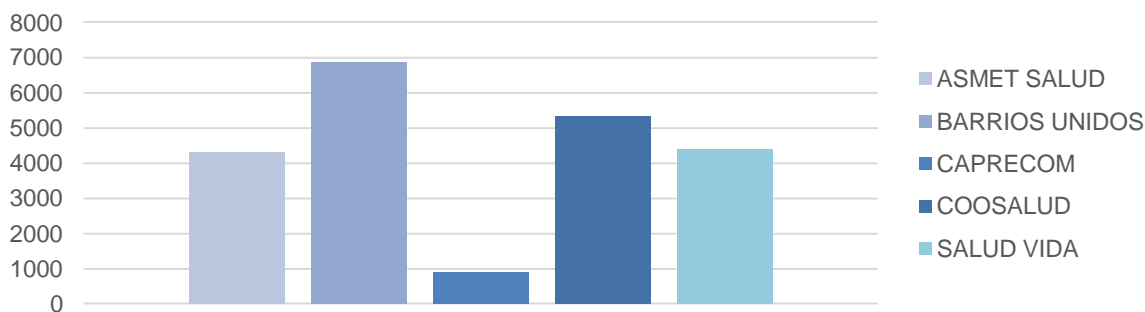
En el Municipio operan cinco (5) Empresas Administradoras del Régimen Subsidiado (SALUD VIDA; ASMET SALUD; COOSALUD; BARRIOS UNIDOS; CAPRECOM), presentándose en términos de población afiliada, el siguiente comportamiento:

Tabla 34 Afiliados al Régimen Subsidiado por EPS

EPS	NÚMERO DE AFILIADOS
BARRIOS UNIDOS	6887
COOSALUD	5333
SALUD VIDA	4394
ASMET SALUD	4312
CAPRECOM	893
TOTAL	21.819

Fuente: Secretaría de Salud Municipal de El Copey

Gráfico 19 Afiliados al Régimen Subsidiado por EPS



2.2.9.2 La Salud Pública

La salud pública constituye en esencia una práctica social interdisciplinaria, debido a los factores condicionantes que afectan o impactan el estado de salud de la población (Servicios de Agua potable y saneamiento básico, variables medioambientales, socioeconómicos, demográficos, entre otros), por lo que se requiere además de las intervenciones colectivas o sanitarias, garantizar el acceso y la calidad de la atención sanitaria.

Para un análisis de avance del mejoramiento de la salud de la población, se considera esencial evaluar el comportamiento de la tasa de mortalidad materna y la tasa de mortalidad infantil. La relevancia de estas variables radica en que permiten ver lo alcanzado en cuanto a intervenciones de salud pública para impactar la salud de maternas y la salud de niños y niñas, y reducir estas tasas; y porque están asociadas a

una gran variedad de factores, tales como la calidad y el acceso a los servicios de salud, las condiciones socioeconómicas y las prácticas de salud pública.

Examinaremos entonces La Salud Infantil, La Salud Materna, Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Jóvenes, y otros indicadores de eventos de salud pública.

Morbilidad General

Morbilidad en el Municipio.

La enfermedad más frecuente es la Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) con un total de 5.054 usuarios correspondiendo al 28% de la población. La segunda enfermedad de mayor presencia es lumbago no especificado con un total de 3.113 usuarios correspondiendo 18%17. (Fuente: Plan de Desarrollo Municipal 2012 – 2015)

Tabla 35 Morbilidad por Enfermedades de Notificación Obligatoria 2012

NOMBRE	< 1 año	1-4 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	>65 años	TOTAL
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	772	1690	1298	742	342	301	5145
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	306	486	191	384	174	114	1655
Varicela	4	17	48	29	6		104
Malnutrición		15		86			101
Agresiones Por Animales Potencialmente Transmisor De Rabia	3	9	26	30	7	7	82
Violencia Intrafamiliar			4	31	4	1	40
Violencia Sexual		2	17	5			24
Sífilis Gestacional				17			17
Accidente Ofídico		1	5	3	4		13
Intoxicación por Otras Sustancia Químicas		4	2	6	1		13
Enfermedad Transmitidas Por Alimentos		1	1	7	1	1	11
Intento De Suicidio			3	5		1	9
Dengue		1	5	3			9
Intoxicación Por Sustancias Psicoactivas				3			3
Leishmaniasis Cutánea			1	1	1		3
VIH		1		2			3
Sífilis Congénita	2						2
Mortalidad Por Eda 0-4 Años	2						2
Hepatitis A			2				2
Hepatitis B				1			1
Intoxicación Por Plaguicidas				1			1
Lepra				1			1
Tuberculosis Pulmonar					1		1
Malaria Vivax (Importado)	1						1
Parotiditis			1				1

Fuente: Oficina De Vigilancia En Salud Pública Municipio El Copey.

Mortalidad en el Hospital San Roque

Durante el año 2012 se registraron en el Hospital 48 fallecimientos, cuya principal causa de muerte fue el Infarto Agudo al Miocardio, manifestándose en personas mayores de 65

años. Posteriormente encontramos causas como la Insuficiencia Respiratoria Aguda, también en adultos mayores; Heridas por Armas de Fuego; Estas patologías integran las cinco (5) principales causas de muerte.

La población en general, no tiene buenos hábitos de vida saludable, existe alto riesgo de muerte en personas mayores de 65 años, puesto que no se sigue rigurosamente las recomendaciones de los médicos en el cuidado alimenticio y físico.

Tabla 36 Mortalidad General Año 2012

DIAGNOSTICO	< 1 año	1-4 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	>65 años	TOTAL
Infarto Agudo Al Miocardio				1	3	7	11
Insuficiencia Respiratoria Aguda				1		5	6
Herida Por Arma De Fuego				3	1		4
Falla Multiorganica						2	2
Hipoxia Cerebral						2	2
Muerte Súbita	1		1				2
Cáncer De Estomago					1	1	2
Enfermedad Diarreica Aguda	2						2
Paro Cardiorrespiratorio						1	1
Insuficiencia Renal Crónica						1	1
Neumonía						1	1
Cáncer De Colon						1	1
Cáncer De Pulmón					1		1
Isquemia Cerebral				1			1
Insuficiencia Cardiaca						1	1
Electro Fulguración				1			1
Diabetes						1	1
Cáncer De Próstata						1	1
Sepsis					1		1
Herida Por Arma Blanca				1			1
Cáncer De Hígado						1	1
Cetoacidosis Diabética					1		1
Accidente De Transito				1			1
Cáncer De Cuello Uterino					1		1
Traumatismo Contundente En Región Abdominal				1			1
TOTAL	3		1	10	9	25	48

Fuente: Hospital San Roque

Tabla 37 Mortalidad por Género y Grupos de Edad Año 2012

GRUPO DE EDAD	FEMENINO	TASA	MASCULINO	TASA
Menor de 1 Año	1	0.03	2	0.07
Entre 1 y 4 Años	0	0	0	0
Entre 5 y 14 Años	0	0	1	0.03
Entre 15 y 44 Años	2	0.07	8	0.29
Entre 45 y 64 Años	4	0.14	5	0.18
65 Años y Más	4	0.14	21	0.77
TOTAL	11	0.40	37	1.35

Fuente: Oficina Vigilancia Municipio El Copey.

2.2.9.3 La Salud Infantil, Infancia, Adolescencia y Juventud

Estructura Poblacional

La población menor de 20 años en el municipio para el 2013 fue de 12.221 niños, niñas y jóvenes lo que equivale al 46,60% de la población total.

Las intervenciones orientadas a potenciar el desarrollo de las primeras tres etapas del ser humano por medio de la garantía de sus derechos, priorizando familias con Niñas, Niños y Adolescentes (NNA) en condición de pobreza extrema, con especial atención en las madres embarazadas y/o madres cabeza de familia; hace que se construya un camino hacia la equidad en el municipio, departamento y por lo tanto en el país.

Para fortalecer el capital humano y garantizar el desarrollo económico del municipio, la inversión social en la infancia, es la que genera mayor tasa de retorno; esto traduce que se consolidan de 1 año, 654 de 1 año, 643 de 3 años, 628 de 4 años y 617 cimientos sólidos en NNA por medio de su formación académica, psicológica-emocional y salud; formar ciudadanos con todas las facultades para generar productividad e ingresos futuros para beneficio de los territorios.

Según el Plan de Desarrollo Municipal 2012 – 2015 “De acuerdo al DANE, a 2012, hay 667 niños y niñas menores de 5 años, con un total de 3.844 niños y niñas. Es decir que el 14,7% de la población copeyana corresponde a la primera infancia. La dirección de desarrollo social del DNP, indica que población potencial beneficiaria menor de 6 años SISBEN III (Punto de Corte Primera Infancia, Junio de 2011) es de 3.035; el total de niños, niñas y adolescente es de 11.194 entre 0 y 18 años (66% del total de población).

En situación de pobreza extrema (Red Unidos) se contabiliza un porcentaje de 45.2%; En el municipio de El Copey, la ENSIN 2010 mostró que el porcentaje de desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años alcanzar el 12%.

En el rango de edad desde 0 hasta 5 años, en el municipio habitan 1.513 niñas y 1.674 niños; En edades de 6 a 10 años existen 1.743 niñas y 1803 niños. El número de Adolescentes es de 3348, de los cuales 1.654 son mujeres y 1694 hombres. Los Jóvenes Copeyanos son 5.396, siendo 2.654 mujeres y 2.742 hombres. En este orden de ideas, 15.477 personas son menores de 25 años, lo que equivale al 56.8% de la población residente en el municipio.

En el municipio no se registra información referente a la tasa de trabajo infantil; el número de niños, niñas y jóvenes entre los 5 y 17 años de edad que no asisten a un establecimiento educativo, no trabajan o están en busca de empleo, se estima en 1200.

No fue posible obtener datos que permitan establecer la Población infractora entre 14 y 18 años en el municipio. La cobertura de los programas en oferta de atención a la primera infancia del ICBF se presenta así:

- ✓ Modalidades Integrales: (2011) 429 de niñas y niños.
- ✓ Modalidades no integrales: (2011) son 828 niñas y niños, en los que 288 están en hogares FAMI y 540 hogares familiares.
- ✓ Desayunos infantiles: (2011) hay 1.942 niños y niñas.
- ✓ Meta de atención integral a la primera infancia en 2012: 429 niñas y niños. En modalidad institucional 99 niños y niñas y en modalidad itinerante 330 niñas y niños.

Niños, niñas y adolescentes potenciales para ser beneficiados con el Programa de Familias en Acción son 4238, aquellos que cumplen con los certificados de asistencia al colegio y a controles de salud (por eso son los que sí reciben el subsidio) son 3202 que equivale a un 75% de cobertura, siendo así mayor que el promedio nacional y con 5 puntos cerca de la meta exigida que es el 80%. El DPS en la SIPOD, muestra que la población desplazada de primera infancia recibida en el municipio es de 189 niñas y niños y con un número mayor de población desplazada de primera infancia expulsada 894 niñas y niños.

El número de Niños y niñas menores de 6 años con afiliación en Salud (Ene 31 de 2012), es de 3.203. Afiliados a Régimen Contributivo (activos y suspendidos) son 661 niños y niñas, 2.587 afiliados en Régimen Subsidiado y 15 afiliados al régimen especial". (Fuente: Plan de Desarrollo Municipal 20012 -2015 - Aquí Ganamos Todos)

2.2.9.4 El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La vacunación universal es una de las intervenciones preventivas más efectivas establecidas principalmente en los grupos de edad de alto riesgo y menores de 5 años. El PAI, Se considera estratégico para mejorar la salud infantil, genera los mayores impactos en esta población y en particular para enfrentar la mortalidad y morbilidad infantil. Permite evaluar la eficacia en la prestación y cobertura de los servicios de salud.

Durante el año 2012, El Municipio logró consolidar un buen desempeño en el **PAI** obteniendo coberturas útiles (>95%) en todos los biológicos, tal como se muestra en el cuadro siguiente. A pesar de que se superó la meta del 100%, es necesario fortalecer las

estrategias que permitan mantener las coberturas óptimas, sobre todo en la zona rural donde se presentan algunos inconvenientes con el acceso a estas zonas por parte del equipo de vacunadores.

Tabla 38 Coberturas de Vacunación Año 2012

AÑOS	Población Menor de 1 año	POLIO %		PENTAVALENTE %		BCG %		ROTAVIRUS %		NEUMOCOCO 2A %	
2012 (Dic)	667	756	113,3	756	113,3	626	93,9	711	106,6	737	110,5

AÑOS	Población de 1 año	TRIPLE VIRAL %		FIEBRE AMARILLA %		NEUMOCOCO 3RA %	
2012 (Dic)	654	730	111,6	735	112,4	730	111,6

Tabla 39 Coberturas de Vacunación Año 2013

AÑOS	Población Menor de 1 año	POLIO %		PENTAVALENTE %		BCG %		ROTAVIRUS %		NEUMOCOCO 2A %	
2013 (Dic)	666	701	105,3	701	105,3	594	89,2	700	105,1	588	88,3

AÑOS	Población de 1 año	TRIPLE VIRAL %		FIEBRE AMARILLA %		NEUMOCOCO 3RA %	
2013 (Dic)	654	731	111,8	728	111,3	735	112,4

Fuente: Secretaria de Salud Departamental del Cesar.

Causas de Morbilidad en Menores de 5 años.

Según el Plan Municipal de Desarrollo 2012-2015 “Las Cinco primeras causas de morbilidad en niñas y niños entre 0 y 4 años son: Trastornos Respiratorios específicos del periodo perinatal se dieron 1066 casos; Malformaciones Congénitas 323 casos, Infección Respiratoria Aguda IRA 3261 casos, Enfermedades del Sistema Genitourinario 759 casos, Accidentes de Transporte Terrestre 234 caso. La tasa de morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda EDA en menores de 5 años es de 577 niños y niñas”.

Tasa de Mortalidad Perinatal.

La mortalidad perinatal se define como: la muerte que ocurre a las 22 semanas de gestación y los 7 días completos después del nacimiento o mayor de 500 gramos de peso; este es un indicador de mayor fuerza en la mortalidad infantil puesto que se refleja la enfermedad materna o del feto. En el municipio el número de nacidos vivos con bajo

peso al nacer (Peso menor a 2.500 gramos), es de 85 nacidos, siendo 95 el total de nacidos. La mortalidad perinatal es evitable con la atención prenatal ceñida a normas de control de embarazo, parto y puerperio; el control prenatal y la atención del parto institucional deben garantizar la no muerte del feto y el neonato.

Según el Plan Municipal de Desarrollo 2012-2015 “en el año 2011 se presentaron cuatro (4) casos de mortalidad perinatal por inasistencia a los controles con ginecología y a los controles prenatales. Un (1) caso de mortalidad materna, se produjo por inasistencia a los controles prenatales importantes para mantener la salud materna infantil e indispensable para conocer las causas de tipo biológico, patológico, físico y psicológico que tienen alto impacto en el cambio en las conductas y comportamientos de las Mujeres en etapa de embarazo”.

La deficiencia en el control prenatal, la atención del parto y potencialmente el embarazo en la adolescente es causa de mortalidad perinatal; la Secretaría de Salud el reporta menores de 18 años embarazadas; esta situación aumenta la probabilidad de mortalidad materna e infantil, así como bajo peso al nacer debido a la temprana edad de las madres”.

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

Según OMS-OPS se define diarrea como la presencia de tres o más deposiciones anormalmente líquidas en 24 horas, con o sin sangre. Hace una década era considerada como las primeras causas de muerte en Latinoamérica, sin embargo por las estrategias ya sean de atención, de inclusión de biológicos, de utilización de las sales de rehidratación oral o de mejoramiento del acceso al agua potable han disminuido las muertes en niños menores de un (1) año.

En el año 2012 se informaron 743 casos de **EDA**, en menores de cinco años, para una tasa de morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda x 100.000 menores de 5 años de 23,024 frente a una tasa de 16,545 alcanzada por el Departamento.

Según el Estudio Epidemiológico de la Secretaría de Salud Departamental 2012; El Copey está clasificado en el grupo de municipios de muy alto riesgo para EDA en < de 5 años, en su orden: San Alberto, Bosconia, El Copey, La Jagua de Ibirico, Aguachica, Valledupar, y Pueblo Bello.

Tabla 40 Morbilidad por EDA en menor de 5 años. 2012

	Población < 5 Años	Número de Casos	Tasax100.000 < 5 Años
EL COPEY	3.227	743	23.024
DEPARTAMENTO	110.417	18.268	16,545

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Cesar.

Según informe preliminar de la Secretaría de Salud Municipal, durante el año 2013, con corte a Octubre 30, se reportaron 700 casos de EDA, en menores de cinco (5) años.

El Diagnostico de salud del Municipio 2012, en el componente de análisis de la morbilidad, establece que el segundo lugar lo ocupa la Enfermedad Diarreica Aguda, con un total de 1.655 casos, encontrándose el más alto porcentaje de casos en el grupo

etéreo de 1 a 4 años, indicador que deberá ser tenido en cuenta para la implementación de una Sala de rehidratación oral en la ESE Hospital San Roque, y el fortalecimiento de la estrategia AIEPI con la implementación de las unidades UROS y UAIRAS, en la comunidad.

Tabla 41 Morbilidad por EDA (todas las edades – año 2012)

NOMBRE	< 1 año	1-4 años	5-14 años	15-44 años	45 - 64 años	>65 años	TOTAL
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	306	486	191	384	174	114	1655

Fuente: Oficina De Vigilancia En Salud Pública Municipio El Copey

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

En el año 2012 el Municipio de El Copey notificó dos (2) casos de muertes en menores de 5 años, de las 10 muertes que por Enfermedad Diarreica Aguda se notificaron en el Departamento.

Tabla 42 No Muertes por EDA en <5 años –2012

MUNICIPIO EL COPEY	2
EL DEPARTAMENTO	8

Fuente: Secretaria de Salud Departamental del Cesar.

La Infección Respiratoria Aguda (IRA)

Durante el año 2012, en el municipio se reportaron, 1.865 casos de **IRA**, en menores de cinco años, para una tasa de morbilidad por **IRA** de 57.794 x 100.000 habitantes y el Departamento alcanzó una tasa de 55.458 x 100.000 menores de 5 años.

Tabla 43 Morbilidad por IRA en menor de 5 años –2012

	Población < 5 Años	Número de Casos	Tasax100.000 < 5 Años
MUNICIPIO EL COPEY	3.227	1.865	57.794
DEPARTAMENTO	110.417	61.237	55,458

Fuente: Secretaria de Salud Departamental del Cesar.

Según informe preliminar de la Secretaria de Salud Municipal, durante el año 2013, con corte a Octubre 30, se han reportado 2.957 casos de **IRA**, en menores de cinco (5) años.

El primer lugar en el perfil de morbilidad en el Municipio del Copey, lo ocupa la Infección Respiratoria Aguda (IRA), resulta preocupante los resultados del indicador especialmente en la población infantil y adolescente, la cual se encuentra presente en los rangos de edad entre 1 a 14 años; por lo cual se hace necesario la Implementación en la ESE

HOSPITAL SAN ROQUE del municipio, una sala ERA, siendo esta actividad (terapia respiratoria); una actividad de segundo nivel de atención pero conducente a mejorar el estado de salud de la población infantil. En el 2008 se presentaron 382 casos, en el 2009 (577 casos), en el 2010 (1.049).

Según el informe de la Secretaría de Salud Municipal con respecto a las Infecciones Respiratorias Agudas, éstas ocupan el primer lugar de morbilidad en niños menores de 5 años, se evidencio que en el año 2010 se presentó la mayor tasa de morbilidad por 1000 menores de 5 años (1049 casos), esto se debe a los cambios climáticos, poca ventilación de vivienda, malas condiciones higiénico sanitarias y desnutrición.

Tabla 44 Morbilidad por IRA (todas las edades – año 2012)

NOMBRE	< 1 año	1-4 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	>65 años	TOTAL
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	772	1690	1298	742	342	301	5145

Fuente: Oficina De Vigilancia En Salud Pública Municipio de El Copey

Mortalidad por IRA en Menor de 5 años

En el año 2012 el Municipio de El Copey **no** informó casos de mortalidad por IRA.

Tabla 45 Número de Muertes en Menores de 5 Años

No Muertes <5 Años – 2012	
Municipio El Copey	0

Fuente: Secretaria de Salud Departamental del Cesar.

Tasa de Mortalidad Infantil

La Tasa de Mortalidad Infantil es un indicador de calidad de vida y desarrollo, y fue ratificado en la Cumbre del Milenio del año 2000 de las Naciones Unidas, en donde se consideró que su reducción era una de las ocho prioridades de desarrollo que deberían lograrse **“Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años”**

Este indicador también refleja el nivel de acceso que tiene las personas a la asistencia médica y es por ello un insumo relevante para quienes diseñan las políticas públicas. Por ejemplo, las causas de muerte entre los recién nacidos están estrechamente relacionadas con el nivel de atención médica recibida durante el nacimiento.

De manera creciente, la mortalidad infantil se concentra en las regiones más pobres, A medida que las tasas de mortalidad de menores de 5 años disminuyen en las regiones en desarrollo más ricas, la mayoría de las muertes infantiles ocurre en las regiones más pobres.

A nivel mundial, la tasa de mortalidad de menores de 5 años disminuyó un 41%, de 87 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos en 1990, a 51 en 2011. A pesar de este importante logro, se necesita un progreso mayor para alcanzar la meta propuesta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio **ODM**. La Mortalidad Infantil en América Latina ha estado disminuyendo en más de un 50% y por lo general el progreso hacia este objetivo del milenio es adecuado.

En Colombia, el Departamento y el Municipio de El Copey, también se registra un progreso la disminución de muertes en menores de cinco años, tal como se observa en la tabla siguiente.

Tabla 46 Tasa de Mortalidad Infantil por 1.000 nacidos vivos

ENTIDAD	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011
NACION	18,76	18,36	17.78
DEPARTAMENTO CESAR	20,62	20,14	19.63
MUNICIPIO EL COPEY	21.51	20,98	20,48

Fuente: DANE 2005. Estudios Realizados 2012

2.2.9.5 Salud Sexual y Reproductiva

En el marco de los derechos humanos, los derechos de la mujer y los derechos de los jóvenes; la salud sexual y reproductiva tiene como objetivo favorecer el acceso a recursos para tomar decisiones sobre sus vidas y sus cuerpos de manera auto determinada, sustentadas por el principio ético de la autonomía.

La Salud Materna

La mortalidad materna es un indicador de salud de la mujer y de la sociedad; se asocia a factores socioculturales que hacen más vulnerable la condición de la mujer como son la educación, la pobreza y “mitos” sobre el embarazo y el parto; bajo nivel de escolaridad, residencia en zonas rurales y marginales y desplazamiento forzado. El acceso a los servicios de salud y las condiciones de “parto seguro” intrahospitalario en condiciones de asepsia contribuyen a disminuir la mortalidad.

La salud materna, además de ser un reflejo de las condiciones médicas del acceso a los servicios sociales básicos por parte de las mujeres durante la gestación, el parto y el posparto, indica también el grado de desarrollo y desigualdad social de una región y su capacidad para garantizar los derechos humanos de su población.

La mortalidad materna y perinatal es considerada una tragedia en salud pública; en Colombia se ha trabajado con iniciativas para la reducción de la mortalidad materna, pero persisten cifras elevadas; el comportamiento epidemiológico en el Departamento y la región revela una alta tendencia en este indicador 113 x 100.000 Nacidos Vivos; generando un escenario no propicio para el cumplimiento de objetivos de desarrollo de milenio; si se tiene en cuenta que la Meta fijada para el año 2015 es la de reducir a 45 la razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos).

En el Departamento se han incrementado las muertes maternas en los últimos años, pasando de 16 casos de mortalidad en 2010 a 24 en 2011, en el año 2012 se registran 20 muertes maternas; el Municipio de El Copey Para los años 2011 y 2012 reportó una muerte materna en cada anualidad.

Según informe de la Secretaría de Salud Municipal, con corte a Octubre 30 de 2013 no se han presentado muertes maternas.

Tabla 47 Número de Muertes Maternas años 2010, 2011 y 2012

	2010	2011	2012
MUNICIPIO EL COPEY	2	1	1
DEPARTAMENTO	16	24	20

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Cesar

Según el Plan de Desarrollo Municipal 2012 - 2015 “en el 2011 el caso de mortalidad materna, se produjo por inasistencia a los controles prenatales importantes para mantener la salud materna infantil e indispensable para conocer las causas de tipo biológico, patológico, físico y psicológico que tienen alto impacto en el cambio en las conductas y comportamientos de las Mujeres en etapa de embarazo”.

Contempla el Informe de Gestión de la Secretaría de Salud 2008 – 2010 “en el 2010 se presentaron 2 muertes maternas, ... Las causas que llevaron a estos dos sucesos fueron inasistencia a los Controles Prenatales, inasistencia a los controles con especialista (ginecología), falta de reconocimiento de los signos de alarma durante el embarazo, por lo cual se requiere que las mujeres gestantes estén más sensibilizadas en la importancia del Control Prenatal y fortalecer la demanda inducida en nuestro municipio”.

Embarazo en Adolescente

En virtud de las implicaciones en el desarrollo y en la calidad de vida de los adolescentes y jóvenes, de sus familias y de las sociedades, la ocurrencia de embarazos a temprana edad ha sido considerada, una problemática social y de salud pública que requiere ser intervenida con el fin de procurar un mejor desarrollo individual, mejor calidad de vida y avances significativos en el bienestar y progreso social.

Colombia se ha comprometido en disminuir, para 2015, la proporción de embarazos en mujeres entre 15 y 19 años al 15%. Las cifras son preocupantes y han generado alarma, el 20.5% de las adolescentes entre 15 y 19 años han sido madres o están embarazadas. Más del 50% de los hijos que tienen las adolescentes entre los 15 y 19 años son no deseados; se trata de un embarazo que se presenta sin buscarlo y por lo tanto, no planeado; pero también preocupa que cerca de un 40% de los embarazos en este rango de edad son planeados y deseados, lo que nos da a entender que las adolescentes no construyen con seguridad su proyecto de vida. Por todo lo anterior, se deberá trabajar rápidamente en la ESE en la estrategia IAMI (Instituciones amigas de la mujer y de la Infancia).

Sin duda esta situación afecta el proyecto de vida de las adolescentes, un embarazo temprano sin haber terminado su adolescencia, les cierra oportunidades de educación y de trabajo. Si no cuentan con herramientas ni empleo tampoco podrán cuidar bien a su niña o su niño, generando más pobreza y falta de oportunidades.

Al Municipio le asiste el compromiso y la responsabilidad de contribuir a lograr los Objetivos de Milenio, concretamente el 5to, que establece mejorar la salud sexual y reproductiva, disminuir los embarazos en adolescentes, incentivar el uso de métodos modernos de planificación familiar en la población adolescente y joven.

El análisis del comportamiento de la proporción de embarazos en adolescentes en el Municipio, muestra que durante el año 2012 nacieron vivos 482 niños y de ellos 152 son nacimientos de adolescentes entre 10 a 19 años, significando que el porcentaje de embarazo en adolescentes es del 31,5% superando los resultados del departamento.

Tabla 48 Comportamiento de los Embarazos en Adolescentes Año 2012

AÑO	TOTAL NACIDOS VIVOS	EDAD DE LA MADRE	
		ADULTAS > 19 AÑOS	ADOLESCENTE DE 10 -19 AÑOS
2012	482	330	152

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Cesar.

Como quiera que se trata de una problemática que viene impactando no solo al Municipio, sino al Departamento, la Región y el País; el Gobierno Nacional en Enero 31 de 2012 expide el CONPES 147, que fija los lineamientos para el desarrollo de una estrategia

para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años.

La ESE Hospital de San Roque de manera conjunta con la Dirección Local de Salud, deberán aunar esfuerzos en la implementación de Estrategias educativas de impacto en este grupo poblacional.

Enfermedades de Transmisión Sexual

Sífilis Gestacional

En el Departamento se notificaron 152 casos de Sífilis Gestacional, disminuyendo en un 2% en relación al año anterior; la tasa de incidencia x 1.000 mujeres de 15 a 49 años es de 0,59. El 88% de los municipios reportaron este evento; el 43% (65/152) son procedentes de Valledupar, El Copey con el 12% y Aguachica con el 10% de los casos.

Para el año 2011 se reportaron en el Departamento 155 casos disminuyendo en 1% en relación al 2010. Los Municipios que notificaron el mayor número de casos fueron Valledupar con un 36%, Aguachica con el 11% y El Copey con el 10%. El Copey, calificado como Municipio de muy alto riesgo para este evento de salud pública.

Tabla 49 Riesgo para Sífilis Gestacional en Mujeres de 15 a 49 años

	Año 2011 Número de Casos	Año 2012 Número de Casos
EL COPEY	15	18
DEPARTAMENTO	140	134

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Cesar.

Sífilis Congénita

En el año 2012 se diagnosticaron en el Departamento 65 casos de sífilis congénita, aumentando en un 14% en relación al 2011, periodo en el que se diagnosticaron 44 casos. La tasa de incidencia departamental fue de 3.3 X 1.000 nacidos vivos frente a 2.2 x 1.000 nacidos vivos registrada en el 2011. El Departamento y el 72% de los municipios no cumplieron con la meta de eliminación (menor de 0,5 x 1000 nacidos vivos). Valledupar con el 44,62% y El Copey con el 9,23% son los municipios con mayor carga de enfermedad.

El Municipio de El Copey en el año 2011 reportó 6 casos de los 44 diagnosticados en el Departamento y en el año 2012 informa 6 casos de los 65 casos diagnosticados por el Departamento. El Copey considerado municipio de muy alto riesgo según razón de prevalencia x 1.000 Nacidos Vivos.

Tabla 50 Riesgo para Sífilis Congénita

	Año 2011 Número de Casos	Año 2012 Número de Casos
EL COPEY	6	6
DEPARTAMENTO	38	59

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Cesar.

VIH/SIDA

En el Departamento durante el año 2012, se notificaron 211 casos de VIH – SIDA, para una proporción de prevalencia de 21 casos x 100.000 habitantes; presentándose un aumento del 22% con relación al 2011, periodo en el que se notificaron 165 casos, para una razón de prevalencia de 17 casos x 100.000 habitantes. El Municipio de El Copey por su parte en el año 2012 presentó 10 casos para una razón de prevalencia estimada del 38.3 x 100.000 habitantes; aportó el 4.74 del total de los casos registrados en el Departamento, por lo que se califica como de muy alto riesgo para VIH/SIDA.

Este indicador del Municipio resulta preocupante frente a la Meta Nacional que es de 1.2 por 100.000; estableciéndose que el municipio debe establecer directrices prácticas para contención de este evento de salud pública.

Tabla 51 No casos VIH año 2012

DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO	AÑO 2012	RAZÓN DE PREVALENCIA POR 100.000 HABITANTES
El Copey	10	38.3
Cesar	211	21

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Cesar

Tabla 52 No casos VIH año 2011

DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO	AÑO 2011	RAZÓN DE PREVALENCIA POR 100.000 HABITANTES
El Copey	1	3.9
Cesar	165	17

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Cesar

Registro Poblacional de Cáncer

En el Departamento del Cesar, durante el año 2012 se diagnosticaron 487 casos de cáncer para una tasa bruta de incidencia departamental de 49.11 x 100.000 habitantes; de los cuales 305 son mujeres y 182 hombres. Los cinco sitios de origen más frecuentes fueron en su orden: mama, próstata, cérvix, colorectal y estómago.

De acuerdo a la distribución según el régimen de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 51.54% de los pacientes pertenecen al régimen contributivo, el 37.98% al régimen subsidiado, el 10.47% no está afiliado al SGSSS.

Los tipos de cáncer más frecuentes fueron: carcinoma de la glándula mamaria con el 20.94% (102/487), adenocarcinoma de próstata con el 18.89% (92/487), carcinoma de cérvix con el 13.75% (67/487), adenocarcinoma del colon y recto 11.08% (54/487) y estómago 8.21% (40/487).

De los 487 casos incidentes registrados en el Departamento, el Municipio de El Copey Notifico 12 casos que representan el 2.46%. (Fuente: Diagnostico de Salud 2012– Secretaria Departamental de Salud).

Para el año 2011 se diagnosticaron 411 casos de cáncer incidentes para una tasa de 41.9 x 100.000 habitantes, Los canceres más frecuentes fueron en su orden Próstata (21.4%), mama (18%), cérvix (13,6%), colorectal (9.2%) y estomago (8%).

El aseguramiento de los pacientes diagnosticados en este periodo evidencia que el 50.8% presentan afiliación al Régimen Contributivo, el 39.4% al Régimen Subsidiado y el 9.7% no registra afiliación.

En el Municipio de El Copey se diagnosticaron en el 2011, seis (6) casos – 3 en hombres y 3 en mujeres- de los 411 diagnosticados por el Departamento para el mismo periodo.

Tabla 53 Casos Diagnosticados de Cáncer

	No casos 2011	No casos 2012
EL COPEY	6	12
DEPARTAMENTO	411	487

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Cesar.

Cáncer de Cérvix

En el Departamento del Cesar en el año 2012, el tercer cáncer en orden de presentación fue el carcinoma del cérvix con 67 casos que corresponden al 13.75% de todos los cánceres incidentes. Para el mencionado año no se tuvieron en cuenta para la incidencia las lesiones escamosas intraepiteliales y el carcinoma in situ. La tasa de incidencia en el sexo femenino a nivel departamental fue de 13.66 x 100.000.

El rango de presentación por edad está entre 23 y 93 años; el promedio de edad fue de 51.79 años; los grupos etéreos con mayor incidencia de casos fue el de 50 – 54, cada uno con el 8.6%. (Fuente: Diagnostico de Salud 2012 – Secretaria de Salud Departamental).

Para el municipio de El Copey no se encontró información de Incidencia de cáncer de cérvix, por tanto será necesario que en el Hospital San Roque adelante un proceso de análisis de los RIPS que le permitan consolidar datos de este carcinoma.

Cáncer de Seno

En el departamento del Cesar, el primer cáncer en orden de frecuencia de presentación es el carcinoma de la glándula mamaria con 102 casos que representan al 20.94%, con tasa de incidencia departamental de 10.28 x 100.000 habitantes en general y en mujeres de 20.81 x 100.000.

La distribución por edad presentó un rango que va desde los 29 hasta 89 años; el promedio de edad fue de 54.28 años; la distribución por grupos etéreos encontramos que la mayor frecuencia de presentación fue en los grupos de 45 – 49 años con el 23.52%.

Por municipio de procedencia Valledupar con el 65.68% aportó el mayor número de casos; seguido de Codazzi con el 5.88%, Chimichagua con el 5.88%, Aguachica con el 3.92%, Astrea, Curumaní, El Copey y la Jagua de Ibirico, cada uno con el 2.94%.

El carcinoma de glándula mamaria según la afiliación al SGSSS mostró que el 53.92% pertenecen al régimen contributivo, el 36.7% al subsidiado y el 9.80% no estaban afiliados. (Fuente: Diagnostico de Salud 2012 – Secretaria de Salud Departamental).

Para el municipio de El Copey no se encontró información de Incidencia de cáncer de seno, por lo cual será necesario que en el Hospital San Roque realice un estudio mediante análisis de los RIPS a efectos de consolidar datos de este carcinoma.

2.2.9.6 SALUD ORAL

Para el municipio de El Copey no se encontró información sistematizada en relación a la salud oral. Dado que en el Hospital San Roque la incidencia de consulta por problemas de salud oral es frecuente, se consideró importante incluir en el presente informe de desarrollo de la institución aspectos fundamentales que deben ser tenidos en cuenta por las autoridades de salud del municipio.

La Organización Mundial de la Salud ha instado a los países del mundo a que logren a través de su servicio de salud bucodental públicos que:

El 50% de los niños de 5 a 6 años estén libres de caries y b) a los 12 años el índice COP sea menor de 3 años. (34) Organización Mundial de la Salud, Resoluciones sobre Fluorización y Salud Dental (WHA22.30, WHA28.64 and WHA31.50).

Por su parte las metas del Plan Nacional de Salud 2007- 2010 son:

Índice COP.

Utilizando el Índice COP, para evaluar la presencia de caries (C), obturaciones (O) y pérdidas dentales (P) por antecedentes de caries en la dentición permanente de las personas.

Índice CEO

El Índice CEO es la sumatoria de dientes temporales cariados con indicaciones de extracción y obturados. Aquí no se consideran los dientes ausentes y la obturación por medio de una corona se considera diente obturado. La Encuesta de Salud Bucal 2013 de El Copey encontró un Índice CEO de 2,0 a los dos (2) años de edad; 2,5 a los tres (3) años y 4,5 a los cuatro (4) años.

Enfermedad Periodontal.

La Tercera Encuesta de Salud Bucal Colombia (ENSAB III) 1.998, encontró para todas las formas de enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis) una prevalencia de 50.2% de la población. Las clases de Gingivitis son:

Gingivitis Aguda
Gingivitis Crónica
Otras Gingivitis

Pulpitis

La pulpitis es la inflamación de la pulpa que se encuentra dentro del diente y que es la causante del denominado “dolor de muela”. La pulpitis surge como consecuencia de la pieza dental con caries y es una de las causas más frecuentes de consulta odontológica, muchas veces de urgencia. La pulpitis presenta una gran incidencia en la población como consecuencia de la mala higiene oral causante de la caries.

Enfermedad Periodontal

La Tercera Encuesta de Salud Bucal (ENSAB III) 1.998, encontró para todas las formas de enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis) una prevalencia de 50.2% de la población.

Fluorosis Dental

La fluorosis dental es producida por la presencia del flúor en la ingesta ya sea por vehículo como el agua o la sal si bien se reconoce que este mineral ayuda a prevenir la presencia de da caries dental. En sus grados leves no significa un problema de salud pública pero en sus grados altos sí, ya que presenta problemas estéticos para quien la

padece. Se considera que concentraciones de más de 1,000 partes por millón (ppm) cantidad encontrada en la sal y en algunos dentífricos pueden constituir riesgo de fluorosis.

Urgencias y Salud Oral

Es la aparición súbita de una condición patológica buco maxilofacial, que provoca una demanda espontánea de atención, cuyo tratamiento debe ser inmediato, impostergable, oportuno y eficiente. Los estudios epidemiológicos revelan que uno de dos niños ha sufrido traumatismo dentario, más frecuentemente entre los 8 y 12 años. La fractura coronaria es el tipo de lesión más frecuente, generalmente como resultado de accidentes, práctica de deportes o violencia. En la mayoría de los traumatismos dentarios, un tratamiento rápido y apropiado puede disminuir su impacto, tanto desde el punto de vista de Salud Oral como estético.

2.2.9.7 Salud Mental y Lesiones Violentas Evitables

En el municipio, como en Colombia, los problemas de salud mental y violencia ocupan un lugar destacado como causa de morbilidad y mortalidad. Abordando en primer lugar la salud mental en el municipio, a partir de fuentes de información rutinarias y de investigaciones específicas se puede caracterizar un escenario actualizado de la situación. Diferentes investigaciones han mostrado que el consumo de bebidas embriagante es un grave problema de salud en el departamento por ser causa de morbilidad y de condicionar la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas. Las actividades relacionadas con salud mental pública que se podrían aplicar en el municipio de El Copey son:

- ✓ Construcción de la Política Pública de Salud Mental y de un municipal de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
- ✓ La elaboración o actualización de las normas municipales de atención para violencia intrafamiliar y abuso sexual.
- ✓ El seguimiento a familias con casos de suicidio, el seguimiento a pacientes con enfermedad mental.
- ✓ El seguimiento a personas que han realizado un intento de suicidio.
- ✓ El seguimiento a casos reincidentes de violencia intrafamiliar.

Por otra parte, se debe fortalecer los procesos de vigilancia epidemiológica en temas de salud mental pública, de modo que el municipio pueda disponer de información actualizada sobre aspectos como la depresión en mujeres gestantes, depresión en la población general, consumo de sustancias psicoactivas, suicidio, intentos de suicidio, y violencia intrafamiliar, entre otros aspectos.

El Hospital San Roque debe adelantar estudios sobre la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales en el municipio utilizando para ello los RIPS según la siguiente apertura de la CIE-10:

Tabla 54 Perfiles de Morbilidad Según CIE-10

CIE-10	CAUSA
F00 A F09	Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos
F10 A F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas
F20 A F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes
F30 A F39	Trastornos del humor (afectivos)
F40 A F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomórfos
F50 A F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
F60 A F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
F70 A F79	Retardo Mental
F80 A F89	Trastornos del desarrollo psicológico
F90 A F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia
F99	Trastorno mental sin especificación
X60 A X84	Intoxicaciones voluntarias

Se hace necesario que la Institución Hospitalaria San Roque adopte la estrategia de Atención Primaria en Salud Mental promovida por el Ministerio de Salud y por la Organización Panamericana de la Salud con el fin de capacitar a los Médicos Generales, Psicólogas, Enfermeras, Trabajadoras Sociales y Auxiliares de Enfermería en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales con metodologías como la mh-GHAP.

Suicidio.

En el 2012 se presentaron en el Departamento del Cesar 35 casos de Suicidio; dicho evento se presentó en el 48% del territorio del Departamento del Cesar, es decir 12 municipios de los 25 que conforman el Departamento presentaron casos de suicidio.

Los hombres con un 77% son los que más se suicidan. Con respecto a la edad los porcentajes se presentaron muy parejos ya que entre los rangos de 41 a 50 años conformaron el 23%, de los 12 a 20 años, y de los 21 a 30 años, el 20%.

De los 35 casos notificados durante el año 2012 en el Departamento, doce (12) Municipios de los 25 que tiene el Cesar, reportaron casos de suicidios. El Municipio de El Copey no reportó casos de suicidios. (Fuente: Diagnostico de Salud 2012- Secretaria de Salud Departamental)

Enfermedades Crónicas:

Tuberculosis

La tuberculosis ha venido en aumento especialmente ligada a enfermedades como el SIDA. La desnutrición, el hacinamiento, las malas condiciones higiénicas, la infección por el VIH, algunas enfermedades debilitantes, los inmunosupresores, diabetes, el estrés, la silicosis, el alcoholismo, la drogadicción y la indigencia entre otros, aumentan la susceptibilidad de las personas a la enfermedad. (Ministerio de Salud, Guías de Atención Pulmonar y Extrapulmonar, Colombia).

En el Departamento para el año 2012 se notificaron 267 casos de tuberculosis, el 91,39% (244/267) fueron casos nuevos, recaídas el 5.62% (15/267), y reingresos por abandono el 2.9% (8/267). La incidencia de tuberculosis todas las formas fue de 25 X 100.000 habitantes. (Fuente: Diagnostico de Salud 2012 – Secretaria Departamental)

De los 267 casos notificados en el Departamento, El Municipio de El Copey, reportó un (1) caso.

Durante el año 2011 se notificaron en el Departamento 300 casos de tuberculosis, el 93.6% correspondieron a casos nuevos, a recaídas el 4.6% y reingresos por abandono el 1.6%. La incidencia fue del 29 x 100.000 habitantes. El Municipio de El Copey notifico 11 casos de los 300 reportados por el Departamento.

Tabla 55 Casos Diagnosticados de Tuberculosis

	No casos 2011	No casos 2012
EL COPEY	11	1
DEPARTAMENTO	300	267

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Cesar.

Lepra

La prevalencia de lepra en el Departamento por 10.000 habitantes es de 0.31, cumpliendo con la meta de eliminación (< 1 caso x 10,000). En el 2012 se diagnosticaron 29 casos de lepra, de los cuales el 93% (27/29) fueron pacientes nuevos y el 7% (2/29) recaídas. La incidencia fue de 2.9 x 100,000 habitantes. El 66% (19/29) de los pacientes fueron multibacilares con BK positivo y el 34% (10/29) paucibacilares.

El porcentaje de discapacidad fue del 34% (10/29). El 66% se captaron sin discapacidad. El 48% de los municipios reportaron casos nuevos, estos son: Valledupar 11 casos, Aguachica 3 casos; 2 casos: Codazzi, Curumani, La Jagua, Rio de Oro, Tamalameque; un caso: Chiriguana, El Copey, La Paz, San Martin y San Alberto.

A 31 de diciembre del 2012 había inscritos en el programa de lepra recibiendo tratamiento 31 pacientes; El 44% de los municipios tienen pacientes en tratamiento; la prevalencia ubica como de muy alto riesgo para lepra a Tamalameque, Rio de Oro, y La Jagua. De alto

riesgo: Curumani, San Martín y Chiriguana. De mediano riesgo: San Alberto, Codazzi y El Copey. (Fuente: Diagnóstico de Salud 2012 – Secretaría de Salud Departamental).

El comportamiento de este evento de salud pública para el año 2011, fue el siguiente: En el Departamento la prevalencia alcanzó un 0.35 x 10.000 habitantes, cumpliendo con la meta de eliminación (< 1 caso x 10.000); se diagnosticaron 31 casos, de los cuales el 87% fueron pacientes nuevos y el 13% recaídas. La incidencia fue de 2.75. El Municipio de El Copey no reportó Casos.

Tabla 56 Casos Diagnosticados de Lepra. Años 2011 y 2012

	No casos 2011	No casos 2012
EL COPEY	0	2
DEPARTAMENTO	31	29

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Cesar.

Dengue

Durante el año 2012 en el Departamento se notificaron al SIVIGILA 4.578 casos de dengue; el 96% dengue (4378/4578) y el 4% dengue grave (200/4578), el Municipio de El Copey reportó para el mismo periodo 16 casos, y es calificado de Bajo Riesgo.

Para el año 2011 se notificaron en el Departamento 1.270 casos de Dengue y 121 de Dengue Grave; El Municipio 16 casos de Dengue y 1 de Dengue Grave.

Tabla 57 Casos de Dengue año 2012

ENTIDAD TERRITORIAL	DENGUE	DENGUE GRAVE	TOTAL
MUNICIPIO EL COPEY	13	3	16
DEPARTAMENTO CESAR	4378	200	4.578

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Cesar.

Tabla 58 Casos de Dengue año 2011

ENTIDAD TERRITORIAL	DENGUE	DENGUE GRAVE	TOTAL
MUNICIPIO EL COPEY	16	1	17
DEPARTAMENTO CESAR	1.270	121	1.391

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Cesar.

2.2.9.8 Nutrición y Seguridad Alimentaria

Según la definición de las Naciones Unidas, el derecho a la alimentación es el derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente o mediante

compra en dinero, a una alimentación adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a que pertenece el consumidor y que garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna.

El componente de Nutrición y Seguridad Alimentaria en el ASIS, El Copey del Cesar tiene como principales fuentes de información el SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL - SISVAN e información proveniente de la encuestas ENSIN 2005 y ENSIN 2010.

Por su parte el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014, establece las siguientes metas en el marco de las Metas del Milenio:

Población Objetivo: La población objetivo la constituyen los grupos de población más vulnerables:

- ✓ Desplazados por la violencia afectados por los desastres naturales.
- ✓ Los grupos étnicos (indígenas, afro colombianos, raizal, gitanos).
- ✓ Los niños, las mujeres gestantes y madres en lactancia.
- ✓ Grupos de personas y campesinos de más bajos recursos.

Metas al 2015:

- ✓ Reducir la desnutrición global de niños y niñas menores de 5 años a 2.1%. Línea de base nacional 7% en 2005.
- ✓ Reducir la desnutrición crónica de niños y niñas menores de 5 años a 6% a nivel nacional. Línea de base 12% en 2005.
- ✓ Reducir a 20% en 2015 la anemia en niños y niñas menores de cinco años. Línea de base 33% en 2005.
- ✓ Incrementar en 2 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y con alimentación complementaria adecuada a 2015. Línea de base 2.2 meses en 2005.
- ✓ Cobertura universal en alimentación escolar (preescolar y básica primaria) nivel 1 y 2 del SISBÉN.

Como en el país, para el municipio de El Copey del Cesar, la desnutrición infantil en todas sus modalidades ha decrecido sustancialmente. A continuación se analizan los indicadores de bajo peso al nacer, desnutrición y otros indicadores que dan una semblanza de la situación alimentaria y nutricional del municipio.

Bajo Peso al Nacer

El indicador muestra la proporción de niños, niñas que nacieron con bajo peso (peso inferior a 2.500 gramos), con relación al total de niños y niñas nacidos vivos para un periodo de tiempo específico. El peso al nacer es una variable usada para evaluar las posibilidades de supervivencia de un recién nacido en sus primeros momentos de vida, así como para valorar las condiciones de la mujer en una sociedad determinada. Explica entonces, la importancia que otorga la sociedad al recién nacido en términos de a)

condiciones socioeconómicas, incluyendo la situación nutricional, b) del acceso a los servicios de salud, y c) los cuidados del embarazo.

Según el Plan Municipal de Desarrollo 2012-2015 “Para el municipio de El Copey el número de nacidos vivos con bajo peso al nacer (Peso menor a 2.500 gramos), es de 85 nacidos, siendo 95 el total de nacidos”.

Desnutrición Crónica, Global y Aguda

La desnutrición en los niños menores de tres (3) años, de acuerdo a comprobaciones científicas, tiene un impacto negativo durante todo el ciclo de vida. La desnutrición en el niño lo condiciona a un estado de indefensión frente a diferentes causas de morbilidad y mortalidad. La desnutrición es un pasivo que condiciona todo el ciclo de vida y que limita las potencialidades de desarrollo físico e intelectual.

Según el lineamiento dado por el Ministerio de la Protección Social mediante Resolución No 2121 de 2010, el Sistema de Vigilancia de Alimentación y Nutrición se encuentra en adaptación a los nuevos patrones de crecimiento de la OMS, por lo tanto la población que actualmente se está registrando en el SISVAN es la de niños y niñas de 0 a 10 años de edad.

El Municipio presenta un comportamiento no favorable del estado nutricional de niños y niñas menores de cinco (5) años, los indicadores del año 2012 así lo evidencian; En el año 2011 en desarrollo del Programa Nutricional, se atendieron 7.377 consultas correspondientes a todos los grupos de edad, de las cuales, 681 presentan desnutrición.

El municipio deberá trabajar en acciones de entrega de suplementos nutricionales, determinando si el más alto índice de desnutrición, es de índole proteico.

Estado Nutricional

Según la Encuesta ENSIN 2010, el Departamento durante el periodo 2005 -2010, logró disminuir la prevalencia de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años en 27.3 puntos porcentuales (pasando de 16.1 en 2005 a 11.7 en el 2010), observa un mejor comportamiento en este indicador frente a la Región Caribe y la Nación (Departamento 11.7%; Región Caribe 15.4% y la Nación 13.2%).

Durante el año 2012, en el Departamento fueron valorados por consulta externa 104.267 niños menores de cinco (5) años; el 11.51% presentaban algún grado de desnutrición; el 1.88% presentaban Desnutrición Crónica; el 3.34% Desnutrición Global y el 6.2 se diagnosticaron Desnutrición Aguda; El 2.67 de los menores presentaba sobrepeso.

El Copey está clasificado entre los Municipios con mayores porcentajes de Desnutrición Crónica

Tabla 59 Estado Nutricional de la Población Menor de 5 años. 2012

	TOTAL ATENDIDOS	NORMAL	EXCESO DE PESO	DNT GLOBAL	DNT AGUDA	DNT CRONICA	TOTAL DNT	%D NT
DEPARTAMENTO	104.267	89.446	2815	6558	3485	1963	12006	11.5
EL COPEY	1824	1529	51	125	65	54	244	13,4

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Cesar.

Tabla 60 Estado Nutricional de la Población Menor de 5 años. 2011

	TOTAL ATENDIDOS	NORMAL	EXCESO DE PESO	DNT GLOBAL	DNT AGUDA	DNT CRONICA	TOTAL DNT	% DNT
DEPARTAMENTO	102.194	75.623	10.000	3680	3309	9582	16571	16.2%
EL COPEY	1.744	1.315	86	91	76	176	343	19.7%

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Cesar.

Tabla 61 Estado Nutricional todos los Grupos de Edad. Año 2011

AÑO	TOTAL ATENDIDOS	NORMAL	EXCESO DE PESO	DNT GLOBAL	DNT AGUDA	DNT CRONICA	TOTAL DNT	% DNT
2011	7.377	6.612	84	395	90	196	681	9.2

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Cesar.

Según Informe de Gestión de la Secretaría de Salud 2008-2010, “El municipio Fortaleció la estrategia PAI-PLUS para disminuir los riesgos de enfermar en la población infantil de alto riesgo a través de la Desparasitación, Suplementos nutricionales y, Entrega de vitamina A. La Estrategia se orientó a la atención de niños menores de 5 años en sectores vulnerables, desplazados en áreas rurales y urbanas a 500 niños, 300 en el área urbana y 200 en el área rural, corregimientos y veredas.

El proyecto de NUTRICIÓN 2010, definió como objetivo estratégico, “La Atención Integral de Niños, realizando control y seguimiento de casos detectados de mal nutrición en niños menores de 5 años, privilegiando la población vulnerable (Desplazados, Indígenas, No Afiliados al SGSSS). Por su parte en el año 2011, se orientan esfuerzos a fortalecer el programa PAIPI, nuevamente se caracteriza los niños y niñas menores de cinco años de población vulnerable y desplazados, con el fin de depurar información y lograr que accedan al programa los niños que requieran la atención”.

Lactancia Materna

El Plan Nacional de Salud contempla el énfasis en la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Encuestas Nacionales y Departamentales entre las que se encuentra la ENSIN 2010 demuestran que la lactancia materna exclusiva promedio en el país es de 1,8 meses y en promedio de todos los niños de 3,3 meses. En el Cesar la lactancia materna exclusiva en el 2010 fue de 0,7.

Anemia Nutricional en Gestantes

No se cuenta con información para calcular este indicador, ni tampoco existe un sistema de información establecido por el Ministerio de la Protección Social para tal efecto.

Actualmente el Instituto Nacional de Salud iniciará prueba piloto para la implementación del sistema de vigilancia de alimentación y nutrición en la población gestante, por lo cual el departamento implementará este sistema una vez el instituto genere los resultados, e incluirá como variable a vigilar el porcentaje de gestantes con diagnóstico de anemia nutricional.

El municipio de El Copey del Cesar no cuenta con información detallada de aspectos nutricionales como son la concentración de Ferritina y Prevalencia de Deficiencia de Hierro en niños de 1 a 4 años.

Violencia Intrafamiliar y Violencia Sexual

La Violencia Intrafamiliar mayoritariamente ejercida contra las mujeres incluye a otros miembros de la familia como hijos, hijas, ancianos, ancianas, personas con discapacidad ó personas con una identidad de género ó una orientación sexual diversa. Las mujeres son las principales víctimas de la violencia intrafamiliar, El Instituto Nacional de Medicina Legal clasifica la violencia intrafamiliar en tres tipos:

- ✓ La perpetrada hacia las niñas y los niños por parte de cualquier familiar, denominada maltrato al menor.
- ✓ La que se da entre cónyuges.
- ✓ La que sucede entre otros familiares.

Tanto en la violencia infantil como en la violencia entre otros familiares, las mujeres son víctimas en mayor proporción que los hombres entre el (51%) y el (55%) respectivamente. Según el Diagnostico en Salud de la Secretaria Departamental de Salud, en el Departamento del Cesar, durante el año 2012 se notificaron 1217 casos de Violencia Intrafamiliar y sexual; este evento fue notificado en mayor porcentaje por los Municipios de Aguachica (315/1217), Valledupar (171/1217) y San Alberto (119/1217); el Departamento de Santander notificó 11 casos, cuya residencia correspondía al Departamento del Cesar. Las instituciones que más notificaron fueron las comisarias de familia y las ESE municipales.

Once (11) muertes fueron reportadas como consecuencia de la Violencia Intrafamiliar por los municipios de San Martin (2/11), Aguachica (3/11), Chimichagua (1/11), Pelaya (2/11), San Alberto (2/11) y Manaure (1/11); el 90% de las mortalidades fueron en menores de edad, las causas fueron por negligencia y descuido de sus padres y/o cuidadores; el 10% fue en adultos por conflictos de pareja.

En el municipio de El Copey se presentaron 40 casos de Violencia Intrafamiliar en el 2012 y 24 de Violencia Sexual.

Tabla 62 Casos de Violencia Intrafamiliar y Sexual. Año 2012

DESCRIPCION	< 1 año	1-4 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	>65 años	TOTAL
Violencia Intrafamiliar			4	31	4	1	40
Violencia Sexual		2	17	5			24

Fuente: Oficina De Vigilancia En Salud Pública Municipio de El Copey.

Según el Informe de Gestión de la Secretaría de Salud 2008-2010, Para el año 2009, se atendieron tres (3) casos de maltrato, esto debido a que la comisaria de familia del copey funciona de manera limitada y hace difícil cumplir sus funciones a cabalidad; los casos llegaban inicialmente al Hospital San Roque de El Copey. Por otra parte, en lo que refiere a casos de abuso sexual, se tiene para el mismo periodo un caso en menor de 12 años. Sobre este tipo de maltrato se presenta sub-registro por el temor que existía para denunciar.

En total durante los años 2009 y 2010, se realizaron 11 dictámenes médicos legales, practicados en el Hospital San Roque, a niños de 6 a 12 años. Para el año 2010, se presentaron tres casos de menores entre los 6 y 11 años, y 8 casos entre los 12 y 17 años, por abuso sexual.”.

✓ SISTEMA LOCAL DE SALUD.

La ESE San Roque, como Institución Hospitalaria que posibilita al Municipio el cumplimiento de su función constitucional de garantizar la prestación de servicios de salud a la comunidad del entorno territorial, en los últimos años no viene recibiendo de la Administración Municipal el apoyo financiero requerido para mejorar el acceso a la atención en salud y brindar servicios con oportunidad y calidad en igualdad de oportunidades a los usuarios.

Se resalta el esfuerzo de la Alcaldía Municipal en la presente vigencia (2013), que orientó recursos del orden de \$288.169.484 para atender la financiación de atención prestada por la ESE a la Población Pobre No Asegurada. De otra parte, suscribió el Contrato Interadministrativo No 003-2013 con el Hospital por valor de \$ 189.275.000, para el desarrollo de las acciones de Salud Pública previstas en el Plan Operativo Anual POA

2013 del Municipio, que incorpora los componentes de Salud Infantil, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, Estilos de Vida Saludables y Nutrición. (Fuente: Secretaria de Salud Municipal).

Resulta necesario el Fortalecimiento Institucional de la Dirección Local de Salud, que permita la implementación de acciones de seguimiento y Evaluación al funcionamiento del Sistema Salud de Seguridad Social y de las acciones de vigilancia en Salud Pública en el Municipio.

Prestación y Desarrollo de Servicios De Salud

Para la prestación de los servicios de salud, el Municipio da respuesta a la demanda de los usuarios con la siguiente capacidad instalada:

Red Pública

Hospital SAN ROQUE de El Copey ESE, Institución de Baja Complejidad, dispone de una limitada y precaria infraestructura e inadecuada dotación, aporta 11 camas hospitalarias de las 689 camas que oferta la Red Publica Hospitalaria del Departamento. En el Acápite siguiente se analizara y valorara detalladamente el funcionamiento de la ESE.

Red Privada.

PALMA SALUD IPS, única Institución privada que presta servicios de primer nivel de atención en el Municipio, especialmente a la población afiliada al Régimen Contributivo.

Tabla 63 Red Privada

PRESTADOR	TIPO	SERVICIOS HABILITADOS POR LA SSDPTAL
PALMA SALUD	IPS	SERVICIOS DE URGENCIAS. HOSPITALIZACION ENFERMERIA MEDICINA GENERAL ODONTOLOGIA GENERAL LABORATORIO CLINICO FISIOTERAPIA TERAPIA OCUPACIONAL TRANSPORTE ASISTENCIAL RADIOLOGIA E IMÁGENES TERAPIA RESPIRATORIA TOMA DE MUESTRAS CITOLOGIA SERVICIO FARMACEUTICO.

2.3 DIAGNOSTICO INTERNO DE LA INSTITUCION HOSPITALARIA

“UNA APROXIMACION DE LA SITUACION DEL HOSPITAL SAN ROQUE DE EL COPEY”

2.3.1 ANTECEDENTES

En el municipio del Copey, los servicios de salud se prestan a través de La ESE Hospital San Roque de El Copey, Institución que presta atención de baja complejidad; cuyos antecedentes en su proceso de consolidación se registran así:

EL Hospital San Roque de El Copey, inicia labores como puesto de Salud, en el año de 1975, en terrenos cedidos por el señor Andrés Pereira Fontalvo, siendo El Copey corregimiento de Valledupar. El Concejo Municipal mediante Acuerdo No 002 de 1977, faculta al señor Alcalde de El Copey para incorporar al presupuesto de esa vigencia unos aportes realizados por agremiaciones algodonerías locales, personas naturales y otras entidades, con destino a la construcción del Hospital.

En Abril de 1977, el municipio de El Copey cede el terreno para la construcción del Hospital, proyecto que se inicia el mismo año por los arquitectos Héctor Cáliz y Carlos García, previa aprobación del ministerio de Salud Pública. Concluida la fase de construcción de las obras, se celebra la inauguración el 31 de Julio de 1978, con el nombre del patrono del pueblo “Hospital San Roque de El Copey”, siendo presidente de la república el Dr. Alfonso López Michelsen, Jefe del Servicio Seccional de Salud del Cesar Afranio Restrepo Córdoba y Alcalde Municipal Luis Laborde Restrepo.

El 5 de marzo de 1996, mediante Acuerdo No 055 del Concejo Municipal, el Hospital San Roque se transforma, en Empresa Social del Estado; descentralizada del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Artículo 194 y 197 de la Ley 100 de 1993.

2.3.2 REGISTRO COMO PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

La ESE se encuentra inscrita ante la Secretaría Departamental de Salud del Cesar, mediante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, identificada con el Código No 2023800531 habilitada para prestar servicios de Primer Nivel de Atención.

2.3.3 OFERTA DE SERVICIOS

La prestación de los servicios se lleva a cabo en la sede principal del hospital, en la zona rural la oferta de servicios se cumple con tres (3) puestos de salud ubicados en los Corregimientos de Caracolcito, Chimila y San Francisco.

Tabla 64 Servicios Zonas Corregimentales

SERVICIOS ZONAS CORREGIMENTALES	CORREGIMIENTO
CENTROS DE SALUD	CARACOLICITO SAN FRANCISCO CHIMILA

Tabla 65 Portafolio de Servicios Hospital San Roque

HOSPITAL SAN ROQUE
Urgencias
Hospitalización
Terapia Respiratoria
Medicina General
Odontología General
Laboratorio Clínico
Servicios de Radiología e Imágenes Diagnosticas
Toma de Muestras y Laboratorio de Citología Cervico Uterina
Promoción en Salud y Prevención de la Enfermedad
Transporte Asistencial Básico
Servicio Farmacéutico

Tabla 66 Portafolio de Servicios Centro de Salud Caracolico

CENTRO DE SALUD CARACOLICITO
Medicina General (Medico SSO)
Salud Oral (Odontólogo- Medio Tiempo)
Auxiliar de Enfermería (Acciones de promoción y prevención)

Tabla 67 Portafolio de Servicios Centro de Salud San Francisco

CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
Medicina General (Medico SSO- Una vez por semana)
Salud Oral (Odontólogo-una vez por semana)
Auxiliar de Enfermería (Acciones de promoción y prevención)

Tabla 68 Portafolio de Servicios Centro de Salud Chimila

CENTRO DE SALUD CHIMILA
Medicina General (Medico SSO)
Salud Oral (Odontólogo)
Auxiliar de Enfermería (Acciones de promoción y prevención)
Auxiliar de Enfermería (Vacunación)

2.3.4 SISTEMA DE REFERENCIA

El Hospital San Roque de El Cope, viene cumpliendo con los lineamientos generales establecido en el documento Red del Departamento, en lo que a remisiones se refiere, ya que remite a su segundo nivel de referencia que corresponde a la ESE Hospital Rosario Pumarejo en la ciudad de Valledupar, a una distancia de 125 kilómetros por vía pavimentada.

Para el servicio de transporte asistencial de pacientes a instituciones de mayor complejidad, la ESE solo dispone de dos ambulancias, las que resultan insuficientes para una adecuada prestación de los servicios; una está orientada a satisfacer los requerimientos de los habitantes de los tres (3) corregimientos y veredas, quedando solo una ambulancia para la zona urbana, la que resulta insuficiente teniendo en cuenta la alta demanda de atención en los servicios de urgencias, por el creciente nivel de accidentalidad que se registra en la jurisdicción del Municipio, dada su ubicación sobre la vía troncal de oriente- sector corredor minero- del departamento.

La no disponibilidad de ambulancias suficiente le impiden a la ESE garantizar una eficiente y oportuna prestación de servicios de salud, así como la de brindar seguridad a los pacientes que requieren atención en instituciones de mayor complejidad. Por otra parte, con esta limitación en los servicios de transporte asistencial tampoco resulta posible disminuir los riesgos de mortalidad en los eventos de urgencias.

Por otra parte, esta deficiencia impacta negativamente la capacidad resolutive de la ESE, lo que a su vez limita la adecuada y oportuna atención a los usuarios.

Tabla 69 Remisiones según Especialidad Años 2012 –2013

	GINECOLOGIA		MEDICINA INTERNA Y GENERAL		PEDIATRIA		ORTOPEDIA		CIRUGIA GENERAL		PSIQUIATRIA		OTROS		TOTAL	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
ENERO	32	38	48	35	7	6	9	17	7	0	1	0	17	0	121	96
FEBRERO	35	27	49	31	9	3	7	7	10	0	0	0	15	0	125	68
MARZO	30	25	44	29	11	11	8	14	9	0	1	0	11	0	114	79
ABRIL	31	28	44	29	6	6	9	9	7	0	0	0	19	0	116	72
MAYO	33	28	49	27	10	7	7	10	11	0	1	0	11	0	122	72
JUNIO	40	26	37	19	2	11	10	12	12	6	0	0	15	6	116	80
JULIO	58	21	60	14	12	9	9	6	10	4	2	0	24	21	175	75
AGOSTO	49	29	40	14	8	10	16	9	8	18	0	0	14	13	135	93
SEPTBRE	48	36	40	21	8	16	14	6	4	11	1	0	13	13	128	103
OCTUBRE	52	36	46	24	13	6	8	12	11	1	0	0	13	1	143	80
NOVIEMBRE	39	21	37	26	5	5	9	10	14	4	2	0	17	1	123	67
DICIEMBRE	35	21	47	49	10	1	11	9	6	1	0	0	10	4	119	85

Fuente: Hospital San Roque de El Copey.

2.3.5 INFRAESTRUCTURA FISICA Y DOTACION

El Hospital registra limitaciones en su infraestructura, las instalaciones físicas resultan inadecuadas; de igual manera la dotación de equipos médicos es precaria. La actual gerencia adelanta esfuerzos en la adecuación y dotación de espacios físicos para el funcionamiento de consultorios, área de facturación. Por otra parte, con el propósito de fortalecer los servicios de transporte asistencial y mejorar la atención de urgencias, se presentó ante el Ministerio de Salud y Protección Social proyecto para la adquisición de ambulancia.

Las limitaciones de infraestructura y la inadecuada dotación de equipos, afectan a la ESE en su propósito de garantizar una eficiente y oportuna prestación de servicios de salud, así como la de brindar seguridad y calidad en la atención a los pacientes. Por otra parte, esta deficiencia impacta negativamente la capacidad resolutoria de la Institución Hospitalaria.

El Gobierno Departamental con el objeto de fortalecer la Red Pública Hospitalaria, orienta esfuerzos en el proyecto de construcción de un nuevo Hospital.

2.3.6 DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD.

No se puede medir demanda insatisfecha debido a que las consultas médicas son asignadas por las EPS diariamente, al igual la consulta odontológica se asignan citas diariamente hasta llenar el cupo establecido, si el usuario no alcanza cita, este deberá regresar al día siguiente hasta obtener su cita; con lo cual se evidencia una limitante en el proceso de oportunidad en la asignación de citas.

Se presentan debilidades en la oportunidad y calidad de la prestación de los servicios de salud que oferta la ESE Hospital San Roque, Institución que registra un bajo nivel de desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

La población de las zonas rurales adolecen de una óptima atención en salud, se presentan dificultades en el acceso y oportunidad a los servicios. Resulta necesario el fortalecimiento de las acciones de salud en los corregimientos de San Francisco, Chimila y Caracolcito, que garantice la prestación de servicios a los usuarios de dichas zonas corregimentales y sus áreas de influencia

Tabla 70 Horario de Atención de los Servicios

SERVICIO	DIAS SERVICIO	HORARIO
Urgencias y Observación	Lunes a Domingo	24 Horas
Consulta Médica General	Lunes a Viernes	De 7 am a 12m y de 2 pm a 6 pm
Consulta Enfermería	Lunes a Viernes	De 7 am a 12m y de 2 pm a 6 pm
Atención Odontológica	Lunes a Viernes	De 7 am a 12m y de 2 pm a 6 pm
Laboratorio Clínico	Lunes a Viernes	De 7 am a 12m y de 2 pm a 6 pm
Rayos X	Lunes a Domingo	24 Horas
Terapia Física y Respiratoria	Lunes a Viernes	De 7 am a 12m y de 2 pm a 6 pm
Consulta por Nutrición	Lunes a Viernes	De 7 am a 12m y de 2 pm a 6 pm
Trabajo Social	Lunes a Viernes	De 7 am a 12m y de 2 pm a 6 pm
Hospitalización	Lunes a Domingo	24 Horas
Atención de Partos	Lunes a Domingo	24 Horas
Traslado Asistencial Básico	Lunes a Domingo	24 Horas
Farmacia	Lunes a Domingo	24 Horas
Actividades Extramurales	Lunes a Viernes	De 7 am a 12m y de 2 pm a 6 pm

2.3.7 ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS.

Tabla 71 Consolidado Consulta Externa y Urgencias 2008 –2012

TIPO DE ATENCIÓN	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
CONSULTA EXTERNA	28.571	25.513	21.721	26.068	29.884	131.757
CONSULTA URGENCIAS	11.984	17.019	17.916	21.643	19.461	88.023

Fuente: Unidades Primarias Generadoras de Datos (E.S.E. Hospital San Roque e IPS Palma Salud).

Según Informe de Gestión de la Secretaría de Salud 2008-2010, los datos consolidados y analizados, durante los años 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012, con respecto a la atención hospitalaria por Consulta Externa, se establece que es el servicio que mayor demandan los usuarios, con una asistencia 131.757, seguido del servicio de Consulta por Urgencias con un total de 88.023 atenciones.

2.3.8 MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA 2012.

Tabla 72 Morbilidad por Consulta Externa año 2012

	NOMBRE	< 1 año	1-4 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	>65 años	TOTAL
1	Examen Odontológico	1	677	1068	445	120	37	2348
2	Lumbago No Especificado	0	5	68	661	745	606	2085
3	Cefalea	0	22	158	1209	503	187	2079
4	Infección Aguda De Las Vías Respiratorias Superiores, No Especificada	195	662	273	79	39	32	1280
5	Caries De La Dentina	0	76	186	454	155	11	882
6	Infección De Vías Urinarias, Sitio No Especificado	12	35	50	338	126	122	683
7	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	24	102	337	108	48	50	669
8	Depósitos (Acreciones) En Los Dientes	0	5	44	289	88	21	447
9	Anemia Por Deficiencia De Hierro Sin Otra Especificación	7	28	158	156	25	39	413
10	Infección Aguda No Especificada De Las Vías Respiratorias Inferiores	23	97	99	50	38	35	342

Fuente: ESE Hospital San Roque, Sistema de Información.

Los indicadores de Salud oral deberán ser analizados de manera independiente, para ello entonces la segunda causa de morbilidad sería nuevamente la IRA en vías superiores; indicador que deberá ser analizado detenidamente.

2.3.9 MORBILIDAD POR URGENCIAS 2012.

Tabla 73 Morbilidad por Urgencias año 2012

	NOMBRE	< 1 año	1-4 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	>65 años	TOTAL
1	Fiebre, No Especificada	194	560	479	365	88	62	1748
2	Cefalea	0	13	83	585	162	49	892
3	Diarrea Y Gastroenteritis De Presunto Origen Infeccioso	135	241	64	204	66	56	766
4	Otros Dolores Abdominales Y Los No Especificados	14	33	104	440	73	48	712
5	Nausea Y Vomito	62	174	136	111	35	26	544
6	Dolor Abdominal Localizado En Parte Superior	15	18	113	281	61	38	526
7	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	115	133	110	101	18	25	502

8	Infección Aguda De Las Vías Respiratorias Superiores, No Especificada	101	167	77	64	19	27	455
9	Embarazo Confirmado	0	0	6	429	0	0	435
10	Influenza Con Otras Manifestaciones Respiratorias, Virus No Identificado	84	152	65	72	22	34	429

Fuente: ESE Hospital San Roque, Sistema de Información.

Los resultados más altos del indicador de EDA que constituye la tercera causa de morbilidad en el servicio de urgencias deberá revisarse detenidamente, con acciones de mejora inmediatas.

2.3.10 SERVICIOS - TALENTO HUMANO

SERVICIOS HABILITADOS	TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA
Urgencias Hospitalización Consulta externa medica Consulta externa odontológica. Promoción y prevención Laboratorio Imagenología Citologías Terapia respiratoria. Terapia física.	PLANTA 3 médicos generales. 2 médicos SSO 1 enfermero (coordinador de promoción y prevención) 1 enfermero SSO 1 odontólogo SSO 1 bacteriólogo SSO 1 trabajadora social 1 fisioterapeuta 1 nutricionista 1 técnico de laboratorio clínico 1 técnico en saneamiento 1 auxiliar de higiene oral 11 auxiliares de enfermería 1 auxiliar de odontología 1 auxiliar de información en salud 1 auxiliar de trabajo social 1 promotor en salud CONTRATO: 7 médicos generales 3 enfermeros 3 odontólogos 1 bacteriólogo 1 psicóloga 5 auxiliares de enfermería 2 auxiliar de higiene oral 10 vacunadores	
Urgencias	3	1 consultorio Actualmente no se hace triaje 6 camas observación.
Hospitalización	2	11 camas
Terapia Respiratoria	1	1 área

Medicina General	4	5 consultorios
Odontología General	3	1 consultorio (2 unidades). Consulta programada por días
Laboratorio Clínico	1 bacterióloga	1
Servicios de Radiología e Imágenes Diagnosticas (Servicio Contratado)		1 área (tercer izada)
Toma de Muestras y Laboratorio de Citología Cervico Uterina	1 auxiliar de laboratorio	1 espacio dentro del consultorio
Promoción en Salud y Prevención de la Enfermedad	1 Enfermera coordinadora. 10 Vacunadores intra y extramural. 2 Enfermeras consulta de programas.	2 consultorios
Transporte Asistencial Básico (ambulancias)	2	
Servicio Farmacéutico	1	1 área

Tabla 74 Planta de Personal

Nº	CARGO	NIVEL
1	Gerente	Directivo
1	Profesional Universitario (Tesorería)	Profesional
1	Profesional Universitario (Control Interno)	Asesor
1	Técnico Operativo (Jefe Presupuesto)	Administrativo
1	Técnico Administrativo (Almacenista)	Administrativo
4	Auxiliares Administrativos	Administrativo
1	Vigilante	Administrativo
1	Aseadora	Administrativo
2	Conductores	Asistencial
1	Trabajadora Social	Asistencial
1	Técnico de Laboratorio Clínico	Asistencial
1	Aux. Área Salud (Laboratorio Clínico)	Asistencial
1	Técnico en Saneamiento	Asistencial
1	Auxiliar de Higiene oral	Asistencial
1	Aux. Área Salud (Aux. Enfermería)	Asistencial
1	Aux. de Odontología	Asistencial
1	Aux. de trabajo social	Asistencial
1	Aux. de información en Salud	Asistencial
1	Enfermera Promoción y Prevención	Profesional
1	Enfermera servicio Social Obligatorio	Profesional
1	Fisioterapeuta	Profesional
1	Nutricionista	Profesional
3	Médico General	Profesional

2	Médicos de servicio Social Obligatorio	Profesional
1	Bacteriólogo Servicio Social Obligatorio	Profesional
1	Odontólogo servicio social obligatorio	Profesional

Talento Humano Vinculado Mediante Contrato

Tabla 75 Personal Asistencial

CARGO	CANTIDAD
Odontólogos	3
Enfermera jefe	3
Médicos	7
Bacteriólogos	1
Auxiliares de higiene oral	2
Psicóloga	1
Auxiliares de enfermera	5
Vacunadores	10

Tabla 76 Personal Administrativo

CARGO	CANTIDAD
Asesor jurídico	1
Coordinador de facturación	1
Coordinador de epidemiología	1

Tabla 77 Personal Administrativo

CARGO	CANTIDAD
Auxiliar administrativo	1
Regente en farmacia	1
Auxiliar de archivo historias clínicas	3
Vigilancia	2
Conductores	2
Aseadora	7
Auxiliar de facturación	3
Auxiliar de archivo central	1
Auxiliar administrativa	1

El restante recursos humano necesario para el cumplimiento del objeto social de la E.S.E, se vincula por ordenes de prestación de servicios, la vinculación del mismo se hará mediante el análisis de la necesidad de vinculación de este recurso, sin generar

vinculolaboral.

Cabe resaltar que la mayor parte del personal tanto asistencial como administrativo es vinculado mediante contrato de prestación de servicios.

2.3.11

2.3.12 ANALISIS FINANCIERO PERIODO AÑO 2010 – SEPTIEMBRE 2013

El análisis financiero se adelantó tomando inicialmente el comportamiento presupuestal de la Entidad, mediante un comparativo del comportamiento de los ingresos y gastos durante las vigencias 2010 a 2012, igualmente se tomó de manera separada lo que ha sido la ejecución presupuestal en el periodo enero a septiembre del año 2013.

Análisis de los Ingresos

Las Empresas Sociales del Estado, se financian de la venta de servicios de salud, a las a EPS del Régimen subsidiado, Régimen Contributivo y Entidades de Régimen Especial, adicionalmente se firman contratos de venta de servicios con el Municipio para la atención de población pobre y vulnerable no asegurada y para la ejecución de actividades de salud pública.

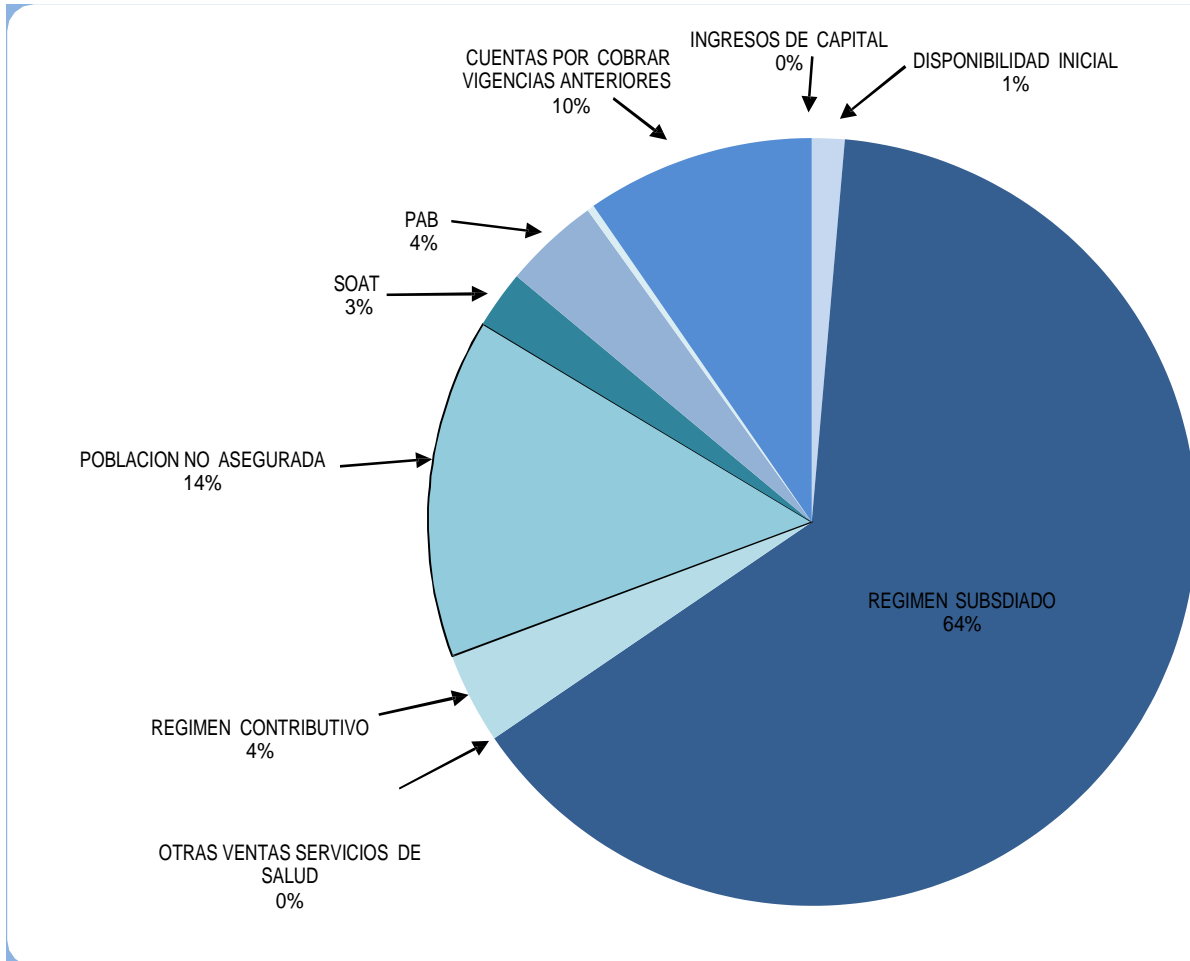
Para las vigencias de 2010 a 2012, el comportamiento de los ingresos por venta de servicios de salud, lo analizaremos inicialmente frente al reconocimiento, es decir los valores que se venden a los diferentes aseguradores y clientes de la E.S.E, resultado que muestra en la siguiente tabla:

Tabla 78 Comportamiento de los Ingresos por Venta de Servicios 2010 – 2012

RECONOCIDO	2010	2011	2012
DISPONIBILIDAD INICIAL	51,170,162.00	34,189,382.00	35,535,228.00
REGIMEN SUBSDIADO	2,376,878,145.00	2,878,435,597.00	2,900,327,959.00
REGIMEN CONTRIBUTIVO	142,000,000.00	103,049,282.00	144,897,580.00
POBLACION NO ASEGURADA	530,201,106.00	494,122,544.00	451,292,150.00
SOAT	89,974,704.00	80,023,581.00	72,868,840.00
SALUD PUBLICA-PIC	148,800,000.00	143,250,000.00	176,299,967.00
OTRAS VENTAS SERVICIOS DE SALUD	11,194,581.00	10,511,139.00	115,406,393.00
INGRESOS DE CAPITAL	-	98,100,015.00	137,064,647.00
CUENTAS POR COBRAR VIGENCIAS ANTERIORES	356,961,129.00	251,131,762.00	562,416,312.00
TOTAL	3,707,181,837.00	4,092,815,313.00	4,596,111,088.00
TOTAL SIN CUENTAS POR COBRAR	3,350,220,708.00	3,841,683,551.00	4,033,694,776.00
PORCENTAJE DE INCREMENTO		14.6	5

Fuente: Sistema de Información Hospitalario (SIHO), Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfico 20 Participación Reconocimiento Vigencia 2010



El comportamiento de los ingresos, nos muestra un incremento importante de los mismos entre el año 2010 y el 2011 (14.6%), en tanto que para el año 2012 el incremento es tan solo de un 5%, los mayores incrementos se reflejan en la venta de servicios de salud a las EPS del régimen subsidiado, esto se explica por el incremento de cobertura de afiliados de este régimen; en cuanto a la población pobre y vulnerable no asegurada, se presenta una disminución, por cuanto estos recursos tienen un efecto contrario es decir a mayor cobertura en el régimen subsidiado, se da una disminución en los recursos de oferta o población no asegurada.

En el análisis se presentan dos conceptos, es decir, ingresos sin cuentas por cobrar, que son realmente los ingresos por venta de servicios de salud de cada vigencia e ingresos incluido las cuentas por cobrar, estos recursos corresponden a servicios producidos en vigencias anteriores, que se recaudan en cada vigencia y con los cuales se cancelan las cuentas por pagar de las vigencias anteriores.

El porcentaje mayor de participación en los ingresos, lo tienen los recursos que corresponden a la venta de servicios de salud a EPS del régimen subsidiado, por cuanto la mayoría de la población del Municipio tiene subsidio de salud, estos ingresos entre los años 2010 a 2012 representan un porcentaje que oscila entre el 63% y 70%, el segundo concepto de participación en los ingresos corresponde a los recursos para la atención de población pobre no asegurada, recursos que se dividen entre recursos con situación y sin situación de fondos, estos están entre un 10% y un 14%, el resto de los ingresos tienen porcentajes inferiores al 5% del total de los ingresos.

Gráfico 21 Reconocimiento de los Ingresos Año 2011

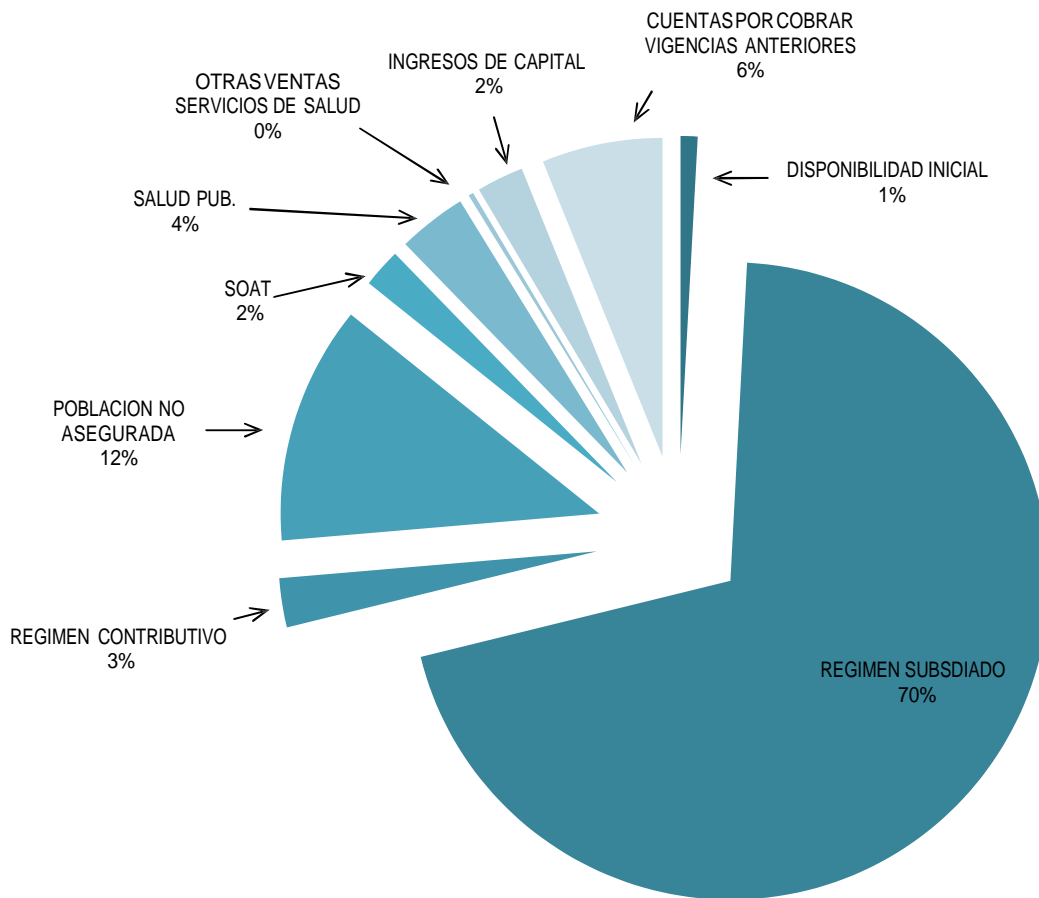
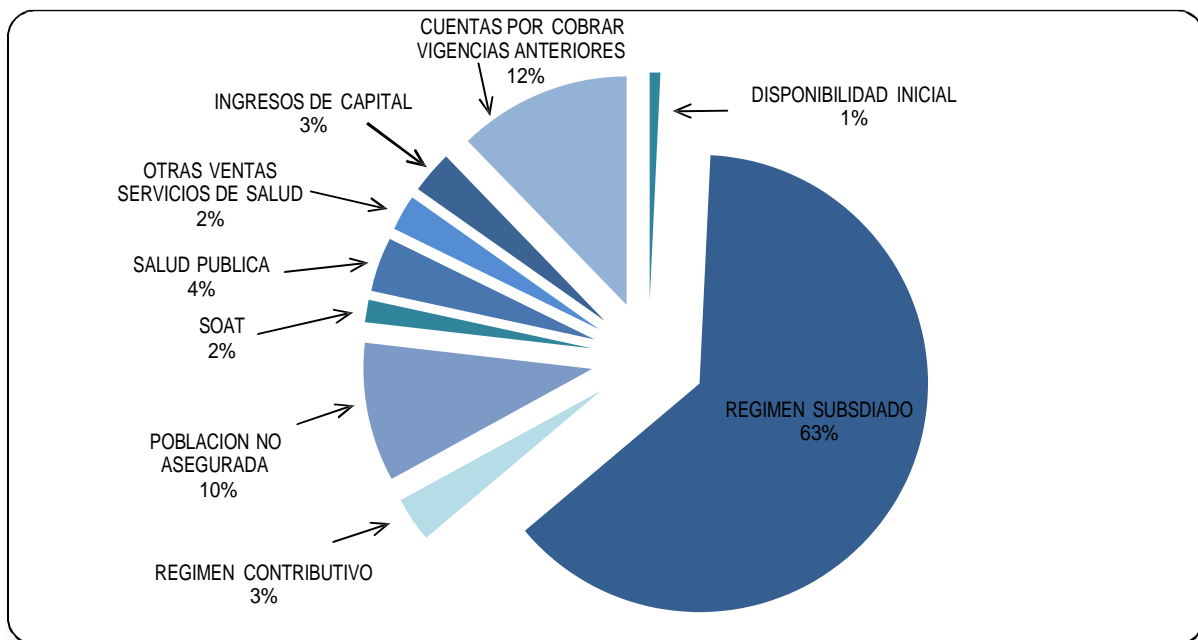


Gráfico 22 Reconocimiento de los Ingresos Año 2012



Recaudo de los Ingresos

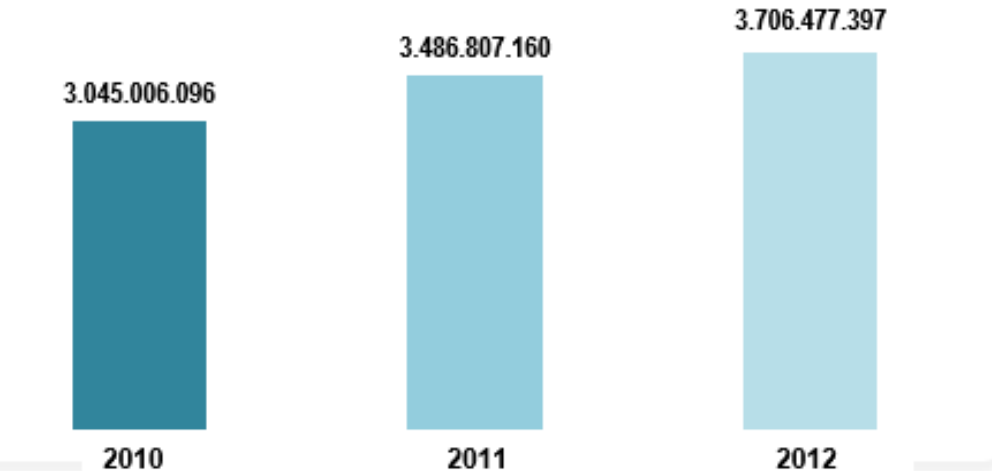
Identificado los reconocimientos, es decir, los valores que se facturaron y contrataron con los diferentes clientes de la E.S.E., se observa ahora el recaudo efectivo de los mismos, esto es, lo que se recaudó de los servicios vendidos, para los años analizados se presentó el siguiente comportamiento.

Tabla 79 Comportamiento del Recaudo de Ingresos Años 2010 –2012

RECAUDADO	2010	2011	2012
DISPONIBILIDAD INICIAL	51,170,162.00	34,189,382.00	35,535,228.00
REGIMEN SUBDIADO	2,107,570,637.00	2,534,469,335.00	2,627,862,877.00
REGIMEN CONTRIBUTIVO	69,641,365.00	27,500,863.00	9,199,254.00
POBLACION NO ASEGURADA	359,370,825.00	356,662,562.00	451,292,150.00
SOAT	54,098,689.00	30,992,102.00	-
SALUD PUBLICA –PIC	146,110,000.00	143,250,000.00	89,508,734.00
OTRAS VENTAS SERVICIOS DE SALUD	11,194,581.00	10,511,139.00	14,859,900.00
INGRESOS DE CAPITAL	-	98,100,015.00	137,064,647.00
CUENTAS POR COBRAR VIGENCIAS ANTERIORES	245,849,837.00	251,131,762.00	341,154,607.00
TOTAL	3,045,008,106.00	3,486,809,171.00	3,706,479,409.00
TOTAL SIN CUENTAS POR COBRAR	2,799,158,269.00	3,235,677,409.00	3,365,324,802.00
PORCENTAJE DE RECAUDO	82.14	85.19	80.64

Fuente: Sistema de Información Hospitalario (SIHO), Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfico 23 Comparativo Recaudo Periodo Años 2010-2012



Los recaudos de la vigencias en estudio, nos muestran un porcentaje de recaudo del 82.14% para el 2010, del 85.19% para el año 2011 y del 80.64% para el 2012, esto tomando como base los reconocimientos de cada vigencia frente al recaudo; el año 2012 es el año donde se presenta menor recaudo, no obstante que en este año se dio la figura del giro directo para el caso de régimen subsidiado.

Los rubros que presentan un comportamiento preocupante frente al recaudo, son los relacionados con la venta de servicios de salud a EPS del régimen contributivo y los servicios prestados a las aseguradoras de accidentes de tránsito (SOAT), estos servicios se contratan por evento por lo cual el recaudo es mucho más lento.

Análisis de los Gastos

Al igual que los ingresos, se presenta un análisis del comportamiento de los gastos, en las vigencias 2010 a 2012 inicialmente, luego se presentará el comportamiento de los gastos durante la actual vigencia, el presupuesto de gastos se agrupo en los rubros de Gastos de Personal de Planta, Gastos de Personal de Contrato u otras formas de contratación, servicios generales que incluye bienes y servicios, transferencias, gastos de operación que fundamentalmente comprende los gastos en medicamentos e insumos hospitalarios y los recursos destinados a inversión.

Tabla 80 Comportamiento de Gastos. Años 2010 a 2012

CONCEPTO	2010	2011	2012
GASTOS DE PERSONAL PLANTA	1,477,717,695.00	1,493,805,497.00	1,470,406,209.00
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	1,032,622,986.00	1,053,333,485.00	1,425,206,882.00

GASTOS GENERALES	571,228,877.00	508,481,343.00	681,610,997.00
TRANSFERENCIAS	-	-	1,413,700.00
GASTOS OPERACIONALES	209,786,479.00	226,298,192.00	244,225,763.00
INVERSION	-	-	-
CUENTAS POR PAGAR	398,456,634.00	645,384,273.00	432,016,043.00
TOTAL	3,689,812,671.00	3,927,302,790.00	4,254,879,594.00
TOTAL SIN CUENTAS POR PAGAR V. ANTE.	3,291,356,037.00	3,281,918,517.00	3,822,863,551.00
PORCENTAJE DE INCREMENTO		(0.29)	16.50

Fuente: Sistema de Información Hospitalario (SIHO), Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfico 24 Participación de Gastos Año 2010

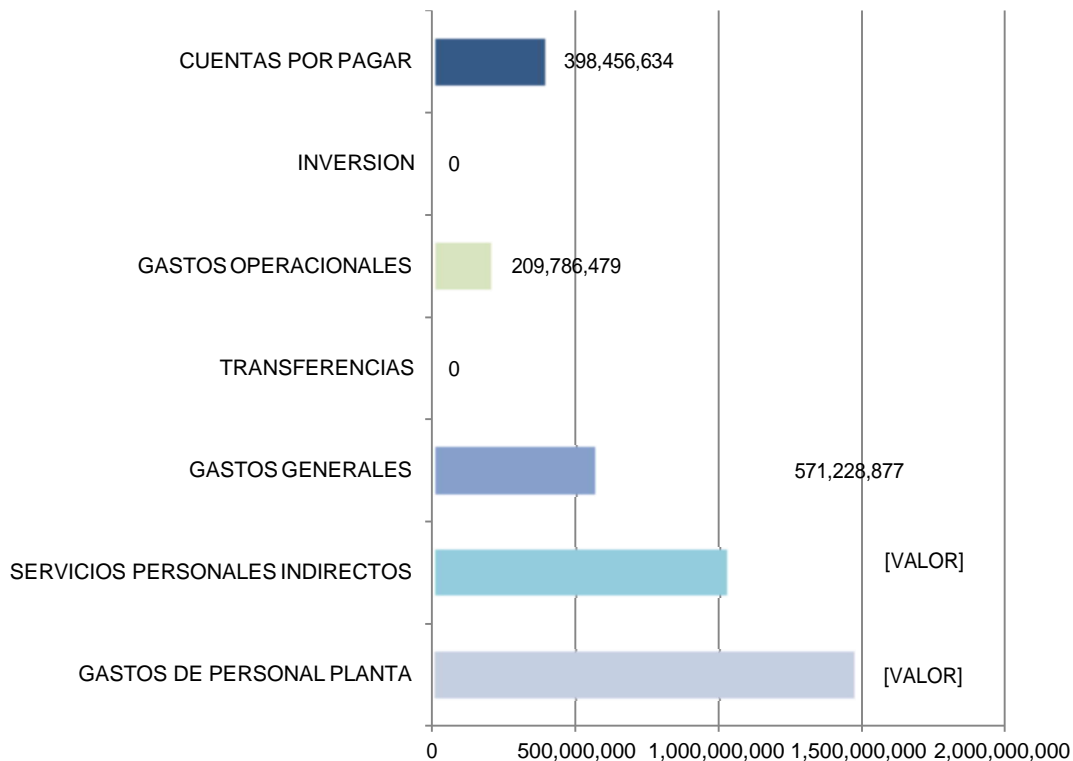


Gráfico 25 Participación de Gastos Año 2011

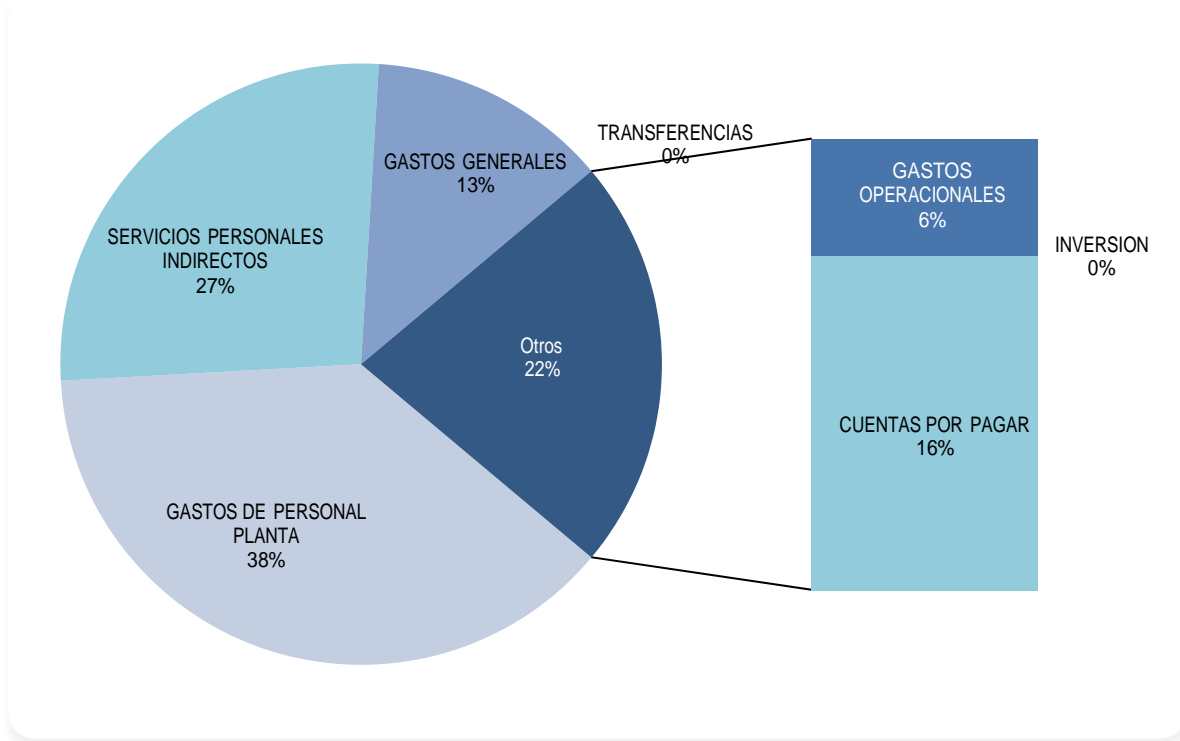
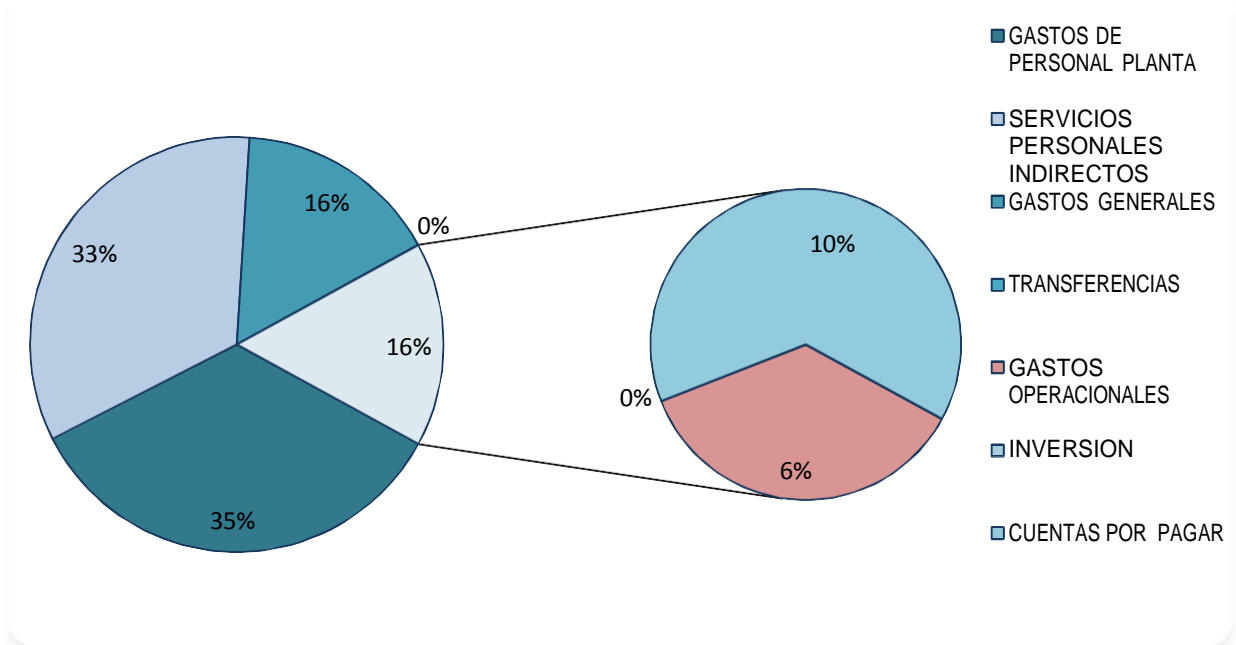


Gráfico 26 Participación de Gastos Vigencia 2012



En cuanto a los gastos, inicialmente se puede determinar de acuerdo a la ejecución presupuestal tomando únicamente los gastos de la vigencia, que en el año 2011 se presentó una leve disminución de los gastos con respecto al año 2010 (0.29), en tanto que para el año 2012 con relación al 2011 si se presenta un incremento importante de los gastos, alcanzó un 16.50%; de manera ya individual es muy significativo el incremento en los gastos de personal de servicios personales indirectos, que se incrementaron en un 35%, igual sucede con los gastos en servicios generales que se aumentaron en un 34%.

Es importante resaltar también que la entidad no presenta en los tres (3) años, recursos de inversión, esto es preocupante en el sentido que la totalidad de los recursos se destinan a los gastos de funcionamiento y operación.

Análisis Comparativo Entre Gastos e Ingresos.

En el aspecto financiero presupuestal es muy importante mantener el equilibrio, por ende los gastos comprometidos no deben superar a los ingresos reconocidos inicialmente, y más importante aún es que los gastos se equilibren con los ingresos efectivamente recaudados; a continuación se presentan los dos escenarios de comparación de los gastos frente a los ingresos reconocidos inicialmente y recaudados en segunda instancia.

Tabla 81 Comparativo entre Gastos e Ingresos Reconocidos. Años 2010 a 2012

CONCEPTO	2010	2011	2012
INGRESOS-RECONOCIDO	3,350,220,708.00	3,841,683,551.00	4,033,694,776.00
GASTOS-COMPROMETIDO	3,291,356,037.00	3,281,918,517.00	3,822,863,551.00
SUPERHAVIT / DEFICIT	58,864,671.00	559,765,034.00	210,831,225.00

Fuente: Sistema de Información Hospitalario (SIHO), Ministerio de Salud y Protección Social.

Este primer ejercicio nos muestra unos valores positivos para los tres años de análisis, es decir que los gastos estuvieron por debajo de los ingresos reconocidos, aspecto positivo si se le observa desde esta óptica, esto se formalizara en la medida que se recaude en su totalidad los ingresos que quedan en cuentas por cobrar en cada vigencia.

Tabla 82 Comparativo entre Gastos e Ingresos Recaudos. Años 2010 a 2012

CONCEPTO	2010	2011	2012
INGRESOS-RECAUDADO	3,045,008,106.00	3,486,809,171.00	3,706,479,409.00
GASTOS-COMPROMETIDO	3,291,356,037.00	3,281,918,517.00	3,822,863,551.00
SUPERHAVIT / DEFICIT SOBRE RECAUDO	(246,347,931.00)	204,890,654.00	(116,384,142.00)

Fuente: Sistema de Información Hospitalario (SIHO), Ministerio de Salud y Protección Social.

Ya en este segundo ejercicio que toma el gasto sobre el recaudo, nos muestra un resultado negativo para los años 2010 y 2012, es decir que lo recaudado en la vigencia no cubre los gastos comprometidos, adicionalmente se puede determinar que en los años 2010 y 2012 no se recaudó la totalidad de las cuentas por cobrar las cuales estuvieron por debajo en 111 millones para el año 2010 y 221 millones para el 2012, esto causa un efecto directo sobre las finanzas de la entidad.

Cartera a 31 de Diciembre de 2012

A 31 de diciembre la entidad presenta unos deudores bastante significativos, por cuanto la suma adeudada alcanza unos 889 millones de pesos, los cuales están distribuidos entre los diferentes aseguradores, siendo los mayores deudores las EPS del Régimen Subsidiado:

Tabla 83 Cartera a 31 de diciembre de 2012

CONCEPTO	VALOR
REGIMEN CONTRIBUTIVO	148,159,467.00
REGIMEN SUBSDIADO	452,064,279.00
SOAT	102,070,207.00
REGIMENES ESPECIALES	100,546,493.00
SALUD PUBLICA	86,791,233.00
TOTAL CARTERA	889,631,679.00

Fuente: Sistema de Información Hospitalario (SIHO), Ministerio de Salud y Protección Social.

Análisis de Ingresos y Gastos Vigencias a Septiembre 2013

Ingresos a Septiembre de 2013

De acuerdo a lo reportado por la entidad en cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 2193 de 2004, los ingresos presentan el siguiente comportamiento.

Tabla 84 Ingresos a Septiembre de 2013.

CONCEPTO	RECONOCIDO	RECAUDADO
RÉGIMEN SUBSDIADO	2,332,742,163.00	1,887,167,020.00
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	156,056,348.00	26,476,022.00
POBLACIÓN NO ASEGURADA CON SITUACIÓN F.	397,809,032.00	288,169,484.00
SOAT	79,855,072.00	23,951,892.00
SALUD PÚBLICA-PIC	94,637,500.00	94,637,500.00
OTRAS VENTAS SERVICIOS DE SALUD	29,627,064.00	7,381,944.00
APORTES PATRONALES	262,798,219.00	262,798,219.00
CUENTAS POR COBRAR VIGENCIAS ANTERIORES	342,997,239.00	342,997,239.00
TOTAL	3,696,522,637.00	2,933,579,320.00
TOTAL SIN CUENTAS POR COBRAR	3,353,525,398.00	2,590,582,081.00
PORCENTAJE DE RECAUDO		77.25

A 30 de septiembre del año en curso la información financiera frente a los ingresos presenta unos reconocimientos de 3.553 millones de pesos, de estos recursos se han recaudado 2.590 millones de pesos lo que representa un porcentaje de recaudo del 77.25%, se presenta como en los años anteriores muy bajos recaudos en los servicios prestados al régimen contributivo y a las aseguradoras de accidentes de tránsito.

Es importante destacar que de las cuentas por cobrar de vigencias anteriores se han recaudado 342 millones de pesos, de los 889 millones que se tiene reportado como cartera, esto es preocupante por cuanto no representan ni el 40% de recuperación de la misma.

Gastos a Septiembre de 2013

Al 30 de septiembre se han ejecutado recursos por un valor de \$ 3.150 millones de pesos, de los cuales se han cancelado 2.440 millones de pesos y se presenta un incremento importante en los gastos generales con respecto al año 2012, al igual que en los anteriores años no se reflejan recursos de inversión, puede ser que los mismos se están clasificando como adquisiciones de bienes en los gastos generales.

Tabla 85 Comportamiento de los Gastos Comprometidos frente a lo Pagado.

CONCEPTO	COMPROMETIDO	PAGADO
GASTOS DE PERSONAL PLANTA	1,116,633,266.00	1,080,149,997.00
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	1,181,432,100.00	824,073,482.00
GASTOS GENERALES	654,419,166.00	441,694,245.00
TRANSFERENCIAS	-	-
GASTOS OPERACIONALES	197,852,035.00	94,296,933.00
INVERSIÓN	-	-
CUENTAS POR PAGAR	512,270,738.00	512,270,738.00
TOTAL	3,662,607,305.00	2,952,485,395.00
TOTAL SIN CUENTAS POR PAGAR	3,150,336,567.00	2,440,214,657.00

Si comparamos los ingresos con los gastos frente al reconocimiento y el compromiso, este ejercicio nos muestra un resultado positivo en 203 millones de pesos como se indica en el siguiente informe.

Tabla 86 Reconocimiento Vs Comprometido a septiembre de 2013

CONCEPTO	VALOR
RECONOCIDO VIGENCIA	3,353,525,398.00
COMPROMETIDO VIGENCIA	3,150,336,567.00
DIFERENCIA	203,188,831.00

Fuente: Sistema de Información Hospitalario (SIHO), Ministerio de Salud y Protección Social.

Pero si tomamos el recaudo y lo cruzamos frente a los compromisos, este nos arroja un saldo negativo en la suma de 559 millones de pesos, al respecto es importante aclarar que las obligaciones con corte a septiembre suman 2.632 millones de pesos, que es lo que realmente se ha causado del gasto a la fecha de corte.

Tabla 87 Recaudos Vs. Comprometido a septiembre de 2013

CONCEPTO	VALOR
RECAUDADO VIGENCIA	2,590,582,081.00
COMPROMETIDO VIGENCIA	3,150,336,567.00
DIFERENCIA	(559,754,486.00)

Fuente: Sistema de Información Hospitalario (SIHO), Ministerio de Salud y Protección Social.

Deudores vs. Pasivos

Con corte al 30 de septiembre la entidad presenta unos deudores, entidades que le adeudan recursos al hospital por un valor de \$ 1.070 millones de pesos, en tanto que los pasivos suman \$ 363 millones de pesos, esto indica que si la entidad recupera el 100% de la cartera tendría un buen estado de liquidez, al respecto es importante entrar a realizar un trabajo de depuración de la cartera, mediante la liquidación de contratos, con el fin de poder entrar a realizar las acciones necesaria para poder lograr tener una cartera saneada y enferme para así poder entrar adelantar cobros jurídicos si es el caso.

2.3.13 ANÁLISIS ESTADOS FINANCIEROS HOSPITAL SAN ROQUE

Realizado el análisis presupuestal, a continuación se hace la valoración de los estados financieros, balance y estado de resultados durante el periodo comprendido entre el año 2010 a 2012 y el corte a Septiembre de 2013.

Tabla 88 ANÁLISIS COMPARATIVO ESTADO DE RESULTADOS 2010-2012 Y SEPTIEMBRE DE 2013

ESTADO DE RESULTADO	2010	2011	2012	PROMEDI O MES	VARIACION 2010-2011	VARIACION 2011-2012	sep-13
VENTAS NETAS	3,656,009,665	3,709,392,143	3,861,092,889	321,757,741	53,382,478	151,700,746	3,353,526,000
MENOS COSTO DE VENTAS	1,880,661,000	1,703,998,000	1,258,996,000	104,916,333	-176,663,000	-445,002,000	1,764,537,000
MENOS GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y OPERACIÓN	524,192,000	673,852,000	821,223,000	68,435,250	149,660,000	147,371,000	562,423,012
GASTOS GENERALES	1,479,240,000	1,078,739,000	1,801,035,000	150,086,250	-400,501,000	722,296,000	942,497,000
TOTAL COSTOS Y GASTOS	3,884,093,000	3,456,589,000	3,881,254,000	323,437,833	-427,504,000	424,665,000	3,269,457,012
UTILIDAD O (DEFICIT) BRUTA	-228,083,335	252,803,143	-20,161,111	-1,680,093	480,886,478	-272,964,254	84,068,988
OTROS INGRESOS Y (EGRESOS)	0	106,822,857	137,065,111	11,422,093	106,822,857	30,242,254	0
OTROS EGRESOS	0	18,555,000	14,956,000	1,246,333	18,555,000	-3,599,000	13,251,000
UTILIDAD NETA	-228,083,335	341,071,000	101,948,000	8,495,667	569,154,335	-239,123,000	70,817,988

Fuente: Sistema de Información Hospitalario (SIHO), Ministerio de Salud y Protección Social.

En el anterior cuadro se analiza el Estado de Resultados de los períodos en estudio de los cuales se puede destacar lo siguiente:

- ✓ Las ventas netas que la Institución registra tienen un promedio anual de \$ 3.700.000.000; un promedio mensual de ventas durante la vigencia 2012 de \$ 312.757.741
- ✓ Los costos de ventas tienen un promedio de \$1.614.551.667; un promedio mensual durante la vigencia 2012 de \$ 104.916.333
- ✓ Los gastos de Administración y Operación tienen un promedio anual de \$ 673.089.000; un promedio mensual durante la vigencia 2012 de \$ 68.435.250
- ✓ Los gastos Generales tienen un promedio anual de \$1.453.004.667; un promedio mensual de \$150.086.250

Con base en los datos registrados en los numerales anteriores se observa un **DEFICIT BRUTO** (Contable), durante las vigencias 2010 y 2012 por valor de \$ 228.083.335 y \$ 20.161.111 respectivamente. Durante la vigencia 2012 y con corte a septiembre de 2013 la situación que se presenta es positiva generando una **UTILIDAD BRUTA** de \$ 252.803.143 y \$ 84.068.988 respectivamente.

En lo referente a la **UTILIDAD NETA** el año 2010 mantiene un comportamiento negativo de \$228.083.335 y para las vigencias 2011, 2012 y septiembre de 2013 el comportamiento es positivo.

2.3.14 CONCLUSIÓN

Del análisis y valoración anterior, se puede establecer que durante la vigencia 2010 se presentan mayores niveles de costos y gastos que no alcanzan a ser cubiertos por las ventas netas. Durante el periodo 2011 a septiembre 30 de 2013, la situación mejora al observarse un incremento en las ventas netas y un proceso de estabilización de los costos y gastos que el Hospital genera. Con corte a septiembre el comportamiento es positivo esperándose continúe así hasta el cierre de la vigencia 2013.

Tabla 89 Análisis Comparativo Balance General 2010 – 2012 y septiembre 2013. PARTE 1

RUBRO	2010	2011	2012	PROMEDI O MES	VARIACION 2010-2011	VARIACION 2011-2012	sep-13
ACTIVOS	2,250,067,731	2,648,595,000	2,921,761,679	243,480,140	398,527,269	273,166,679	3,197,481,444
ACTIVO CORRIENTE	564,404,731	781,286,000	1,824,603,679	152,050,307	216,881,269	1,043,317,679	1,149,081,840
INVERSIONES	0	99,167,132	55,106,774	4,592,231	99,167,132	-44,060,358	
DEUDORES	515,096,731	736,696,000	752,575,679	62,714,640	221,599,269	15,879,679	1,070,369,816
INVENTARIOS	16,817,000	0	117,269,000	9,772,417	-16,817,000	117,269,000	46,425,000
PROPIEDA D PLANTA Y EQUIPO	988,720,000	1,170,366,000	1,092,682,000	91,056,833	181,646,000	-77,684,000	1,108,998,225

Fuente: Sistema de Información Hospitalario (SIHO), Ministerio de Salud y Protección Social.

Al analizar los balances del período 2010-2012 se observa el siguiente comportamiento:

- ✓ El activo corriente sufre una variación muy significativa de \$1.043.317.679 al comparar la vigencia 2012 con 2011.
- ✓ En el año 2010 no se realiza registro en el rubro de inversiones, para la vigencia 2011 se registra un valor de \$99.167.132 y en el año 2012 de \$55.106.774, al comparar estos dos períodos se evidencia una variación negativa de \$44.060.358. Al corte de septiembre de 2013 no se encuentra un valor registrado para inversión.
- ✓ La Institución durante el período de análisis presenta en la cuenta DEUDORES un promedio de \$668.000.000 y para el mes de septiembre de 2013 existe un incremento significativo de la cuenta por valor de \$ 1.070.369.816, valor que debe ser conciliado y recuperado para tener recursos que permitan soportar los compromisos que realice durante la vigencia.
- ✓ La variación de la PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO entre los años 2010 y 2011 presenta un valor de \$181.646.000 y entre los años 2011 y 2012 de \$-77.684.000, valores que deben ser analizados para explicar el comportamiento de este cambio de un año a otro.

Tabla 90 Análisis Comparativo Balance General 2010 - 2012 y septiembre 2013. PARTE 2

RUBRO	2010	2011	2012	PROMEDIO MES	VARIACION 2010-2011	VARIACION 2011-2012	sep-13
PASIVO	663,370,264	476,878,533	608,145,596	50,678,800	-186,491,731	131,267,063	363,046,278
PASIVO CORRIENTE	663,370,264	476,878,533	429,723,015	35,810,251	-186,491,731	-47,155,518	363,046,278
OBLIGACIONES FINANCIERAS	0	0	0	0	0	0	0
CUENTAS POR PAGAR	333,261,479	339,940,804	429,723,015	35,810,251	6,679,325	89,782,211	229,513,662
OBLIGACIONES LABORALES	212,932,888	136,937,729	0	0	-75,995,159	-136,937,729	133,532,616
PASIVOS ESTIMADO	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Sistema de Información Hospitalario (SIHO), Ministerio de Salud y Protección Social.

En el cuadro anterior se observa que el Hospital no registra **OBLIGACIONES FINANCIERAS**, el **PASIVO CORRIENTE** y el **TOTAL DEL PASIVO** es igual en el año 2010 por valor de \$663.370.264 y para el año 2011 por valor de \$476.878.533, a diferencia de lo que sucede en la vigencia 2012 en donde el PASIVO TOTAL es de \$608.145.596 y el PASIVO CORRIENTE por valor de \$ 429.723.015, además no se registran en las vigencias de análisis PASIVOS ESTIMADOS.

Tabla 91 Análisis Comparativo Balance General 2010 - 2012 y septiembre 2013. PARTE 3

RUBRO	2010	2011	2012	PROMEDIO MES	VARIACION 2010-2011	VARIACION 2011-2012	sep-13
PATRIMONIO	1,586,697,467	2,171,716,467	2,313,616,083	192,801,340	585,019,000	141,899,616	2,834,435,166

Fuente: Sistema de Información Hospitalario (SIHO), Ministerio de Salud y Protección Social.

El patrimonio tiene una variación positiva de \$585.019.000 al comparar las vigencias 2010 con 2011, la variación entre los años 2011-2012 también es positiva aunque en menor valor al registrar \$141.899.616. En conclusión el patrimonio de la entidad presenta un comportamiento positivo y esto se corrobora además con el registro en esta cuenta con corte a septiembre 30 de 2013 por un valor de \$ 2.834.435.166.

2.3.15 ANÁLISIS DE INDICADORES O RAZONES FINANCIERAS

A continuación con la información que se registró en la contabilidad y que se resume en los estados financieros, se analizará mediante la aplicación de tres Razones de liquidez como son: Razón Corriente, Prueba Acida y Capital Neto de Trabajo.

Razón Corriente.

Se determina por el cociente resultante de dividir el activo corriente entre el pasivo corriente (activo corriente/pasivo corriente). Entre más alto (mayor a 1) sea el resultado, más solvente es la empresa.

Tabla 92 Razón Corriente

INDICADORES	FÓRMULA	2010	2011	2012	SEPTIEMBRE 2013
Razón Corriente	ACTIVO CTE./ PASIVO CTE.	0.85	1.64	4.25	3.17

Fuente: El presente estudio

La razón corriente es de 0.85 para el año 2010, lo que significa que la Empresa por cada peso que debe tiene 0.85 para respaldar o pagar la deuda, siendo este valor negativo para la entidad puesto que presenta un déficit de 0.15 por cada peso que se debe. Para el año 2011 la razón corriente es de 1.64 lo que significa que la Empresa por cada peso que debe tiene 1.64 para respaldar o pagar la deuda. Para el año 2012 la razón corriente es de 4.25 lo que significa que la Empresa por cada peso que debe tiene 4.25 para respaldar o pagar la deuda; y con corte a septiembre de 2013 es de 3.17 lo que significa que la Empresa por cada peso que debe tiene 3.17 para respaldar o pagar la deuda.

Del análisis de esta Razón se puede concluir que a diferencia del año 2010, periodo en el resulta negativo su comportamiento, en las siguientes vigencias su comportamiento es positivo indicando que la empresa es solvente.

Prueba Ácida.

Es un índice de solvencia más exigente en la medida en que se excluyen los inventarios del activo corriente. (Activo corriente – Inventarios)/pasivo corriente.

Tabla 93 Índice de Prueba Ácida

INDICADORES	FÓRMULA	2010	2011	2012	sep-13
PRUEBA ÁCIDA	(ACTIVO CTE. - INV) /PASIVO CTE.	0.83	1.64	3.97	3.04

Fuente: El presente estudio

La prueba ácida es de 0.83 para el año 2010, lo que significa que la Empresa por cada peso que debe tiene 0.83 para respaldar o pagar la deuda, siendo este valor negativo para la entidad puesto que presente un déficit de 0.17 por cada peso que se debe. Para el año 2011, la razón corriente es de 1.64 lo que significa que la Empresa por cada peso que debe tiene 1.64 para respaldar o pagar la deuda. Para el año 2012 la razón corriente es de 3.97 lo que significa que la Empresa por cada peso que debe tiene 3.97 para respaldar o pagar la deuda y con corte a septiembre de 2013 es de 3.04 lo que significa que la Empresa por cada peso que debe tiene 3.04 para respaldar o pagar la deuda.

Capital Neto de Trabajo.

Se determina restando los activos corrientes al pasivo corriente. Se supone que en la medida en que los pasivos corrientes sean menores a los activos corrientes la salud financiera de la empresa para hacer frente a las obligaciones en el corto plazo es mayor.

Tabla 94 Capital Neto de Trabajo

INDICADORES	FÓRMULA	2010	2011	2012	sep-13
CAPITAL NETO	ACTIVO CTE. - PASIVO CTE.	-98,965,533	304,407,467	1,394,880,664	786,035,562

El Capital Neto durante las vigencias 2011, 2012 y con corte a septiembre de 2013 con que cuenta el Hospital es de \$ 304.407.467, \$ 1.394.880.664 y \$ 786.035.562 pesos respectivamente, es decir, que dispone de estos recursos para el normal funcionamiento y prestación de los servicios de salud. La vigencia 2010 presenta un capital neto negativo de \$98.965.533 y que al igual que en los anteriores indicadores su comportamiento no es el más adecuado, demostrando que en ese año la situación de solvencia de la entidad no era la mejor.

2.3.16

2.3.17 ANÁLISIS DE INDICADORES INSTITUCIONALES

Tabla 95 Comportamiento Anual de los Indicadores a Nivel Institucional

INDICADOR	2010	2011	2012	Semestre 1 - 2013
Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General	1	1	1	1
Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias	23	13,39	13,3	14,08
Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología	2	1	1	1
Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General	1	1	1	1
Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados	0	0	0,01	0
Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada	85%	93%	96%	90%
Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	0	0	0	0
Tasa de Infección intrahospitalaria	0	0	0	0
Proporción de vigilancia de Eventos adversos	0	0	50%	94%
Tasa de Satisfacción Global	93%	94%	93%	93%
Tasa de mortalidad infantil < 1 año	NHD	NHD	NHD	NHD
Tasa de mortalidad en la niñez < 5 años	NHD	NHD	NHD	NHD
Razón de mortalidad materna	NHD	NHD		
Tasa mortalidad perinatal	NHD	NHD		
Tasa mortalidad por desnutrición < 5 años	NHD	NHD	0.01	0.01
% Niños con bajo al peso al nacer	NHD	NHD		
Mantener la cobertura de vacunación	NHD	NHD		
% Transmisión materno infantil de VIH	NHD	NHD	0.03	0.01
% de embarazos en adolescentes	NHD			
Propuesta de política pública para adolescentes y jóvenes	NHD	NHD	NHD	NHD

Fuente: Sistema de Información SIHO

En general los indicadores de oportunidad han presentado un comportamiento adecuado en los tres últimos años ya que se encuentran dentro de los estándares establecidos por la EPS-S y por la Institución.

El mismo resultado se puede observar en los indicadores de Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados, Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas, Tasa de Infección intrahospitalaria, los cuales no presentaron ningún caso en los años evaluados.

Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada, ha presentado un comportamiento progresivo hasta el año 2012, sin embargo para el primer semestre del año 2013 se evidencia un descenso que demuestra la disminución del número de pacientes hipertensos controlados, por lo tanto es necesario formular acciones que conlleven a mejorar este resultado, manteniendo la tendencia que se venía observando.

La proporción de vigilancia de eventos adversos presenta un mejoramiento progresivo, este indicador paso del 50% en el año 2012 al 94% para el primer semestre del año 2013; Sin embargo, es fundamental intervenir dicho resultado, pues lo ideal es que al 100% de los eventos adversos presentados se le realice análisis de causas, plan de mejoramiento y seguimiento al mismo, a efectos de garantizar la seguridad del paciente, componente que hace parte del Sistema Obligatorio de la garantía de la Calidad en Salud.

Se deberá fortalecer en la institución, el seguimiento a los eventos adversos, de igual manera deben considerarse y valorarse el número de eventos adversos presentados en el área de hospitalización en el 2013, que alcanzó 4 casos y por tanto resulta un indicador de alerta, si se tiene en cuenta el bajo número de pacientes hospitalizados durante el primer semestre, mediante la implementación de acciones que tiendan a mejorar la seguridad del paciente. Es necesario trabajar sobre el reporte de eventos adversos en el área de odontología.

La Tasa de satisfacción se ha mantenido en un promedio del 93%, el resultado es bueno, pero sería importante intervenir las debilidades detectadas para generar un impacto efectivo y empezar a generar una tendencia positiva.

Por otra parte, se deberá también revisar el indicador de oportunidad en la asignación de citas, dado que por la modalidad utilizada para esto, resulta difícil obtener datos al respecto.

2.3.18 IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DEL USUARIO

De acuerdo a la encuesta aplicada a los usuarios durante el mes de diciembre en las áreas de consulta externa, los resultados obtenidos evidenciaron inconformidad de los usuarios con el área de facturación, al ser atendidos por uno de los dos facturadores con los que cuenta la E.S.E.; También se logró establecer inconformidad por la falta de privacidad en la consulta médica, debido a los consultorios compartidos.

Resulta preocupante para la E.S.E. las dificultades para dar respuesta a las quejas interpuestas por los usuarios, debido a la falta de insumos para la respuesta escrita que evidencie la resolución a las mismas; no obstante se da trámite de manera verbal, no existen evidencias o soportes de las mismas.

Se requiere definir periodicidad en la realización de los comités, especialmente en el comité donde se involucra la representación de usuarios, como es el de calidad.

EVIDENCIAS DEL DIAGNÓSTICO



Registro Fotográfico 1 SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO CON LAS COORDINACIONES

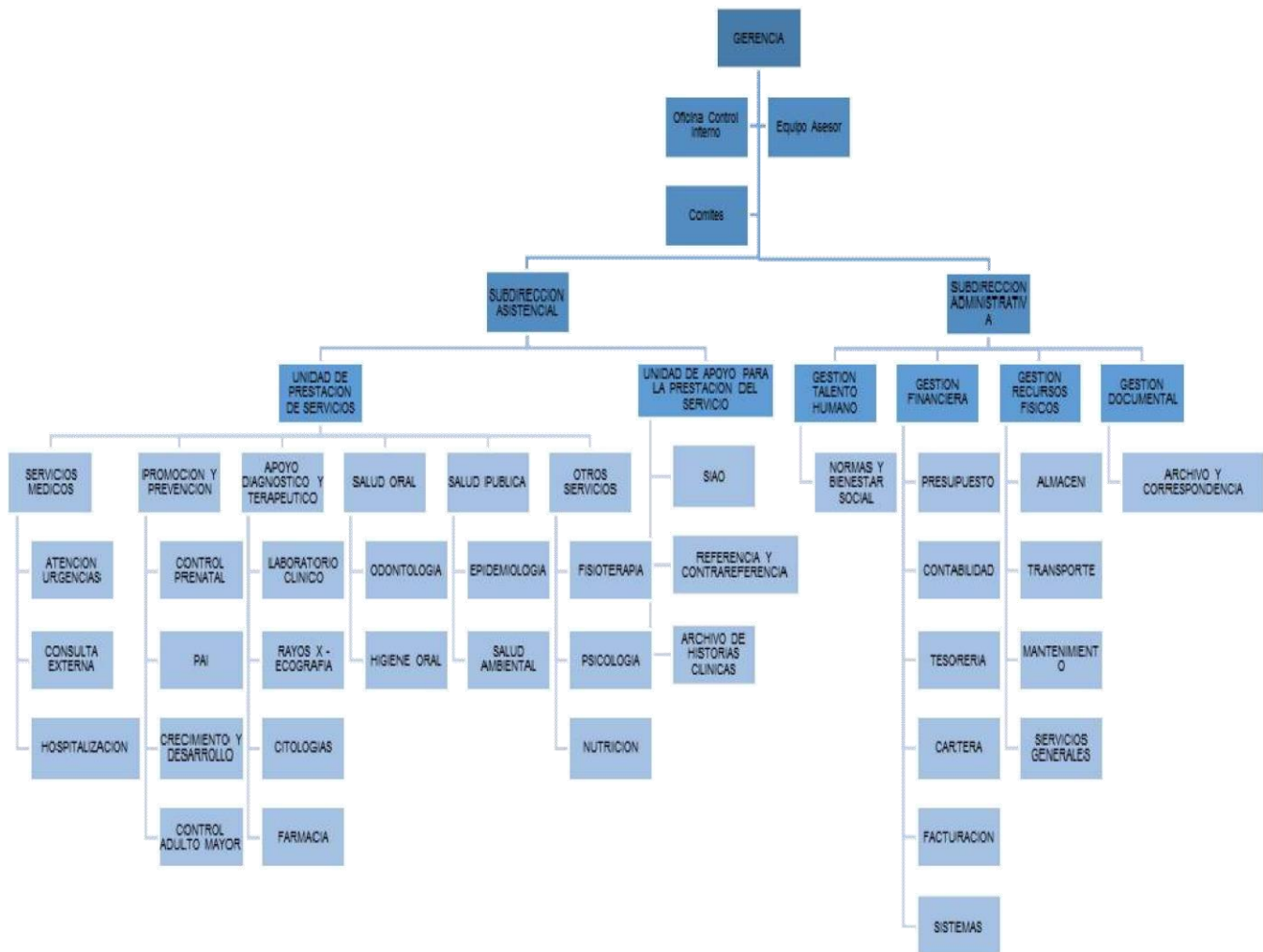


Registro Fotográfico 2 APLICACIÓN DE ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA ENTIDAD



Registro Fotográfico 3 EVALUACIÓN EX POST. ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA ENTIDAD

2.3.19 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



3 PLANEACION ESTRATEGICA

El siguiente esquema plantea la Ruta Metodológica abordada por el Hospital para desarrollar su proceso de Planeación, a través del cual establece sus grandes propósitos, y los objetivos y las metas a corto y mediano plazo. La Ruta Metodológica comprende tres grandes fases: la formulación, la implementación y la evaluación; parte de un análisis interno y externo de factores condicionantes del éxito como soporte en la revisión y redefinición de su filosofía y planteamiento estratégico, y tiene inmerso en su desarrollo el componente de retroalimentación y mejoramiento continuo.

Es importante resaltar como proceso Planificador de la ESE Hospital San Roque la Planeación Estratégica cuyo propósito es alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles, mediando para ello el concepto de “Planeación Estratégica como una Herramienta Administrativa orientada a incrementar las posibilidades de éxito de la Institución, teniendo como principios más importantes los siguientes:

- *Priorización del Qué Ser sobre el Qué Hacer:* Es necesario identificar o definir antes que nada la razón de ser de nuestra organización, la actividad o el proceso que se emprende; lo que esperamos lograr.
- *Priorizar del Qué Hacer sobre el Cómo debe Hacerse:* para ello pretendemos Identificar las acciones que conducen efectivamente a la obtención del objetivo; se trata de anteponer la eficacia sobre la eficiencia.

Para lograr tener una planeación estratégica debemos tener:

- *Visión de Proceso:* los procesos que se vayan a implementar en la institución, deben ser vistos y estudiados; detectando inicialmente los avances en la implementación de algunos de ellos, su historia a través del tiempo, para identificar causas y efectos de su presente y proyectar la Institución hacia el futuro.
- *Visión de Futuro:* La institución debe tener pensamiento estratégico debe ser proactiva, visualizando permanentemente el mañana, ayudando a construirlo buscando ajustarse a él.
- *Compromiso con la Acción y con los Resultados:* la ESE no debe enfocarse solamente en la Planeación, debe ser un ejecutor, conocedor experto que reflexiona, actúa y evalúa, debe ser gestora a quien le importa más qué tanto se logra que qué tanto se hace.
- *Flexibilidad:* Se acomoda a las circunstancias cambiantes del entorno, para no perder el rumbo, con capacidad para improvisar.
- *Estabilidad:* Buscar continuamente el equilibrio dinámico que permita el crecimiento seguro, minimizando el riesgo; buscando la sostenibilidad dentro del Sistema de Salud y de los Procesos cambiantes.

La Planeación Estratégica como proceso Institucional debe definir uno a uno los siguientes Interrogantes:

- ✓ Como estamos – Diagnóstico
- ✓ Qué queremos lograr – Filosofía = VISION

- ✓ Qué podemos hacer – Estrategias = PLANES
- ✓ Qué vamos a hacer – Proyectos = EJECUCION

Avanzando en la Planeación Estratégica la ESE deberá velar por La calidad en salud la cual implica tener “conocimientos científicos al día, tecnología de avanzada, buen juicio para emplear y desbordar la innecesaria y peligrosa cifra de los gastos; obrar ético, que incluye el respeto por la autonomía y la diversidad cultural de los enfermos y, finalmente, aunque no con menos fuerza, un ambiente digno y satisfactorio para el ejercicio de los profesionales y atención a los usuarios”.

La calidad tiene varios espacios tales como la seguridad, la tecnología, los conocimientos, la infraestructura, la satisfacción del usuario, que deben ser evaluadas para observar impactos positivos dentro de la salud de una comunidad.

Donabedian define la calidad como *"lograr los mayores beneficios posibles para el paciente, dados unos recursos"*, al tiempo que enfatiza en que el usuario merece respeto, privacidad y comodidad y, éste respeto no solo es en el trato, sino también en la responsabilidad del adecuado uso de los conocimientos y de la tecnología¹, planteando la evaluación de la calidad bajo un enfoque sistémico de tres fases, que permiten una evaluación multidimensional, ayudan a identificar los sitios y las causas del fracaso de la calidad y asegura acciones correctoras más apropiadas.

Las fases planteadas por el profesor Donabedian y adoptadas por el presente estudio dentro de la Planeación estratégica son: La Estructura, El Proceso, El Resultado.



3.1 PLATAFORMA ESTRATEGICA

3.1.1 ANALISIS SITUACIONAL – MATRIZ DOFA

Para lograr desarrollar el modelo estratégico, partimos de la valoración de las debilidades, evidenciadas de la aplicación de la matriz **DOFA**, proceso que nos permitió priorizar unos objetivos estratégicos para la ESE, que al mismo tiempo se convierten en retos para la Institución Hospitalaria.

Para la realización de esta matriz de Priorización se utilizó una encuesta de Diagnóstico Interno a los coordinadores de área, la cual fue trabajada en equipo en cada área, pretendiendo conocer la percepción como cliente interno de las fortalezas, debilidades que ellos evidencian para que de manera conjunta se pudiesen establecer las oportunidades y amenazas de entorno.

GENERALES	<p>FORTALEZAS</p> <p>F1 Talento humano idóneo F2 No hay alta Rotación de Personal. F3 Suministros e insumos médicos F4 Satisfacción del cliente interno F5 Gerencia con capacidad de gestión y liderazgo. F6 Cumplimiento de metas de promoción y prevención e implementación de las Brigadas medicas en la zona rural. F7 Satisfacción del cliente externo F10 Flujo de recursos F11 Empresa autosostenible financieramente. F13 Instalaciones físicas, nuevas y aptas para la prestación de servicio de salud próxima a funcionar. F14 Atención con calidez humana.</p>	<p>DEBILIDADES</p> <p>D1 No hay Trabajo basado en procesos. D2 No tiene la Totalidad de servicios habilitados. D3 Gasto de Personal D4 Sistema de Costos D5 Dotación de tecnología de punta D6 Oportunidad en la atención de los usuarios en la consulta médica y odontológica. No se mide demanda insatisfecha. D7 Sistema de Control Interno. D8 Deficiencias de equipos de computación e impresoras. D9 Vinculación de la mayor parte del personal por orden de prestación de servicios. D10 Sistema de acreditación no iniciado. D11 Archivo institucional desorganizado. D12 No cuentan con Manuales de procesos, procedimientos y guías por cada servicio de salud, no se cuenta con protocolos. D13 Deficiencias en el Sistema de Información. D14 Comités operando pero sin periodicidad establecida. D15 Deficiente infraestructura. D16 Problemas de disponibilidad de agua potable en los servicios. D17 Deficiente dotación de uniformes para el personal. D18 Desaseo en las áreas. D19 No hay SISTEMA en Red. D20 No se tiene Plan de Incentivos. D21 No se tiene establecido un programa de auditoría establecido. D22 Deficiencia en la medición de indicadores. D23 No se cuenta con Manual de Funciones para los empleados.</p>
------------------	--	---

PROGRAMAS	<p>F1 Disponibilidad de recurso Humano para realizar las actividades. Recurso humano idóneo.</p> <p>F2 Insumos, materiales y equipos necesarios para las valoraciones y consulta de programas.</p> <p>F3 Trabajo interdisciplinario.</p> <p>F4 Insumos para UPF a tiempo.</p>	<p>D1 No se lleva control en las ordenes de paraclínicos.</p> <p>D2 Área inadecuada para toma de citologías.</p> <p>D3 No hay privacidad en la consulta de Control.</p> <p>D4 No se hace inducción a la demanda, no seguimiento a la misma.</p> <p>D5 Alta inasistencia a los programas.</p> <p>D6 Falta de actualización sobre las GUIAS DE ATENCIÓN DE LA RESOLUCIÓN 412.</p> <p>D7 No hay trabajo en equipo.</p> <p>D8 Deficiencia de transporte para actividades extramurales en el área rural.</p> <p>D9 No se hace búsqueda activa de pacientes.</p> <p>D10 Deficiencia en las visitas domiciliarias.</p> <p>D11 Falta de Implementación de programas educativos</p>
SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	<p>F1 Trato amable del personal.</p> <p>F2 Personal idóneo y amable.</p> <p>F3 Medicamentos disponibles y suficientes.</p>	<p>D1 Sala de espera pequeña.</p> <p>D2 Insuficiente recurso de trasporte para traslado de pacientes.</p> <p>D3 No cuenta con área para procedimientos.</p> <p>D4 No cuentan con triaje.</p> <p>D5 Insuficiente cantidad de equipos.</p> <p>D6 No está implementada la política de seguridad del paciente.</p> <p>D7 Deficiencia en la infraestructura para el área de observación e inadecuada sala de reanimación, baños en mal estado.</p> <p>D8 Dotación camas y camillas en mal estado.</p> <p>D9 Deficiencia en la higiene del área.</p> <p>D10 Equipos en mal estado.</p> <p>D11 No se cuenta con hoja de vida de los equipos.</p> <p>D12 Impuntualidad en la entrega de turno.</p> <p>D13 Historias clínica no sistematizadas.</p> <p>D14 Deficiente Dotación de equipos.</p> <p>D15 No se cuenta con Auditoria (cuentas, historia clínica).</p> <p>D16 No se socializa con el personal la contratación con las EPS.</p> <p>D17 Deficiencia en admisiones.</p>
CONSULTA EXTERNA	<p>F1 Personal amable.</p> <p>F2 Continuidad en la capacitación del personal.</p>	<p>D1 Deficiencia en el Sistema de información por falta de equipos de Computación.</p> <p>D2 Infraestructura deficiente.</p> <p>D3 No hay privacidad en la consulta; consultorios compartidos.</p> <p>D4 deficiencia en la bioseguridad en cuanto a insumos.</p> <p>D5 Deficiente número de consultorios de acuerdo a la demanda.</p>
FACTURACION EN LOS SERVICIOS	<p>F1 Software de facturación.</p> <p>F2 Capacitaciones frecuentes en atención al usuario.</p>	<p>D1 Deficiente atención de facturadores.</p> <p>D2 Proceso de facturación no establecido.</p> <p>D3 No hay programa de costos.</p>
SIAU (ATENCIÓN AL USUARIO)	<p>F1 Ubicación de la oficina.</p> <p>F2 Asociación de usuarios comprometida</p> <p>F3 Mediciones mensuales de la satisfacción del usuario, mediante encuesta.</p> <p>F4 Resolución rápida de las necesidades de los usuarios.</p> <p>F5 Adecuada utilización de los buzones de sugerencias.</p> <p>F6 asociación de usuarios constituida y organizada.</p>	<p>D1 Deficiencia en la dotación de insumos y equipos de oficina.</p> <p>D2 Archivo sin confidencialidad.</p> <p>D3 No se da respuesta escrita a las quejas. No queda evidencia de respuesta.</p>

	<p>FO Utilización adecuada de la capacidad Instalada Nueva. (F13) Inclusión en el plan de desarrollo municipal proyectos que permitan fortalecer la capacidad resolutoria de la ESE. Fortalecimiento de coordinación intersectorial para mejorar condiciones de salud de la población relacionada con saneamiento básico y estilos de vida. Aumentar la capacidad instalada acorde a la población contratada. Ejecutar el 100% de las acciones del POA de salud pública. Trabajar sobre la Imagen corporativa</p>	<p>DO Implementación del programa de costos para racionalizar el gasto de insumos, y determinar la rentabilidad de los servicios como insumo para la suscripción de contratos con las EPS (D4.) Fortalecimiento de los insumos necesarios del área de atención al usuario para mejorar la calidad de atención al mismo. Fortalecimiento del área de Control Interno. Participación ciudadana en pro del desarrollo de la ESE. Fortalecimiento del área de calidad definiendo periodicidad en los comites. Implementación de la Historia Clínica sistematizada. Implementación del archivo institucional. Fortalecimiento de la estructura física del área asistencial y administrativa. Continuidad en el desarrollo del modelo de control interno. Socializar los contratos con el personal de facturación. Adelantar estudios para determinar las modalidades de contratación del personal misional. Dotación de equipo de computación e impresora para el área de atención al usuario.</p>
<p>AMENAZAS</p> <p>A1 problemas de transporte para la atención de la población en el área rural. A2 Prestador de servicios de salud de primer nivel habilitado, con buena imagen corporativa A3 Inactivación de población en base de datos del régimen subsidiado por multifiliación. A4 Apoyo Institucional por parte del Ente Territorial. A5 Población con vivienda inadecuada. A6 Saneamiento Básico Municipal A7 Hábitos y estilos de vida de la comunidad A8 Estado de salud de la Población A9 Utilización inadecuada de los servicios por parte de los usuarios. A10 falta Auditoria. A11 Acompañamiento Ente territorial en Salud.</p>	<p>FA Utilización de todos los medios de comunicación masivos existentes en el Municipio para concientizar a la población sobre la importancia de las acciones de promoción y prevención desarrolladas por la ESE Fortalecimiento del trabajo intersectorial para realizar la depuración de Base de Datos a cargo de la Dirección Local de Salud y adjudicación de carnés disponibles a población vinculada. Innovación de programas de salud de primer nivel y políticas Institucionales. Adquisición de vehículo para actividades de P y P, Salud Pública.</p>	<p>DA Capacitación a los usuarios sobre la buena utilización de los servicios de salud que presta la ESE. Dotación de equipos, de uniformes, de insumos y materiales. Privacidad en la atención del usuario. Respuesta escrita a las quejas interpuestas Adquisición de unidad móvil. Respuesta oportuna de acciones públicas.</p>

3.1.2 GRANDES PROPOSITOS INSTITUCIONALES

Teniendo en cuenta a nuestros clientes debemos enfocarnos en ellos y nunca perder de vista los factores claves de éxito necesarios para que la institución logre sus objetivos; se pretende entonces establecer una serie de estrategias, políticas y planes encaminados al cumplimiento de la Visión “la entidad que queremos tener al 2016”.

3.1.3 POLÍTICA DE CALIDAD.

Permite velar por la Satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes, y su entorno familiar, en la prestación de servicios de salud de baja complejidad, asegurando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad de la atención, enfatizando que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son la base para la detección temprana; generando así un alto impacto social.

Es nuestro compromiso cumplir con una prestación de servicios y desarrollo de procesos conforme a los requisitos y normas exigidas, así como los más altos estándares de atención, orientado de manera permanente por el mejoramiento continuo y eficaz. Se propiciará la participación activa de la comunidad, y se dirigirán esfuerzos a que reciban una pronta y adecuada respuesta a la demanda de atención, de manera sean satisfechas plenamente y así avanzar en el logro de su confianza y credibilidad suficiente, lo que permitirá el sostenimiento del HOSPITAL SAN ROQUE ESE de El Copey. La implementación de esta política requiere a su vez el desarrollo de las siguientes:

3.1.4 POLITICA DE ATENCIÓN HUMANIZADA

El compromiso es la humanización de la atención de los servicios de la Institución, brindando un trato amable, digno, cálido y humano a los usuarios y su familia, garantizando el respeto por sus derechos, sus deberes, condiciones de privacidad, confidencialidad y el cumplimiento de las políticas sociales para incrementar su satisfacción y confianza.

3.1.5 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Garantizar un entorno seguro para el paciente, en todos los procesos de la Institución, a través del enfoque y despliegue de una cultura proactiva y reactiva de seguridad, que garantice la implementación de prácticas seguras y el oportuno reporte, análisis y gestión de incidentes y eventos adversos que conlleven a minimizar su ocurrencia.

3.1.6 POLÍTICA DE PRESTACION DE SERVICIOS

Trabajar permanentemente para garantizar la prestación del servicio sin ningún tipo de discriminación, a través de un enfoque de atención centrado en el usuario y su familia y

en el mejoramiento continuo de la calidad con el fin de promover, proteger y mejorar la salud de la población.

3.1.7 POLITICA DE TALENTO HUMANO

Es indudable que para el logro de los objetivos institucionales se requiere del esfuerzo coordinado del Talento Humano, principal capital de una Organización. Por tanto, se orientarán esfuerzos a facilitar y propiciar su capacitación y formación, inversión considerada estratégica, como componente vital en el proceso de construcción de competitividad de la Institución.

Se adelantarán programas de Motivación e Incentivos, que involucren las necesidades e iniciativas del Talento Humano, con el propósito de respaldarlos y contribuir en su desarrollo personal. Así mismo se propiciarán canales continuos de comunicación en la Institución. Un Equipo Humano motivado desplegará todas sus habilidades y competencias en beneficio de los usuarios que demandan los servicios, lo que permitirá el crecimiento de la ESE y avanzar en el propósito fundamental de prestar una eficiente atención en salud.

Se pretende también desarrollar competencias, habilidades y aptitudes del talento humano, responsable de la ejecución de los procesos institucionales atendiendo los principios constitucionales de justicia, equidad, imparcialidad y transparencia al realizar los procesos de selección, vinculación, inducción, formación, capacitación y evaluación del desempeño.

3.1.8 POLITICA DE ATENCION AL USUARIO.

El principal compromiso de la Institución es el de orientar todos los recursos y esfuerzos a brindar una adecuada y oportuna atención en salud, garantizando a los usuarios el derecho esencial de acceder a los servicios y así contribuir a lograr una mejora sustancial en el bienestar y progreso de la comunidad e impactar positivamente en la disminución de pobreza y desigualdades sociales.

La plena satisfacción de nuestros usuarios se constituye en el propósito fundamental de la ESE. Es nuestra responsabilidad mejorar diariamente las condiciones de atención en salud, brindar seguridad a los pacientes y avanzar en la garantía de su recuperación.

La participación activa de los usuarios en la gestión de los servicios de salud, será Estratégica y propiciará las acciones de control; lo que sin duda contribuirá al mejoramiento continuo en la atención.

3.1.9 MODELO DE GESTION.

Se plantea un modelo de gestión encaminado a la calidad con un mejoramiento continuo; llevandonos a ser productivos y conduciendonos a ser competitivos dentro del mercado a nivel departamental.

La ESE pretende entonces adoptar el modelo de gestión Integral por Calidad, el cual se fundamenta en tres elementos: el Direccionamiento Estratégico, la Gerencia de Cultura y la Gerencia día a día; logrando con ello que la organización se desarrolle integral y armónicamente, logrando el mayor beneficio y satisfacción para sus usuarios, clientes, empleados, y para la sociedad en general.

Direccionamiento Estratégico. Conjunto de acciones que orientan la organización hacia el futuro, a través del direccionamiento de los recursos y esfuerzos y logra la solidaridad de todas las personas hacia propósitos comunes de satisfacción de necesidades sociales.

Aplicado este a nuestra Institución pretendemos ajustar la planeación, fijar metas todo ello mediante la Asignación de recursos, definiendo entonces indicadores, y llevando control sobre las metas y objetivos propuestos.

Gerencia del día a día: Conjunto de acciones que permiten asignar a cada persona la responsabilidad y la autoridad para controlar sus procesos, es decir ajustar sus recursos para lograr los resultados esperados.

Para ello pretendemos adelantar acciones de cambio encaminadas A REORIENTAR los hábitos de los funcionarios, mediante los planes de mejoramiento continuo, y la implementación de un plan de incentivos.

Transformación de la cultura: Es el conjunto de acciones necesarias para modificar, fortalecer o promover creencias y actitudes de las personas, las cuales se traducen en comportamientos que refuerzan el logro de los propósitos de la organización.

Se hace necesario implementar estrategias participativas entre los funcionarios sobre la autonomía y autogestión para manejar los propios procesos, partiendo de la participación activa en el diseño de procesos en su área, además de proveer capacitación y entrenamiento para el logro de los objetivos.

3.1.10 VALORES INSTITUCIONALES

Definidos estos como el reflejo de un comportamiento basado en los principios. Son conductas o normas consideradas como deseables, es decir, cualidades de todos los seres humanos para acondicionarse a la institución.



COMPROMISO: El cumplimiento con lo pactado, mediante un trabajo en equipo, lealtad y sentido de pertenencia por la Institución.

RESPETO: Deber de ofrecer respeto por los valores humanos y dignidad de los pacientes y su familia sin distingo social, religioso, de género o raza. Comprensión ante a sus necesidades y una atención cálida y humana. De igual manera el Talento Humano de la ESE requiere un trato justo y oportunidades de crecimiento.

EFICIENCIA: Realización de las actividades gerenciales y operativa, mediante la utilización del menor tiempo posible orientando recursos racionales (Menor costo y gasto) sin que esto afecte la calidad en la prestación de los servicios en beneficio de los Usuarios.

INTEGRALIDAD: Desarrollo de actividades orientados por el logro de propósitos institucionales y de la Visión propuesta, siempre motivados por la búsqueda de la excelencia.

ÉTICA: cumplimiento de los deberes de la institución de manera íntegra. Desarrollo de acciones de modo justo y razonable, observando respeto para nuestros pacientes. Responsabilidad en el cumplimiento de las tareas asignadas y guarda de la confidencialidad

3.1.11 PRINCIPIOS CORPORATIVOS:

Son normas o ideas fundamentales que rigen el pensamiento o la conducta de los integrantes de un grupo humano. Definen igualmente las pautas de conducta en el ejercicio de una profesión. Fundamentos, pautas, orientaciones, dogmas o conceptos rectores para el ejercicio de una disciplina o una actividad. Se hace necesario determinar en la ESE los principios corporativos los cuales orientaran el desarrollo de las actividades

administrativas, técnicas y científicas a un mediano plazo, que permitan fortalecer la gestión gerencial. Estos son:



EFICIENCIA: Obtener resultados deseados mediante la óptima utilización de los recursos técnicos, materiales, físicos y financieros disponibles.

CALIDAD: Significa cumplir y satisfacer las expectativas de nuestros clientes; mediante una atención ajustada a los requerimientos y exigencias establecidas. Esfuerzo permanente por la mejora continua y buen desarrollo de acciones todas las veces.

TRABAJO EN EQUIPO: Trabajar en equipo es coordinar e integrar esfuerzos entre varias personas que se necesitan entre sí para lograr un resultado.

SENTIDO DE PERTENENCIA: Apropiarse de las metas, compromisos y sentirse parte esencial e imprescindible de la Entidad asumiendo los retos que se presenten a diario.

LEALTAD: Compromiso y fidelidad por el buen nombre de la institución dentro y fuera de ella y desarrollar las tareas en pro del cumplimiento de los fines de la Institución. Guardar confidencialidad respecto a la información de la entidad.

EQUIDAD: Brindar la atención a todos los usuarios en condiciones de igualdad y justicia sin ningún tipo de discriminación de edad, raza, género, religión o clase social.

RESPONSABILIDAD: Asumir y cumplir con las obligaciones y tareas asignadas de manera eficiente; y adelantar seguimiento a los **compromisos**.

CONFIDENCIALIDAD: Apunta al manejo reservado de la información.

COMUNICACIÓN: Orientado a que la información sea fluida en la organización y por tanto se reconozca en todos los niveles.

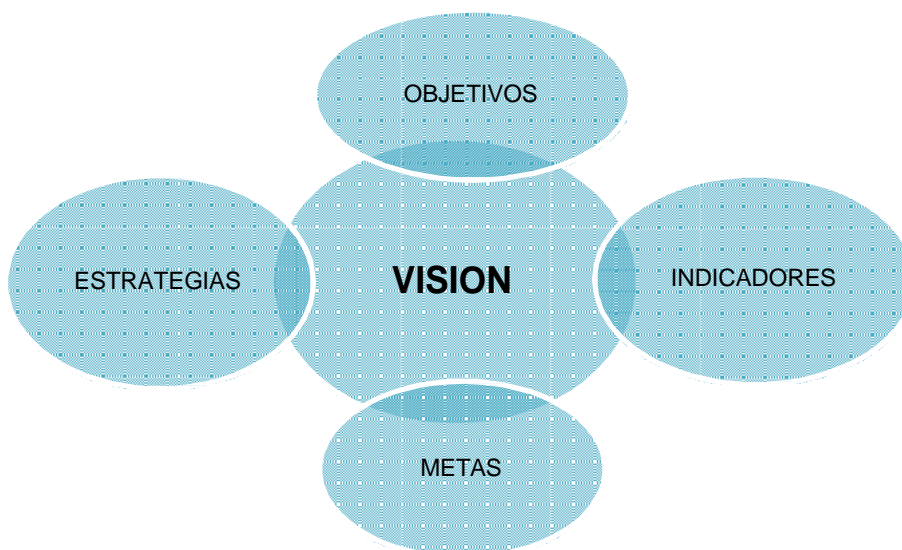
3.1.12 MISIÓN.

Somos una Empresa Social del Estado prestadora de servicios de salud de baja complejidad y atención en áreas de mediana complejidad, con énfasis en la Atención Primaria es Salud, de acuerdo con las necesidades del usuario, su familia y los requerimientos del entorno. Contamos con un equipo humano idóneo, comprometido con la calidad, la humanización del servicio, el mejoramiento continuo de los procesos, la participación ciudadana, y el respeto por los deberes y derechos de los usuarios.



3.1.13 VISIÓN:

“Para el año 2016, el Hospital San Roque de El Copey, será reconocido por sus avances en la prestación de servicios de salud de baja complejidad con estándares de calidad, una moderna y adecuada infraestructura hospitalaria y tecnología que garanticen una excelente atención y satisfacción de nuestros usuarios; aplicando un manejo eficiente de los recursos, logrando solidez, rentabilidad social y confianza”



MISIÓN Y VISION

MISION

• Somos una Empresa Social del Estado prestadora de servicios de baja complejidad y atención en áreas de mediana complejidad, con énfasis en la Atención Primaria en Salud, de acuerdo con las necesidades del usuario, su familia y los requerimientos del entorno. Contamos con un equipo humano idóneo, comprometido con la calidad, la humanización del servicio, el mejoramiento continuo de los procesos, la participación ciudadana, el respeto por los deberes y derechos de los usuarios.

VISION

• Para el año 2016 el Hospital San Roque de EL Copey, será reconocido por sus avances en la prestación de servicios de salud de baja complejidad con estándares de calidad, una moderna y adecuada infraestructura hospitalaria y tecnología que garanticen una excelente atención y satisfacción de nuestros usuarios, aplicando un manejo eficiente de los recursos, logrando solidez, rentabilidad social y onfianza.

3.1.14 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:

Con el fin de lograr un Modelo de Gestión Integral en la ESE Hospital San Roque nos hemos propuesto unos objetivos como parte de la Plataforma estratégica a corto y mediano plazo, los cuales van encaminados a lograr el modelo y que hacen parte de la MISION y VISION propuesta:

- ✓ Desarrollar modelos en la prestación de servicios de salud que nos permitan posicionarnos en el mercado generando los recursos financieros necesarios para lograr rentabilidad financiera.
- ✓ Fortalecer la cultura organizacional basada en la atención con calidad y la satisfacción del usuario
- ✓ Promover el crecimiento personal, profesional y laboral de los empleados de la institución permitiendo el mejoramiento continuo de nuestros procesos.
- ✓ Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria que apoyen la gestión empresarial de la ESE.
- ✓ Fortalecer las alianzas docente – asistenciales con las diferentes instituciones de formación superior.
- ✓ Contribuir al desarrollo social del país mejorando la calidad de vida, y reducir la morbilidad, mortalidad, la incapacidad física, el dolor y la angustia, evitables en la población usuaria, en la medida que esto este a su alcance.
- ✓ Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la ESE de acuerdo a su capacidad, desarrollo, recursos disponibles y lo dispuesto en el acuerdo pueda fortalecer.
- ✓ Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.
- ✓ Garantizar mediante el manejo Gerencial el funcionamiento, rentabilidad, social y financiera.
- ✓ Ofrecer á a las EPS y demás personas que lo demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
- ✓ Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecida por la ley y los reglamentos.

- ✓ Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
- ✓ Fortalecer el sistema de garantía de la calidad.

3.1.15 PILARES DE LA CALIDAD.

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Seguridad. Orientado a Minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

3.1.16 OTROS COMPONENTES DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA.

Necesariamente esta nueva forma de pensar debe ir enmarcada bajo unos parámetros bien definidos, que no permitan que se pierdan las metas propuestas; por lo tanto debemos ir encaminados a un nuevo pensamiento teniendo claro puntos de referencia que serán las características claves para la satisfacción de nuestros clientes, como riesgo inherente que debe ser aplicado en cada proceso o procedimiento que se implemente, tales como:

Competitividad: Oportunidades frente a otros.
Eficacia: Búsqueda de resultado. (Clientes)
Contingencialidad: Accidentabilidad predecible. (Satisfacción de cliente)
Contextualidad: Permanente contacto con el entorno.

3.1.17 RETOS ESTRATEGICOS

Los retos estratégicos corresponden a los desafíos que se propone alcanzar la Institución, y en su proceso de construcción se valoran y consideran en el análisis cuatro perspectivas diferentes: **La Financiera, el Cliente, Los Procesos internos y el**

Aprendizaje Seguimiento todos ellos como componentes fundamentales, del Sistema de Garantía de la Calidad.

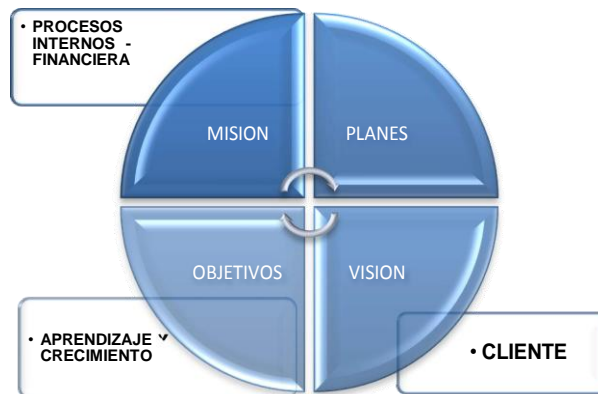
Cada perspectiva debe responder a una pregunta determinada tal como se describe a continuación:

Cliente: ¿Cómo deben vernos los clientes para lograr nuestra visión?

Proceso: ¿En cuáles procesos debemos ser excelentes para satisfacer a nuestros clientes?;

Financiera: ¿Cómo debe vernos la Junta Directiva para triunfar en las finanzas?

Aprendizaje y crecimiento: ¿Cómo Podemos continuar mejorando y creando valor a fin de alcanzar nuestra visión?

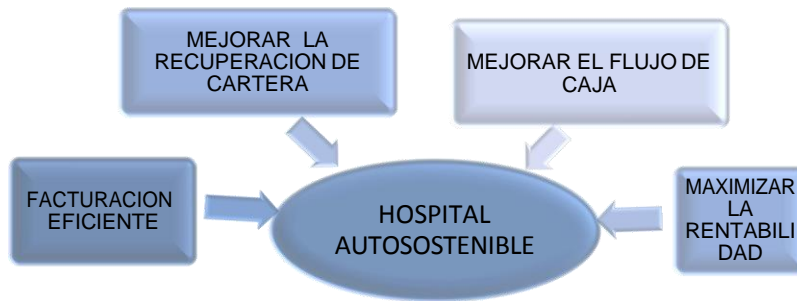


3.1.18 MAPAS ESTRATEGICOS

3.1.18.1 OBJETIVO ESTRATEGICO: “Mejorar la Auto sostenibilidad”

OBJETIVO ESTRATEGICO	Mejorar la Auto sostenibilidad
PERSEPECTIVA/ AREA DE GESTION	Financiera
EJE	Enfoque del riesgo

Para el cumplimiento de este objetivo se hace necesario fortalecer procesos como la optimización de la facturación, el control de los procesos administrativos y financieros, el desarrollo de acciones que permitan integrar los procesos administrativos y asistenciales; de igual manera se deberán hacer mediciones a través de indicadores como el nivel de recuperación de cartera, ingreso de recursos en un periodo determinado, y tener como eje principal el riesgo predecible.



3.1.18.2 Objetivo Estratégico: “Humanizar la atención”

OBJETIVO ESTRATEGICO	Humanización en la Atención
PERSEPCTIVA/ AREA DE GESTION	Cliente
EJE	Seguridad del Paciente / Humanización en la Atención

En el logro de este objetivo se hace necesario adelantar procesos de revisión y análisis de la demanda insatisfecha para aproximarse a la realidad en términos de calidad de la atención y medición de la satisfacción del usuario. De igual manera requiere este objetivo articular las variables propuestas: Oportunidad en la Atención, Pertinencia en la Atención, Resolución de Quejas, Satisfacción del Usuario. Nuestra Prioridad: El Usuario.



3.1.18.3 Objetivo Estratégico: “Avanzar en la Implementación del Sistema obligatorio de Garantía de Calidad”

OBJETIVO ESTRATEGICO	Avanzar en la Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
PERSEPCTIVA/ AREA DE GESTION	Todas las Áreas / Procesos Internos
EJE	Mejoramiento continuo

Para el cumplimiento de este objetivo se requiere desarrollo de procesos como: Un sistema de facturación eficiente, revisión de resultados de glosa efectiva, implementación de la auditoría en salud, aplicación de procesos y su posterior estandarización que aseguren una buena gestión del grupo asesor y gerencial y la mejora de la oportunidad en la atención teniendo en cuenta los tiempos de respuesta al usuario tomando como punto de partida el eje del mejoramiento continuo.



3.1.18.4 OBJETIVO ESTRATÉGICO: “Avanzar en la Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad”

OBJETIVO ESTRATEGICO	Avanzar en la Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
PERSEPECTIVA/ AREA DE GESTION	Todas las Áreas/ Crecimiento Institucional
EJE	Transformación Tecnológica- Mejoramiento de la Infraestructura

En el logro este objetivo estratégico como es el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, es necesario asociar otras variables que aportan mucho valor como el desarrollo de acciones que posibiliten el progreso en tecnología, para lo cual se hace necesario, mejorar las condiciones de infraestructura, la implementación y cumplimiento de los planes de calibración y mantenimiento de equipos, todo ello asociados a los estándares de habilitación.

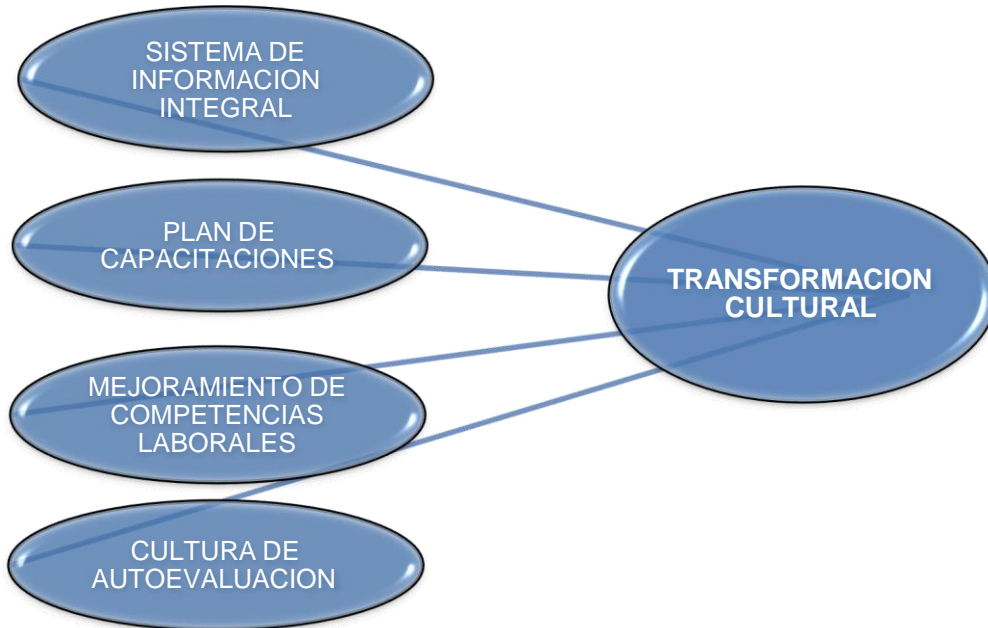


3.1.18.5 OBJETIVO ESTRATÉGICO: “Avanzar en la Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad”

OBJETIVO ESTRATEGICO	Avanzar en la Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
PERSPECTIVA/ AREA DE GESTION	Todas las Áreas /Aprendizaje y Crecimiento
EJE	Transformación de la Cultura

En el entendido que el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad se constituye en una tarea inaplazable para la ESE Hospital San Roque, dado su alto valor estratégico y de cumplimiento obligatorio, deben involucrarse otras variables que contribuyan al logro del mismo; es por ello, que será necesario la implementación de un Plan de Capacitaciones

Para los funcionarios articulados al mapa de procesos que se ha venido presentando, un Programa de Mejoramiento de Competencias Laborales, Implementar y Fortalecer el Sistema de Información Integral.



4 PLAN GENERAL DE INVERSIONES GENERAL 2014 -2016

4.1 ALCANCE PLAN DE INVERSIONES.

El Plan de Inversiones es un instrumento ordenador, articulador y de programación de los esfuerzos de la ESE, El Municipio, El Departamento e instituciones nacionales. El proceso de construcción del Plan de Inversiones debe partir de las necesidades y debilidades identificadas, la definición clara de los objetivos y metas que se propone alcanzar la ESE en un horizonte de tiempo determinado.

Esta herramienta de planificación facilita una adecuada asignación de recursos, un manejo apropiado frente a complicaciones imprevistas y garantiza la oportuna y acertada toma de decisiones.

Los resultados de la ejecución del Plan de Inversiones de la Institución Hospitalaria, generarán cambios favorables en la calidad y cantidad de los servicios entregados, la mejoría en el nivel de calidad y oportunidad de la atención en salud en el Municipio de El Copey.

El Plan de Inversiones de la **ESE** San Roque del Municipio de El Copey, para el periodo 2014 -2016, contempla las iniciativas de inversiones que deberá desarrollar la Institución para el cumplimiento de su **objetivo prioritario “prestar servicios de salud de excelente calidad, brindando a los pacientes y sus familias una atención humana, oportuna, ética y segura”**.

En el propósito de lograr una mejora sustancial en la oferta de servicios, para la ESE San Roque, resulta inaplazable la ejecución de proyecto orientado a considerar el diseño y construcción del hospital en términos de rehabilitación de la infraestructura existente mediante la remodelación total o parcial y ampliación de sus servicios, partiendo del análisis de las necesidades planteadas por los estudios médico y arquitectónicos. El dimensionamiento del Proyecto debe ir acompañado de una iniciativa que incorpore la reposición y adquisición de nuevos equipos hospitalarios. Según informe de la gerencia este proyecto de Infraestructura Hospitalaria será financiado por la Gobernación del Cesar.

De igual manera, se consideran inaplazable el desarrollo de proyectos que posibiliten a la ESE, lograr avances significativos en el Sistema Obligatorio de Garantía de La Calidad.

3.2 PLAN DE INVERSIONES

PROYECTOS ESTRATEGICOS	TIEMPO	META DE PRODUCTO	RESPONSABLE	INDICADOR
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD				
IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	2014	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE IMPLEMENTADA	COORDINACION MEDICA COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA Y COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, COORDINADOR DE CALIDAD.	No DE EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS POR FALLA DE ATENCION No DE EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS DEBIDAMENTE GESTIONADOS
MEJORAMIENTO DE LA OPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y MEDICINA GENERAL	CUARTO TRIMESTRE 2014	PROCESO DE OPORTUNIDAD DE ATENCION OPTIMIZADO	GERENTE, COORDINACIÓN MEDICA, COORDINADOR DE CALIDAD	No TOTAL DE MINUTOS TRANSCURRIDOS ENTRE LA SOLICITUD DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y LA ATENCIÓN EFECTIVAMENTE PRESTADA POR EL MEDICO DEL SERVICIO DE URGENCIAS No TOTAL DE USUARIOS ATENIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS No TOTAL DE DIAS TRANSCURRIDOS ENTRE LA SOLICITUD DE ATENCIÓN DE MEDICINA GENERAL Y LA FECHA DE ASIGNACION DE LA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL. No TOTAL DE CONSULTAS ASIGNADAS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL.
CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES	TERCER TRIMESTRE 2014	ESTANDARES DE DEBERES Y DERECHOS SOCIALIZADOS	GERENTE SIAU COORDINADOR DE CALIDAD	NIVEL OPTIMO DE SATISFACCION DEL CLIENTE - USUARIO Y FAMILIA OPTIMO (SOGC)
ASEGURAR EL EFECTIVO FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS EXISTENTES EN LA INSTITUCION HOSPITALARIA	2014	COMITÉS ACTIVADOS Y FUNCIONANDO CON PERIODICIDAD DEFINIDA.	GERENTE JEFE DE TALENTO HUMANO JEFES DE AREAS COORDINADOR DE CALIDAD	100% DE COMITES OPERANDO ADECUADAMENTE EN LOS TIEMPOS ESTALECIDOS
HABILITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE OFERTA LA INSTITUCIÓN DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	2014 - 2015	SERVICIOS HABILITADOS	GERENTE COORDINADOR MEDICO COORDINADOR DE CALIDAD	100% DE SERVICIOS HABILITADOS CUMPLIENDO STANDARES EXIGIDOS.



INFRAESTRUCTURA Y DOTACION				
FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	2016	NUEVA INFRAESTRUCTURA CONSTRUIDA	GOBERNACIÓN DEL CESAR	% DE CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO DE CONSTRUCCION DE LA INFRAESTRUCTURA
DOTACIÓN DE EQUIPOS PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, RADIOLOGÍA, LABORATORIO CLINICO Y SALUD ORAL	2015	SERVICIOS DE URGENCIAS, RX LABORATORIO CLINICO Y SALUD ORAL DEBIDAMENTE DOTADOS	GERENTE	No DE EQUIPOS DE ADQUIRIDOS No DE EQUIPOS REQUERIDOS EN LOS SERVICIOS.
UTILIZACIÓN ADECUADA DE LA CAPACIDAD INSTALADA.	2014 -2016	NIVELES DE PRODUCCIÓN ADECUADOS.	COORDINADOR MEDICO COORDINADOR DE CALIDAD	SERVICIOS OFERTADOS POR LA ESE SERVICIOS QUE DEMANDAN A LA ESE
INCLUSIÓN EN EL PLAN DE INVERSIONES MUNICIPAL PROYECTOS QUE PERMITAN FORTALECER LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA ESE	2014- 2016	PROYECTOS DE FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA ESE GESTIONADOS ANTE EL MPIO.	GERENTE	NO DE PROYECTOS ELABORADOS Y PRESENTADOS POR LA ESE AL ENTE MUNICIPAL
IMPLEMENTACION DE PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO.	2014 - 2016	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO FUNCIONADNO	GERENTE JEFES DE AREAS	100% DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS. 100% DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE CALIBRACION DE EQUIPOS
FORTALECIMIENTO PROGRAMA DE DOTACIÓN DE MUEBLES Y ENSERES PARA NUEVA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA (ÁREA ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL)	2016	ADECUADA DOTACION DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE LA ESE	GERENTE	100% DE LAS AREAS DE LA ESE DOTADAS.
AREA ASISTENCIAL				
FORTALECIMIENTO DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL PARA MEJORAR CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN RELACIONADA CON SANEAMIENTO BÁSICO Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	2014 - 2016	SECTORES SENSIBILIZADOS Y ARTICULADOS CON LA ESE	EQUIPO DE SALUD PÚBLICA. COORDINADORA DE P Y P.	80% DE LOS SECTORES PRESENTES EN EL MUNICIPIO PARTICIPANDO EN PROGRAMAS DE SANEAMIENTO Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.



DESARROLLO DE LAS ACCIONES DEL POA DE SALUD CON SEGUIMIENTO PERIÓDICO A LOS NIVELES DE CUMPLIMIENTO.	2014 - 2016	ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL POA DEBIDAMENTE CUMPLIDAS	GERENTE COORDINADOR SALUD PUBLICA	100% DE LAS ACTIVIDADES DEL POA EJECUTADAS.
IMPLEMENTACION DEL PROCESO DE SISTEMATIZACION DE HISTORIAS CLINICAS	2014 - 2016	HISTORIAS CLÍNICAS SISTEMATIZADAS	GERENTE COORDINADOR MEDICO JEFE FINANCIERO CALIDAD	100% DE HISTORIAS CLINICAS SISTEMATICZADAS
ADQUISICIÓN DE VEHÍCULO PARA FORTALECER LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD EN ZONAS RURALES.	2015	ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION FORTALECIDAS.	GERENTE	INCREMENTO DE LA PERIODICIDAD EN EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION EN ZONAS RURALES.
FORTALECIMIENTO DE LA INUCCION A LA DEMANDA MEDIANTE LA SENSIBILIZACION A LA POBLACIÓN PARA INCREMENTAR SU ACCESO, A LA ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCION.	2014 - 2016	COMUNIDAD SENSIBILIZADA SOBRE LA IMPORTANCIA DE ACCEDER A LAS ACCIONES DE PYP	COORDINADOR DE P Y P. COORDINADOR DE SALUD PUBLICA	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE P Y P (OPTIMO SUPERIOR A 80%)
GARANTIZAR LA GESTIÓN INTEGRAL AMBIENTAL Y SANITARIA DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES CONFORME A LOS PROCEDIMIENTOS EXIGIDOS POR LAS NORMATIVIDAD VIGENTE.	2014 - 2016	CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES EN EL PROCESO DE DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS.	GERENTE JEFES DE DEPENDENCIA COORDINADOR DE CALIDAD	100% DE LAS ÁREAS CUENTAN CON ELEMENTOS DE SEGREGACION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS CONFORME A LOS ESTANDARES DE CALIDAD ESTABLECIDOS
IMPLEMENTACION DE LAS ESTRATEGIAS DE (SEGURIDAD DEL PACIENTE, ESTRATEGIA AIEPI, ESTRATEGIA IAMI, ATENCIÓN HUMANIZADA, DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS).	2014 - 2015	ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS	GERENTE COORDINADOR MEDICO COORDINADOR P Y P COORDINADORA CALIDAD.	100% DE LAS ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS Y OPERATIVISADAS
IMPLEMENTACION DE ACCIONES ESTRATEGICAS DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD.	2014 - 2015	ACCIONES ESTRATÉGICO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD IMPLEMENTADAS	GERENTE COORDINADOR MEDICO. COORDINADO DE PYP	No DE ACCIONES DESARROLLADAS No DE ACCIONES PROGRAMADAS

GESTION DEL TALENTO HUMANO				
REALIZACION DE ESTUDIOS PARA DETERMINAR LAS MODALIDADES DE CONTRATACION DEL TALENTO HUMANO MISIONAL	2015- 2016	MODALIDADES DE CONRATACION DE TALENTO HUMANO MISIONAL APLICADAS.I	GERENTE JEFE TALENTO HUMANO.	NO DE FUNCIONARIOS VINCULADOS MEDIANTE MODALIDAD DE CONTRATACION DEFINIDA.
IMPLEMENTACION DE PLAN DE INCENTIVOS, PARA LOS FUNCIONARIOS	2014- 2016	PLANES DE INCENTIVOS IMPLEMENTADOS	GERENTE JEFE TALENTO HUMANO	% CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE INCENTIVOS
IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL TALENTO HUMANO.	2014-2016	PLANES DE IINDUCCION Y REINDUCCION IMPLEMENTADOS	GERENTE JEFE TALENTO HUMANO COORDINADOR DE CALIDAD	% CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE INDUCCIÓN Y REINDUCCION.
ACTUALIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL MANUAL DE FUNCIONES ENTRE EL PERSONAL DE LA E.S.E.	2014	MANUAL DE FUNCIONES ACTUALIZADO Y SOCIALIZADO	GERENTE JEFE TALENTO HUMANO JEFE JURÍDICO CONTROL INTERNO	EL 100% DE LOS FUNCIONARIOS CON CONOCIMIENTO E Y APLICA EL MANUAL DE FUNCIONES
DESARROLLO DE PLANES DE CAPACITACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO	2014-2016	PLANES DE CAPACITACION IMPLEMENTADOS	GERENTE JEFE DE TALENTO HUMANO CONTROL INTERNO	100% CUMPLIMIENTO DE PLANES DE CAPACITACIONES CON LA PERIODICIDAD DEFINIDA.
FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL Y BIENESTAR SOCIAL	2014 - 2016	PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL Y BIENESTAR SOCIAL IMPLEMENTADOS	GERENTE JEFE TALENTO HUMANO	90% DEL PROGRAMA IMPLEMENTADO Y OPERATIVISADO.
PARTICIPACION CIUDADANA				
FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DEL ÁREA DE ATENCIÓN AL USUARIO (EN LO QUE COMPETE A LA RESPUESTA ESCRITA DE QUEJAS Y/O REQUERIMIENTOS DE LOS USUARIOS).	2014	PROCESOS DEL ÁREA DE ATENCIÓN AL USUARIO FORTALECIDOS	GERENTE COORDINADOR DE CALIDAD ATENCION AL USUARIO	100% DE QUEJAS ATENDIDAS Y RESUELTAS MEDIANTE ESCRITO.



GENERAR Y PROPICIAR ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN PRO DELA DESARROLLO DE LA ESE	2014 - 2016	COMUNIDAD INVOLUCRADA EN PROCESOS DE MEJORA DE LA ESE	GERENTE ATENCION AL USUARIO JEFE CONTROL INTERNO.	No DE SESIONES DE RENDICIÓN DE CUENTAS A LA COMUNIDAD. No DE REUNIONES CON LAS DIFERENTES ASOCIACIONES DEL MUNICIPIO CON PERIODICIDAD DEFINIDA.
MEJORAMIENTO DE, ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE UNA A DECUADA ORIENTACIÓN AL USUARIO EN LAS INSTALACIONES DE LA E.S.E..	2014	PROCESO DE ORIENTACION DE LOS USUARIOS EN LAS INSTALACIONES DE LA ESE DEFINIDOS	GERENTE. ATENCIÓN AL USUARIO.	EL 100% DE LAS ÁREAS DE LA INSTITUCIÓN SEÑALIZADAS
TRAMITE OPORTUNO DE DERECHOS DE PETICIÓN, ACCIONES PÚBLICAS Y PROCESOS JURÍDICOS EN GENERAL.	2014- 2016	CUMPLIMIENTO DE TRAMITES Y PROCEDIMIENTOS JURIDICOS,	GERENTE JEFE JURÍDICO	100% DE ACCIONES Y PROCESOS JURÍDICOS ATENDIDOS OPORTUNAMENTE
GERENCIA				
SEGUIMIENTO Y MONITOREO AL CUMPLIMIENTO DE METAS PREVISTAS EN LOS PLANES DE GESTION ANUALES	2014- 2016	PLANES DE GESTION MONITOREADOS Y CON SEGUIMIENTO.	GERENTE Y EQUIPO DIRECTIVO.	% DE CUMPLIMNETO DE METAS PREVISTAS EN EL PLAN,
PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN ARCHIVO INSTITUCIONAL DE LA ESE	2015 - 2016	ARCHIVO INSTITUCIONAL ORGANIZADO	GERENTE AUX DE ARCHIV	% DE AVANCE DEL PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN DE ARCHIVO CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
AREA FINANCIERA				
REALIZAR E IMPLEMENTAR UN PROGRAMA DE COSTOS PARA RACIONALIZAR EL GASTO DE INSUMOS, Y DETERMINAR LA RENTABILIDAD DE LOS SERVICIOS COMO HERRAMIENTA PARA LA SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS CON LAS EPS	2014 - 2016	PROGRAMA DE COSTOS IMPLEMENTADO Y OPERATIVISADO	GERENTE CONTADOR	% DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE COSTOS EN LAS OPERACIONES DE LA ESE.
IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE INFORMACIÓN FINANCIERA, CONTABLE, QUE FACILITE LA TOMA DE DECISIONES.	2014 - 2016	PROGRAMA DE INFORMACION FINANCIERA IMPLEMENTADO Y EVALUADA	GERENTE JEFE FINANCIERO CONTADOR	% DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE INFORMACION FINANCIERA IMPLEMENTADO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- ✚ El nuevo modelo de desarrollo económico también exige el replanteamiento de la forma de acción del sector público que tradicionalmente ha actuado con confianza al poseer el monopolio en los servicios sociales y utilizando la discrecionalidad en la asignación de la inversión. En una economía competitiva el sector público debe incentivar la responsabilidad y el compromiso con el logro del mayor impacto de los recursos asignados, por lo cual son requisitos básicos la eficiencia y eficacia de la acción gubernamental con un bloque gerencial y empresarial, a partir de las propias condiciones locales y de la participación activa de todos los sectores interesados.
- ✚ Si bien en la actualidad la ESE Hospital San Roque del Municipio de El Copey, es rentable financiera y socialmente se debe resaltar que no es la única institución prestadora de servicios de salud existente en el Municipio, por lo tanto deberá orientar esfuerzos para lograr mayores niveles de competitividad en la prestación de servicios, y en cuanto a calidad de la atención debe fortalecer el componente tecnológico y las condiciones de imagen corporativa vista esta desde el componente de infraestructura, dotación de equipos y mejoramiento locativo, condiciones de seguridad del paciente, en un ambiente armonico. Requiere adoptar como política la austeridad en el gasto para garantizar la sostenibilidad financiera de la E.S.E. y garantizar una rentabilidad social en ascenso a través del tiempo.
- ✚ El accionar de la Gerencia debe encaminarse fundamentalmente al mejoramiento continuo de la prestación de los servicios a través de la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para cumplir con la totalidad de estándares de habilitación y poder acceder en un futuro cercano a la Acreditación, ello le permitirá contrarrestar los efectos negativos que puede traer la competencia directa que se tiene dentro del Municipio.
- ✚ Es importante fortalecer las relaciones existentes con la Administración Municipal para que esta adquiera compromisos con el desarrollo y fortalecimiento de la E.S.E, orientando recursos a financiar proyectos que contribuyan a mejorar la calidad en la atención en salud en el Municipio.