

ACUERDO JUNTA DIRECTIVA

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 1 de 2

ACUERDO No. 101-2

(30 OCT 2024) 010

Por medio del cual se adopta el **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2028: "En Alianza Por Una Atención Digna e Integral"** y el **DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO** del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

LA JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, en uso de sus facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas en el artículo 11 numeral 5° del Acuerdo 02 de 2004, expedido por el Honorable Concejo Municipal de Popayán y,

CONSIDERANDO

Que el decreto 1876 de 1994 establece la obligatoriedad de elaborar los Planes de Desarrollo Institucional en las Empresas Sociales del Estado y, a su vez, en su artículo 11 numeral 2 indica como una de las funciones de la Junta Directiva su discusión y aprobación.

Que el Acuerdo Municipal 08 del 25 de mayo de 1995 transforma al Hospital Universitario San José en Empresa Social del Estado.

Que el artículo 2.5.3.8.4.5.2 del decreto reglamentario 780 de 2016 dispone que las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar un Plan de Desarrollo de conformidad con la ley y los reglamentos.

Que dando cumplimiento al acuerdo No. 02 del 2004 expedido por el Honorable Concejo Municipal de Popayán, el cual determina en su artículo 20 numeral 3 que es función del Gerente del Hospital "Someter a consideración y aprobación de Junta Directiva el Plan de Desarrollo y demás planes y programas necesarios para el cumplimiento del objeto y las funciones asignadas al Hospital por el presente acuerdo y demás normas".

Que el acuerdo 02 de febrero 4 del 2004 expedido por el Honorable Concejo Municipal de Popayán, determina en su artículo 11 numeral 5 que es función de la Junta Directiva "Aprobar el Plan de Desarrollo y los demás planes y programas necesarios para el cumplimiento del objeto y las funciones asignadas al Hospital por el presente acuerdo y demás normas".

Que en sesión de Junta Directiva fue socializado el Plan de Desarrollo Institucional 2024-2028: "En Alianza por una Atención Digna e Integral", tal y como consta en el Acta No. 11 del 30 de septiembre de 2024.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5	ACUERDO JUNTA DIRECTIVA	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 2 de 2

30 OCT 2024 010

Que en sesión de Junta Directiva fue aprobado el Plan de Desarrollo Institucional 2024-2028: *"En Alianza por una Atención Digna e Integral"*, tal y como consta en el Acta No. 13 del 30 de octubre de 2024.

Que teniendo en cuenta las anteriores consideraciones,

ACUERDA

ARTÍCULO 1º: APROBAR Y ADOPTAR el PLAN DEDESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2028: *"En Alianza por una Atención Digna e Integral"* y el DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

ARTÍCULO 2º: PUBLICAR en la página Web de la Institución el PLAN DEDESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2028: *"En Alianza por una Atención Digna e Integral"* y el DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

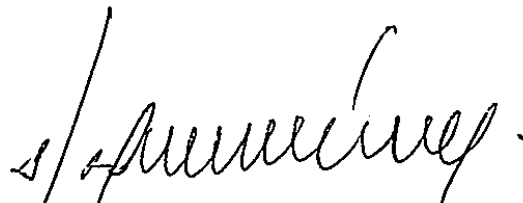
ARTÍCULO 3º: CONTENIDO DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ E.S.E DE POPAYÁN. El documento del Plan de Desarrollo consta de ciento noventa y seis (196) folios, forma parte integral del presente Acuerdo.

ARTÍCULO 4º: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Popayán.


EDWIN HEIVER MUÑOZ VÁSQUEZ
 Presidente


JUAN CARLOS ARTEAGA CIFUENTES
 Secretario

Proyectó: Luis Miguel Zambrano Velasco. Afiliado partícipe sindicato ASSESALUD
 Revisó: José Alejandro Martínez Realpe. Jefe de la Oficina Asesora de Planeación HUSJP
 Revisó: Juan Francisco Mora Obando. Subgerente Administrativo y Financiero HUSJP

Dirección: Carrera 6# 10N - 142 Popayán - Cauca
 Email: gerencia@hospitalсанjose.gov.co
 Líneas de atención: 6028284508 Exts: 101
 Oficina de atención al usuario: 6028284508 Exts: 202
www.hospitalсанjose.gov.co

**PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL 2024-2028**

Juan Carlos Arteaga Cifuentes
Gerente

CONTENIDO

1. Introducción - 9 -

2. Marco normativo - 10 -

3. Armonización con Documentos de Gestión - 12 -

 3.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) - 12 -

 3.2 Plan Decenal de Salud 2022-2031 - 13 -

 3.3 Ley Estatutaria de Salud 1751 del 2015 - 14 -

 3.4 Política de Atención Integral en Salud - 15 -

 3.5 Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud - 16 -

 3.6 Plan nacional de desarrollo “Colombia potencia mundial de la vida”. - 17 -

 3.7 Plan departamental de desarrollo del cauca 2024-2027 “la fuerza del pueblo” - 18 -

 3.8 Plan de Desarrollo Municipal “Alianza con Popayán” - 20 -

4. Diagnóstico externo..... - 21 -

 4.1 Características del Departamento del Cauca - 21 -

 4.2 Demografía y población - 22 -

 4.3 Economía..... - 25 -

 4.4 Cultura..... - 26 -

 4.5 Perfil epidemiológico del Departamento del Cauca - 26 -

 Causas de morbilidad en mujeres - 26 -

 Causas de Morbilidad en Hombres - 27 -

 Mortalidad - 28 -

 Mortalidad en Hombres..... - 29 -

 Mortalidad en Mujeres - 30 -

 4.6 Barreras geográficas - 32 -

Diagnóstico interno - 33 -

 5.1 Reseña histórica - 33 -

 5.2 Capacidad de instalada - 34 -

 5.3 Portafolio de servicios - 39 -

 5.4 Producción de los servicios - 49 -

5.5 Calidad en el servicio de salud desde aseguramiento de la calidad para el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.- 54 -

 Accesibilidad.....- 55 -

 Oportunidad.....- 55 -

 Seguridad.....- 56 -

 Continuidad- 56 -

 Política de seguridad del paciente- 57 -

 Desarrollo del programa de seguridad del paciente- 58 -

 Plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad.....- 60 -

5.6 Características demográficas de la población atendida- 61 -

 5.6.1 Población atendida y perfil epidemiológico- 61 -

 5.6.2 Perfil Demográfico- 64 -

5.7 Proceso de Docencia y Servicio- 68 -

5.8 Aspectos administrativos y financieros- 69 -

 5.8.1 Ingresos con corte a 31 de diciembre del 2023- 71 -

 5.8.2 Recaudos- 72 -

 5.8.3 Recaudados / Reconocimientos.....- 74 -

 5.8.4 Gastos.....- 75 -

 Primer Trimestre 2024.- 79 -

 5.8.5 Ingresos- 80 -

 Tabla 23: Ingresos- 80 -

 5.8.6 Gastos.....- 82 -

Comportamiento de la cartera con sus principales indicadores vigencias 2020-2023- 85 -

 Análisis General Cartera Vigencia Anterior- 86 -

 Logros Cartera Vigencia Anterior.....- 86 -

 Análisis General Cartera Corriente- 86 -

 Logros Cartera Corriente.....- 86 -

 Análisis General Cartera Vigencias Anterior.....- 89 -

 Logros Cartera Vigencias Anterior- 89 -

 Análisis General Cartera corriente- 89 -

Logros Cartera Corriente.....	90 -
Análisis del resultado del indicador cartera vigencia anterior.....	91 -
Análisis del resultado del indicador cartera corriente	91 -
Conclusiones	91 -
5.8.7 Procesos Judiciales.....	91 -
Procesos en los cuales es parte demandada El Hospital Universitario San José E.S.E.	91 -
Procesos en Riesgo.....	92 -
Procesos en que la parte demandante es El Hospital Universitario San José E.S.E.....	93 -
5.8.8 Implementación del Modelo de Planeación y Gestión MIPG.	93 -
Resultado encuesta FURAG II 2022.	102 -
Resultado encuesta FURAG II 2023.....	107 -
5.9 Indicadores de Gestión de Dirección y Gerencia	111 -
5.10 Indicadores de Gestión Financiera y Administrativa	120 -
5.11 Aspectos de la gestión Clínica y Asistencial.....	125 -
5.12 Indicadores por Área del Hospital Universitario San José E.S.E. de Popayán 2023	131 -
5.13 Indicadores de la Gestión Clínica y Asistencial	140 -
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.....	141 -
Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.....	142 -
Oportunidad en la realización de apendicectomía.....	143 -
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	145 -
Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	146 -
Análisis de mortalidad intrahospitalaria.....	147 -
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	148 -
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.....	149 -
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.	150 -
6. Plataforma Estratégica.....	152 -

6.1 Misión	- 152 -
6.2 Visión	- 152 -
6.3 Eslogan	- 152 -
6.4 Principios.....	- 152 -
6.5 Valores	- 153 -
6.6. Mapa de Procesos.....	- 154 -
6.7. Modelo Prestación de Servicios	- 155 -
7. Metodología	- 155 -
7.1 Formulación del plan de desarrollo institucional	- 156 -
7.1.1. Matriz Dofa	- 159 -
7.1.2. Recopilación de información secundaria para el contexto interno.....	- 171 -
7.1.3. Recopilación de Información para el Contexto Externo	- 171 -
7.1.4. Coherencia con Políticas y Planes de Desarrollo y Objetivos de Desarrollo Sostenible.-	172
-	
7.1.5. Construcción de la Versión Final del Plan Estratégico	- 172 -
7.1.6. Definición de Proyectos, Indicadores y Metas	- 172 -
7.1.7. Plan de Inversiones.....	- 173 -
7.1.8. Socialización y Ajustes del Plan de Desarrollo.....	- 173 -
8. Formulación de los componentes estratégicos del plan de desarrollo institucional	- 174 -
8.1. Relación ods/matriz estratégica.....	- 175 -
8.2. Componente Estratégico	- 176 -
9. Plan de Inversiones.....	- 182 -
10. Monitoreo y seguimiento	- 192 -

Lista de gráficos

Gráfico 1: Política de Atención Integral en Salud, PAIS

Gráfico 2: Ejes de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud

Gráfico 3: Esquema de la Seguridad Humana y la Justicia Social

Gráfico 4: Líneas estratégicas del PDD del Cauca

Gráfico 5: Departamento del Cauca - División Política administrativa

Gráfico 6: Pirámide Poblacional por Sexo y edad.

Gráfico 7: Esperanza de Vida al Nacer Dpto. del Cauca

Gráfico 8: Tasa de mortalidad ajustada por edad en el Departamento del Cauca periodo 2005-2020

Gráfico 9: Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del departamento del Cauca 2005 – 2020

Gráfico 10: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del departamento del Cauca, 2005 – 2020

Gráfico 11: Tasa de Mortalidad según Departamento de residencia

Gráfico 12: Consultas 2023

Gráfico 13: Cirugías realizadas en el 2023

Gráfico 14: Partos atendidos en el 2023

Gráfico 15: Exámenes realizados en el 2023

Gráfico 16: Imágenes en el 2023

Gráfico 17: Apoyos diagnósticos en el 2023

Gráfico 18: Estructura del Programa de Seguridad del Paciente

Gráfico 19: Porcentaje de cumplimiento PAMEC Institucional

Gráfico 20: Usuarios por área de egreso, distribuidos por municipio de procedencia 2023

Gráfico 21: Unidad de Valor Relativo

Gráfico 22: Ingresos reconocidos HUSJ INGRESOS RECONOCIDOS (millones de pesos corrientes)

Gráfico 23: Total recaudo por año con porcentajes de incremento

Gráfico 24: Gastos por año con porcentajes de incremento

Gráfico 25: Gastos en barras y reconocimientos/recaudos en líneas

Lista de Tablas

Tabla 1: Distribución de la población por curso de vida

Tabla 2: Población por pertenencia étnica del Departamento del Cauca, 2022

Tabla 3: Capacidad Instalada HUSJ

Tabla 4: Relación de servicios habilitados.

Tabla 5: Total Servicios Habilitados

Tabla 6: Servicios habilitados pendientes de certificación

Tabla 7: Especificidades de los Servicios en la Sede

Tabla 8: Apertura de servicios solicitada

Tabla 9: Producción HUSJ

Tabla 10: Porcentaje de Cumplimiento, Paciente trazador

Tabla 11: Seguimiento a cumplimiento de actividades de acreditación por grupo de estándares

Tabla 12: Urgencias generales

Tabla 13: Consulta Externa

Tabla 14: Hospitalización

Tabla 15: Usuarios por área de egreso, distribuidos por sexo 2023

Tabla 16: Usuarios por área de egreso, distribuidos por grupo etario 2023

Tabla 17: Usuarios por área de egreso, distribuidos por régimen de afiliación, 2023

Tabla 18: Variable Producción de servicios 2021-2023

Tabla 19: Recaudos

Tabla 20: Recaudados/Reconocimientos

Tabla 21: Compromisos

Tabla 22: Indicadores Presupuestales 2020-2023

Tabla 23: Ingresos

Tabla 24: Gastos

Tabla 25: Año 2020

Tabla 26: Año 2021

Tabla 27: Resultado indicadores 2021

Tabla 28: Análisis General Cartera Vigencias Anterior 2022

Tabla 29: Análisis General Cartera Vigencias Anterior 2023

Tabla 30: Resultado de indicadores 2023

Tabla 31: Procesos en los cuales es parte Demandada El Hospital Universitario San José E.S.E

Tabla 32: Procesos en riesgo

Tabla 33: Procesos en que la parte demandante es El Hospital Universitario San José E.S.E.

Tabla 34: Peso porcentual actividades según dimensiones MIPG del HUSJ Vigencia 2023

Tabla 35: Comparativo porcentaje de cumplimiento de actividades de MIPG según dimensiones

Tabla 36: Comparativo de avance en el cumplimiento de actividades de MIPG

Tabla 37: Avance autodiagnósticos

Tabla 38: Avance autodiagnósticos

Tabla 39: Mayor Cumplimiento por procesos MIPG

Tabla 40: Menor Cumplimiento por procesos MIPG

Tabla 41: Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior

Tabla 42: Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior

Tabla 43: Número de metas del plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación /
Número de metas del plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación.

1. Introducción

El Hospital Universitario San José de Popayán se enorgullece en presentar su Plan de Desarrollo Institucional (PDI) para la vigencia 2024-2028 como una ruta estratégica diseñada para seguir mejorando la atención médica, la educación y la investigación en nuestra institución.

Este plan es el resultado de un proceso de participación que vinculó el capital humano en los procesos asistenciales y administrativos, a usuarios y pacientes, quienes con una visión clara permitieron un análisis riguroso que considera factores internos y externos en el que operamos, y la planificación estratégica integral, que en salud exige un enfoque que garantice la prestación del servicio de manera integral, satisfactoria y con calidad humana.

Así, el PDI se ha formulado para identificar con precisión las necesidades de nuestros usuarios, para responderlas con acciones específicas que reflejen las necesidades y expectativas de nuestros colaboradores, pacientes y la comunidad y alcanzar nuestras metas y establecer mecanismos efectivos de participación y recolección de información para tomar decisiones gerenciales.

El Hospital Universitario San José, necesitaba definir un Plan de Desarrollo con objetivos claros, estrategias efectivas y programas y proyectos coherentes con la realidad económica y social de nuestro territorio; pero también, con metas ambiciosas y de alto nivel para ser alcanzadas en el próximo cuatrienio. Este plan no solo está alineado con la normatividad vigente, sino también, con los lineamientos establecidos dentro de los Planes de desarrollo Nacional, departamental, municipal, y con las necesidades más apremiantes de los usuarios.

Con base en lo anterior, el PDI se convierte en una carta de navegación, que reafirma nuestro compromiso de ser una institución que brinde servicios de salud de manera integral, dirigida al paciente, su familia y la comunidad y que se destaque por su liderazgo, competitividad, innovación y calidad en el servicio, dirigiendo nuestros esfuerzos y recursos hacia el logro de objetivos definidos y medibles en una batería de indicadores que garantiza la evaluación oportuna en cada una de las metas aquí propuestas.

JUAN CARLOS ARTEAGA CIFUENTES
Gerente

2. Marco normativo

- **Constitución Política de Colombia:** artículo 339 y Modificado por el art. 2, Acto Legislativo 003 de 2011.
- **Ley 100 de 1993:** Expone claramente los fundamentos, principios y procedimientos relacionados con el aseguramiento de los riesgos en salud y la forma de prestación de servicios en salud.
- **Ley 152 de 1994:** Establece los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo.
- **El Decreto 1876 de 1994:** Por medio del cual reglamentó los Artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993.
- **Ley 489 de 1998:** Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 1011 del 2006:** Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Decreto 1011 del 2006:** Define el sistema obligatorio de garantía en la calidad en salud del sistema general de seguridad social en salud.
- **El Decreto 4747 de 2007:** En su Art. 3, literal d, define que el Modelo de atención comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud.
- **Ley 1122 del 2007:** Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 4747 del 2007:** Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los mismos y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 3047 de 2008:** Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.
- **LEY 1438 DE 2011:** Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

- **LEY 1751 DE 2015:** Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 1499 de 2017:** en el artículo 2.2.22.3.2 Definió el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG como un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos.
- **Resolución 408 de 2018:** mediante su anexo No. 2 Establece como uno de sus indicadores, la gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional.
- **Resolución 3100 del 2019:** Por la cual se definen procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios.

Ley 2294 del 2023: Por la cual se expide el plan nacional de desarrollo 2022- 2026 “Colombia potencia mundial de la vida”.

3. Armonización con Documentos de Gestión

3.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Según un informe de la ONU en 2015, los Objetivos de Desarrollo Sostenible buscan promover una serie de acciones a nivel mundial que integren aspectos económicos, sociales y ambientales, con el fin de beneficiar a las personas, el planeta y la prosperidad. Para el año 2030, se espera lograr avances significativos en objetivos interrelacionados, cuyo propósito general es mejorar la calidad de vida global.

El Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, "Salud y Bienestar", busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Incluye metas ambiciosas como reducir la mortalidad materno infantil, acabar con las epidemias, combatir enfermedades no transmisibles y garantizar el acceso universal a servicios de salud.

Para alinear el Plan de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán con estos objetivos, fue fundamental realizar una evaluación de la situación actual del hospital, definiendo metas específicas y alcanzables, y desarrollando estrategias para mejorar la atención y la prevención en salud. Además, se estableció un sistema de monitoreo y evaluación para medir el progreso y garantizar alianzas con otras instituciones para fortalecer los esfuerzos en salud. Esto permitirá al hospital contribuir al bienestar de la comunidad y avanzar hacia los objetivos globales de desarrollo sostenible que se desarrollan a continuación:

- Reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos.
- Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de cinco años, reduciendo la mortalidad neonatal a al menos 12 por cada 1,000 nacidos vivos y la mortalidad de menores de cinco años a al menos 25 por cada 1,000 nacidos vivos.
- Poner fin a las epidemias de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas, y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.
- Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias, incluyendo el uso de drogas y el consumo nocivo de alcohol.
- Reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico.
- Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales.

- Lograr la cobertura sanitaria universal, incluyendo la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguras, efectivas, de calidad y asequibles.
- Reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos, la contaminación y la intoxicación del aire, el agua y el suelo.
- Apoyar la investigación y el desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan principalmente a los países en desarrollo, y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales a precios asequibles.
- Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, desarrollo, formación y retención del personal sanitario en los países en desarrollo.
- Fortalecer la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, para la gestión de riesgos nacionales y globales de salud.

Con base en lo anterior y con el ánimo de articular de manera precisa las acciones en materia de salud de todos los niveles de planeación territorial el gobierno nacional a través del Ministerio de salud y protección social formula el Plan decenal en salud 2022-2031 como una política de estado que busca orientar el quehacer en salud Pública del país en los próximos 10 años.

3.2 Plan Decenal de Salud 2022-2031

Esta política plantea cinco líneas estratégicas como pilares fundamentales que orientan las acciones para mejorar la salud pública en el país. Estos ejes están diseñados para abordar los desafíos de salud más importantes y para promover el bienestar de la población. Los ejes principales incluyen:

- **Gobierno y Gobernanza de la Salud Pública:** mediante el cual se busca fortalecer la gobernanza democrática y colaborativa y el gobierno multinivel de la salud pública y propende por el desarrollo de capacidades institucionales y sociales y la construcción de configuraciones territoriales que respondan a contextos diversos y apalanquen los procesos de toma de decisiones.
- **Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud:** con esta línea se pretende consolidar la acción intersectorial para la gestión de políticas públicas participativas y de acción conjunta desde la coordinación, articulación e integración de actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales, de carácter público, privado o mixto, incluyendo la sociedad civil organizada y comunidades.
- **Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud:** Busca gestionar las necesidades individuales y colectivas en salud de la población por medio de esfuerzos territoriales, institucionales y sociales coordinados y articulados entre los actores del sistema de salud y los demás sectores, que permitan el abordaje de los determinantes sociales de la salud y que brinden respuestas satisfactorias, diferenciales y sostenibles a través de procesos de atención integral, integrada y continua.

- **Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública:** Mediante el cual se pretende gestionar integralmente las condiciones de vida y salud que, en contextos diversos, representan amenazas individuales y colectivas para el goce efectivo del más alto nivel de salud posible, mediante la combinación de acciones y estrategias promocionales de la salud, intervenciones de prevención y mitigación de riesgos, disminución de carga de enfermedad y desigualdades sanitarias, superación de eventos derivados de la materialización de los riesgos y amenazas y sus consecuencias reflejadas en brechas sociales injustas y evitables.
- **Gestión del Conocimiento para la Salud Pública:** Su objetivo es fortalecer la gestión del conocimiento para la salud pública mediante el reconocimiento y la construcción conjunta de conocimientos y saberes, el fortalecimiento de las capacidades institucionales y sociales, la gestión de los sistemas de información y la articulación intersectorial, como una de las estrategias transversales de la gestión de la salud pública en el país.

3.3 Ley Estatutaria de Salud 1751 del 2015

La ley estatutaria de salud tiene como objetivo garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección. Su naturaleza lo encamina como un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, comprendiendo el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

Así mismo compromete al Estado como principal responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- **Disponibilidad.** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente.
- **Aceptabilidad.** Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud.
- **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural.
- **Calidad e idoneidad profesional.** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

Universalidad; Pro homine; Equidad; Continuidad; Oportunidad; Prevalencia de derechos; Progresividad del derecho; Libre elección; Sostenibilidad; Solidaridad; Eficiencia; Interculturalidad; Protección a los

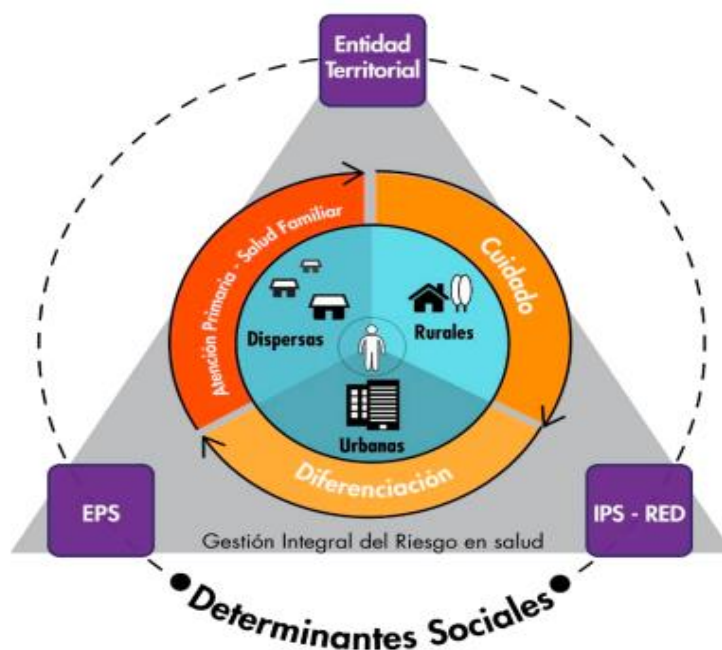
pueblos indígenas; Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

3.4 Política de Atención Integral en Salud.

La Política de Atención Integral en Salud tiene como objetivo principal orientar el Sistema de Salud hacia la creación de condiciones óptimas para la salud de la población, garantizando el acceso oportuno, eficaz y de calidad a los servicios de salud, en línea con la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Esta política promueve la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a la salud y abarca un enfoque integral que incluye promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Se subraya la necesidad de una regulación estatal que asegure el acceso integral y equitativo a la salud, coordinando los esfuerzos de todos los agentes del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y enfatizando el bienestar del individuo como prioridad.

La política también busca adaptar la estructura institucional derivada de la Ley 100 de 1993 a los objetivos de la Ley Estatutaria, enfocándose en una regulación que prioriza al ciudadano y su entorno. Esto implica la creación de nuevos sistemas de incentivos, el desarrollo de capacidades institucionales, y la transformación de los procesos de gestión territorial. Se requiere una coordinación efectiva entre las entidades territoriales, los aseguradores y los prestadores de servicios para implementar y seguir los planes territoriales de salud alineados con el plan decenal y el plan nacional de desarrollo.

Gráfico 1: Política de Atención Integral en Salud, PAIS



Fuente: MSPS. 2015

3.5 Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud

La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, presentada por el Ministerio de la Protección Social, busca establecer una dirección a mediano y largo plazo para el sector salud en Colombia. Su objetivo es promover una actuación coordinada entre los distintos actores de la red de prestadores de servicios de salud, tanto públicos como privados, así como con otros sectores como la academia y las entidades territoriales. Este enfoque multidisciplinario e interinstitucional incluyó aportes de diversas entidades, enriqueciendo la propuesta. La política pretende convertir la información sobre la calidad en un bien público para guiar decisiones, modernizar la operación de los prestadores públicos, consolidar redes de servicios para optimizar recursos y mejorar el acceso, y desarrollar un sistema de incentivos para los prestadores en todo el país. El documento reafirma el compromiso del Gobierno Nacional de mejorar la atención en salud, asegurando una atención efectiva y digna para la población.

Esta política plantea 3 ejes estratégicos para su implementación que determina el ciclo de la prestación del servicio teniendo en cuenta cada una de las dimensiones que ellos conllevan desde la asociada a la accesibilidad, la calidad en la prestación del servicio y la respuesta efectiva a las necesidades de la población.

Gráfico 2: Ejes de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud



Fuente: Construcción propia con base en la política.

ACCESIBILIDAD: Accesibilidad a los servicios de salud, entendida como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios.

CALIDAD: La calidad de la atención de salud se entiende como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario

EFICIENCIA: En esencia, el eje de eficiencia se refiere a la obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos.

3.6 Plan nacional de desarrollo “Colombia potencia mundial de la vida”.

Línea Estratégica: Seguridad Humana y Justicia Social.

Gráfico 3: Esquema de la Seguridad Humana y la Justicia Social.



Fuente: DNP- Plan De Desarrollo Nacional 2024-2027

El Plan Nacional de Desarrollo "Colombia Potencia Mundial de la Vida" se enfoca en la superación de privaciones como base para la dignidad humana y el bienestar, garantizando acceso a servicios básicos como salud, educación, saneamiento y conectividad digital. Para lograr un sistema de salud garantista y universal, se promueve un modelo de salud preventivo y predictivo a través de la Atención Primaria en Salud (APS). Esto incluye el desarrollo de equipos interdisciplinarios, redes integrales de salud, modernización de la red hospitalaria pública, una nueva política de talento humano en salud y fortalecimiento del aseguramiento en salud bajo la regulación del Estado.

Así mismo, aborda los determinantes sociales de la salud mediante políticas intersectoriales como la actualización de la política de derechos sexuales y reproductivos, estrategias de prevención del embarazo en la adolescencia, la eliminación de embarazos en la infancia, y la erradicación del matrimonio infantil y uniones tempranas. De igual forma busca la promoción de hábitos saludables, la mejora continua en la gobernanza del sistema de salud con un esquema multinivel de participación y la modernización de instituciones clave, y se asegura la sostenibilidad de los recursos en salud mediante una gestión eficiente del gasto y nuevas fuentes de financiamiento.

Finalmente, el PND busca garantizar el acceso equitativo a medicamentos, dispositivos médicos y tecnologías en salud a través de políticas de abastecimiento, producción local, regulación de precios y fortalecimiento de la investigación en salud.

Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar.

- Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar.
- Determinantes sociales en el marco del modelo preventivo y predictivo.
- Más gobernanza y gobernabilidad, mejores sistemas de información en salud.
- Sostenibilidad de los recursos en salud.
- Acceso equitativo a medicamentos, dispositivos médicos y otras tecnologías.

3.7 Plan departamental de desarrollo del cauca 2024-2027 “la fuerza del pueblo”

Gráfico 4: Líneas estratégicas del PDD del Cauca



Fuente: Gobernación del Cauca 2024

Línea estratégica: Oportunidades para soñar.

Objetivo: Promover y generar condiciones para que la población tenga oportunidades en el mejoramiento de sus condiciones sociales a través de la formación de ciudadanos activos, corresponsables y transformadores de sus entornos al incrementar sus niveles educativos con calidad y

pertinencia, al tiempo que se mejora el acceso y la atención en salud, la recreación, el deporte y espacios culturales como catalizadores de un bienestar humano equilibrado.

Para lograr este objetivo, se han planteado acciones en siete ejes principales. Primero, se fortalecerá la gobernabilidad y gobernanza de la salud pública mediante el desarrollo de capacidades y liderazgo para una gestión compartida y colaborativa, respetando las formas organizativas de las comunidades y promoviendo alianzas para obtener mejores resultados en salud. Segundo, se abordarán las necesidades de pueblos y comunidades étnicas, mujeres, sectores LGBTIQ+, y otras poblaciones vulnerables, respetando su integridad y fomentando su participación en la construcción de intervenciones desde el diálogo horizontal y respetuoso de sus saberes.

Además, se enfocarán en transformar las condiciones injustas que afectan la salud a través de acciones intersectoriales para reducir las brechas sociales y sanitarias. La Atención Primaria en Salud se fortalecerá con acciones para promover la salud y prevenir enfermedades. También se implementarán estrategias para reducir el impacto de emergencias, desastres y el cambio climático en la salud. Se priorizará el conocimiento en salud pública y la soberanía sanitaria, promoviendo la investigación y la producción local de tecnologías estratégicas. Finalmente, se mejorará la distribución, formación y condiciones laborales del personal de salud para garantizar un empleo digno y decente.

“A fin de garantizar el derecho a la Salud de los caucanos la Secretaría de Salud medirá el avance de sus resultados con 14 indicadores: Afiliados al Sistema de seguridad Social en Salud – SGSSS, Cobertura en vacunación con biológicos trazadores, razón de mortalidad materna, Tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años, Tasa de mortalidad asociada a desnutrición aguda en menores de 5 años, Tasa de mortalidad de suicidio, Tasa por cien mil habitantes de mortalidad prematura por enfermedades crónicas, tasa de mortalidad por rabia humana, tasa de mortalidad por cáncer de estómago y tasa de mortalidad en emergencias y salud – CRUE, Éxito terapéutico en pacientes con Tuberculosis, Incidencia por 10.000 habitantes de lepra o enfermedad de Hansen, Incidencia por dengue e Incidencia por malaria.”¹

Con estos indicadores la Gobernación del Cauca a través de su Plan de Desarrollo se encaminan al cumplimiento de los fines de la Salud Pública en el marco normativo del Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo a la Resolución 2367 de 2023 que contiene el Plan Decenal de Salud Pública, el cual

¹ Plan Departamental de Desarrollo 2024-2027 “La Fuerza del Pueblo” Pág. 164

es una hoja de ruta estatal para la garantía del derecho fundamental a la salud y la mejora del bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio.

3.8 Plan de Desarrollo Municipal “Alianza con Popayán”

Línea estratégica: POPAYÁN JUSTA, INCLUYENTE, EQUITATIVA Y EN PAZ.

Objetivo: Con esta línea se pretende mejorar la calidad en el proceso de inspección, control y vigilancia sobre los servicios de salud en todos los niveles de atención, tanto en lo urbano como lo rural, mediante la implementación de mesas de análisis situacional con todos los actores y sobre los diferentes grados de complejidad, fortaleciendo con tecnología y soporte los servicios especializados de conformidad con la demanda de la Región.

Programa: Alianza con la Salud, prestación del servicio de salud.

Programa: Alianza con la salud sexual y reproductiva: ¡tú tienes el control! promoviendo una salud sexual autónoma.

Desde el hospital se realiza seguimiento a las madres gestantes, se cuenta con un banco de leche para suplir las necesidades que se presentan con los recién nacidos.

Programa: Alianza con la atención a la población en situación de vulnerabilidad y grupos sociales.

Buscamos hacer del HUSJ un Hospital incluyente, cuenta con guías en lenguaje Nasa y Misak y, de igual manera, presta las condiciones para la movilidad en condición de discapacidad.

Alianza con la Salud Sexual y Reproductiva:

Se cuenta con área para las campañas de promoción y prevención, donde se pueda realizar un despliegue en la ciudad, mediante el programa de responsabilidad social.

Salud Mental:

Programa de promoción y prevención, responsabilidad social.

4. Diagnóstico externo

4.1 Características del Departamento del Cauca

El Departamento del Cauca se encuentra ubicado en el sur occidente colombiano con una superficie de 29.308 Km², lo que en extensión representa el 2,56 % del territorio nacional. Su capital es la ciudad de Popayán y dentro de su división político-administrativa cuenta con 42 municipios. Al norte limita con el Departamento del Valle, al Este con los departamentos de Huila y Tolima, al sureste con Putumayo y Caquetá, al Sur con Nariño y al Occidente con el Océano pacífico. Su área marítima está entre la línea de costa y una línea paralela a ésta, ubicada a 12 millas náuticas, equivalente a 433.259 hectáreas de plataforma marítima sobre la costa de los municipios de Guapi, López de Micay y Timbiquí.

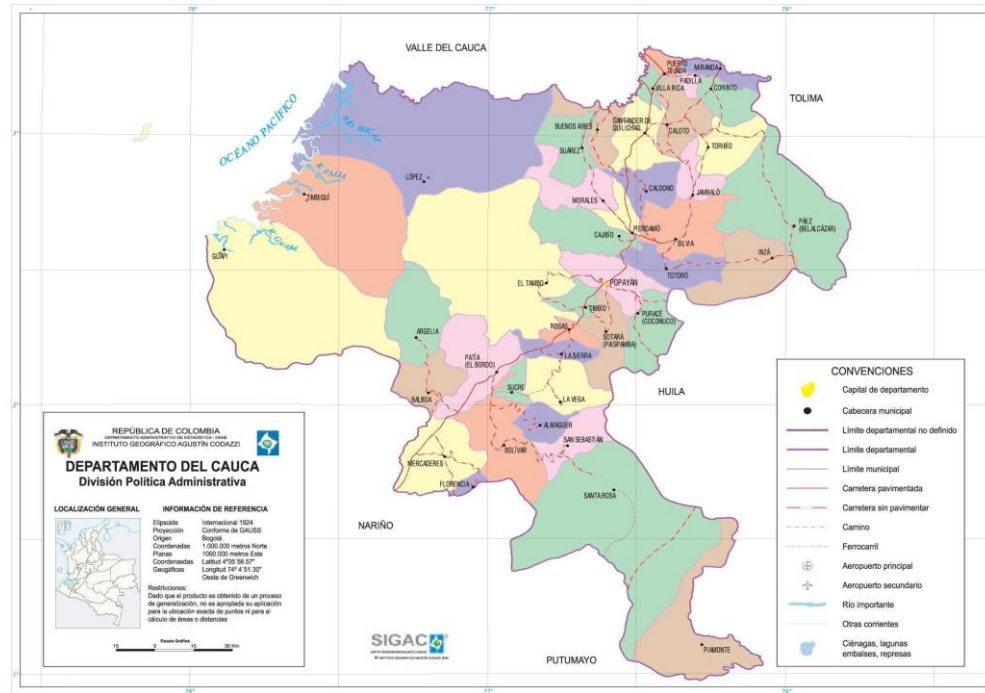
El Cauca cuenta con una riqueza hídrica que se destaca en el país por estar constituida por numerosos ríos, quebradas y cuerpos de agua que permiten conformar cinco enormes cuencas hidrográficas, las cuales son: Alto Cauca, Magdalena, Patía, Caquetá y Pacífico.

En el Departamento del Cauca se encuentra el nudo cordillerano del Macizo colombiano, donde nacen las cordilleras Central y los dos ríos más importantes del país como lo son el Cauca y el Magdalena.

El Cauca fue reconocido como Departamento en 1910, y se encuentra dividido en 42 municipios, organizados en 7 subregiones las cuales son:

- Piedemonte Amazónico: Piamonte
- Centro: Cajibío, El Tambo, Morales, Piendamó, Silvia, Popayán, Puracé y Timbío
- Macizo: Almaguer, La Sierra, La Vega, Rosas, San Sebastián, Santa Rosa y Sotará
- Norte: Buenos Aires, Caloto, Puerto Tejada, Villarrica, Suárez, Santander de Quilichao, Toribío, Corinto, Padilla, Miranda, Guachené, Caldono y Jambaló.
- Oriente: Inzá, Páez, Totoró
- Pacífico: Guapi, López de Micay y Timbiquí
- Sur: Argelia, Balboa, Bolívar, Florencia, Mercaderes, Patía y Sucre.

Gráfico 5: Departamento del Cauca - División Política administrativa.

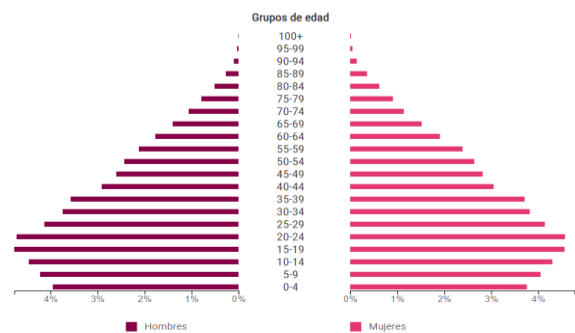


Fuente: SIGAC 2020

4.2 Demografía y población

En cuanto a población, se aproxima a los 1'574.506 habitantes (que representa el 3,0% de la población nacional y una densidad poblacional de 53,72 Habs/Km²) de acuerdo con las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE 2024. Se estima que el 49,4% del total son hombres y el 50,6% son mujeres y que, en términos de distribución, el 35% se encuentra distribuido en cabeceras municipales y el 64,5% en las zonas rurales dispersas y centros poblados, reconociendo a este como un Departamento mayoritariamente rural. Asimismo, el Cauca se caracteriza por su riqueza cultural y étnica

Gráfico 6: Pirámide Poblacional por Sexo y edad.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística – 2024

En la gráfica anterior podemos evidenciar que el Departamento del Cauca cuenta mayoritariamente con una población entre los 15 y los 64 años de edad, la cual constituye el 66,4% del total de la población en el Departamento.

Tabla 1: Distribución de la población por curso de vida.

Curso de vida	Hombres	Porcentaje hombres	Mujeres	Porcentaje mujeres	Total	Porcentaje total
Primera infancia 0 – 5 años	72.082	9,63	69.108	9,01	141.190	9,31
Infancia 6-11 años	74.005	9,88	71.182	9,28	145.187	9,58
Adolescencia 12- 17 años	76.303	10,19	73.537	9,58	149.840	9,88
Juventud 18 – 28 años	146.266	19,53	142.954	18,63	289.220	19,08
Adulthood 29 – 59 años	282.408	37,71	299.043	38,98	581.451	38,35
Adulto mayor 60 y más años	97.743	13,05	111.387	14,52	209.130	13,79
TOTAL	748.807	100	767.211	100	1.516.018	100

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE

Dinámica Demográfica: En las proyecciones del DANE para el periodo 2018-2025, se observa una disminución en la tasa bruta de natalidad, pasando de 16,29 en 2018 a 14,96 en 2025. En cuanto a la tasa bruta de mortalidad, la variación es menos pronunciada, comenzando en 6,67 en 2018, registrando 6,64 en 2022 y proyectándose en 6,71 para 2025. Esto indica que la tasa de crecimiento natural de la población también está disminuyendo, lo que sugiere una tendencia hacia una población más envejecida, con una estructura poblacional que se está estabilizando, aunque aún en crecimiento. Además, la migración está

afectando significativamente la dinámica demográfica, con un saldo migratorio negativo de -0,87 en 2022, lo que podría contribuir a un freno adicional en el crecimiento de la población.²

Población étnica: El total de población étnica en el departamento del Cauca es de 715.640 personas, es decir, representa el 45,45% del total de su población según el DANE, el Cauca cuenta con cinco etnias censadas como lo son los indígenas, negra, mulata o afrocolombiana, raizal, palenquera de San Basilio y gitana o ROM. Las etnias con mayor representación dentro del territorio son los indígenas y los negros, mulatos o afrodescendientes, con una población de 400.198 habitantes que corresponden al 25,42% y 315.180 habitantes que corresponden al 20,02%, las siguen etnias como los raizales, palenquera de San Basilio y gitana o 8 ron, cuentan con menor densidad poblacional dentro del departamento, todas estas con menos de 110 habitantes por etnia.

Tabla 2: Población por pertenencia étnica del Departamento del Cauca, 2022

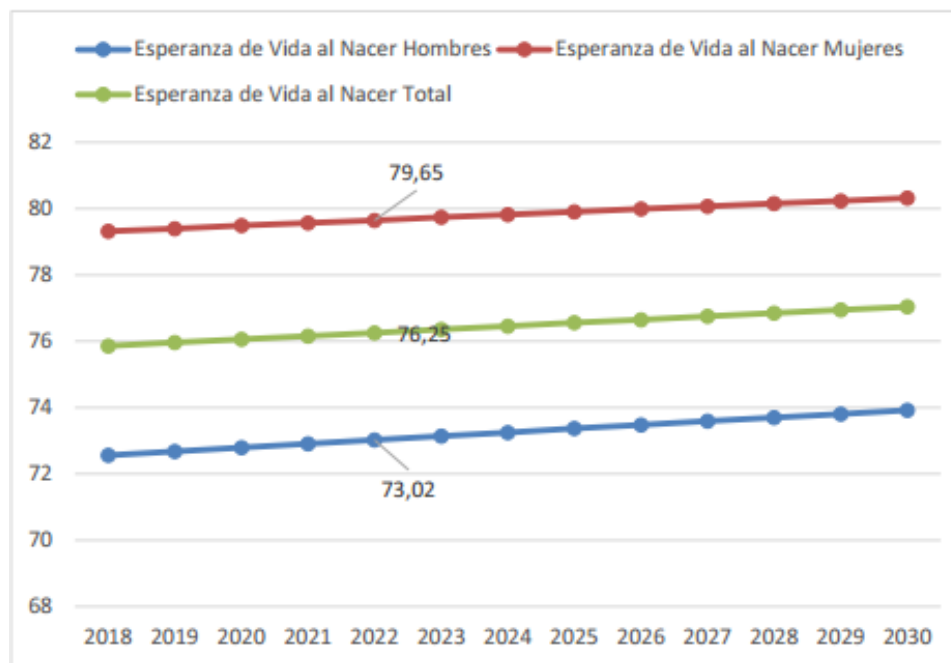
Autorreconocimiento étnico	Casos	%	Acumulado %
Indígena	376.124	24,81	24,81
Gitano(a) o rom	0	0,00	24,81
Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	152	0,01	24,82
Palenquero(a) de San Basilio		0,00	24,82
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	298.959	19,72	44,54
Ningún grupo étnico	825.775	54,47	99,01
No informa	15.008	0,99	100,00
total	1.516.018	100,00	100,00

Fuente:

Población Pertenencia étnica Colombia Dpto. Mpio 2018 DANE

² Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud del Departamento del Cauca 2022. Análisis demográfico. Pág. 60

Gráfico 7: Esperanza de Vida al Nacer Dpto. del Cauca



Fuente: DANE 2024

La esperanza de vida refleja el nivel de desarrollo socioeconómico de un país y el estado del sistema de salud. Representa el promedio de años que se espera que una persona viva desde su nacimiento, asumiendo que las condiciones de mortalidad permanecen constantes. En el Departamento del Cauca, en 2018, la esperanza promedio de vida al nacer era de 75,86 años, siendo más alta para las mujeres con 79,32 años, en comparación con 72,56 años para los hombres. A lo largo del tiempo, esta tendencia se ha mantenido tanto para hombres como para mujeres, mostrando un aumento gradual. Para 2022, la esperanza promedio de vida fue de 76,25 años, con 79,65 años para las mujeres y 73,02 años para los hombres.

4.3 Economía

El Departamento del Cauca centra su economía principalmente en la producción agrícola, destacándose por la producción de fique, caña de azúcar, caña panelera, café, papa, maíz, yuca tomate, frijol, espárragos y mora. Así mismo, juega un papel importante para la ganadería nacional y sus derivaciones como la comercialización de carne y lácteos. Asimismo, el Cauca tiene enormes fortalezas en el sector turístico, teniendo en cuenta que cuenta con una riqueza natural que incluye parques nacionales, entornos para aviturismo, ríos, valles y páramos que constituyen un atractivo para visitantes de distintos lugares del país y el mundo.

El Cauca es un eje estratégico para la economía colombiana y la competitividad de la región pacífica por su ubicación, la cual permite el tránsito de mercancía y la comercialización de productos entre el norte del país y el sur del continente americano, lo que permite establecer centros urbanos dedicados a esta

actividad económica, sin embargo, a pesar de esto, la productividad en el Departamento es inferior al promedio nacional. El PIB per cápita se sitúa en sólo \$16.7 millones de pesos anuales, con una participación en el PIB nacional del 1.76% en 2022.

4.4 Cultura

En materia cultural el Departamento del Cauca es un espejo de la diversidad cultural colombiana que combina influencias indígenas, afrocolombianas y mestizas de manera excepcional. Esta diversidad se manifiesta en sus tradiciones, festividades, arte, música y gastronomía, enriqueciendo profundamente su identidad regional. Las comunidades indígenas, como los Nasa y los Misak, preservan su dialecto, así como rituales ancestrales y un profundo respeto por la tierra y la naturaleza. Es importante destacar que la diversidad étnica del Cauca trae consigo una rica variedad cultural. Cada grupo étnico posee un conjunto único de creencias, prácticas y hábitos enmarcados en su propia cosmovisión. Desde la perspectiva del sector salud, es crucial considerar estos aspectos al diseñar planes de intervención, ya que pueden ser valiosos aliados en la implementación de proyectos de salud.

Las celebraciones tradicionales, como la Semana Santa de Popayán, el festival de globos de Bolívar, las marimbas del pacífico o los violines negros del Patía constituyen una expresión vibrante de esta mezcla cultural, donde la música, la danza y los coloridos disfraces se fusionan para celebrar la diversidad étnica y la historia local. Actualmente, la UNESCO ha reconocido seis manifestaciones culturales, arqueológicas, documentales y naturales como patrimonio de la humanidad, convirtiendo a este como uno de los departamentos con mayor reconocimiento mundial.

En cuanto a la gastronomía, el Cauca tiene varios platos que caracterizan las expresiones idiosincráticas más representativas de la región, dejando a su capital Popayán como la primera ciudad inscrita en la lista de ciudades creativas de la UNESCO en 2005 por la influencia de los distintos productos y platos propios de los municipios del Departamento.

4.5 Perfil epidemiológico del Departamento del Cauca

De acuerdo con el último Análisis de Situación de Salud - ASIS publicado por el Departamento para el periodo 2009 a 2021, a continuación, se presentan las principales causas de morbilidad por sexo y grupo etario:

Causas de morbilidad en mujeres

En la **primera Infancia** la primera causa de morbilidad se presenta en las condiciones transmisibles y nutricionales con un porcentaje de 25,14 (2021) y una disminución porcentual de -0,63 con relación al año 2020; en segundo lugar, se presentan las enfermedades no transmisibles con un incremento de 1,60 del año 2020 al año 2021 terminando en 44,43%. En la **Infancia** (6 – 11 años) la primera causa de morbilidad se debe a las enfermedades no transmisibles con un comportamiento fluctuante que presenta

una leve disminución en el año 2021 terminando en 57,34%; en segundo lugar, se encuentran las condiciones transmisibles y nutricionales que presentan una disminución porcentual de -3,34 con relación al año 2020, terminando en 15,12%.

En la **adolescencia** (12 a 18 años) la primera causa son las enfermedades no transmisibles con un porcentaje de 58,16% (2021) con tendencia al incremento de 2,23 puntos porcentuales; en segundo lugar, se encuentran las condiciones transmisibles y nutricionales con una leve disminución en el último año de 13,40% en 2020 a 10,00% en 2021 y una diferencia porcentual de -3,40.

En la **Juventud** (14 a 26 años) la causa más importante de morbilidad son las enfermedades no transmisibles con leve tendencia al incremento de 50,01% en 2020 a 52,87% en 2021 y una diferencia porcentual de 2,86, en segundo lugar, se presentan las condiciones transmisibles y nutricionales con una disminución de 14,27 a 11,39% en el año 2021.

En la **adultez** (27 a 59 años) la primera causa de morbilidad son las enfermedades no trasmisibles con un 65,99% (2021) con leve tendencia al incremento en el último año; en segundo lugar, se encuentran las condiciones mal clasificadas con un porcentaje de 13,58% y una disminución con el año anterior de -0,26.

En las **Personas mayores** (> 60 años) la causa más frecuente son las Enfermedades no transmisibles con un 82,77% (2021) con un comportamiento fluctuante y un incremento de 1,17 puntos porcentuales; en segundo lugar, se encuentran las condiciones mal clasificadas con un porcentaje de 9,15% y una disminución porcentual de -0,26 con relación al año 2020.

Causas de Morbilidad en Hombres

En la **primera Infancia** la primera causa de morbilidad se presenta en las condiciones transmisibles y nutricionales con un porcentaje de 26,64% (2021) y un incremento porcentual de 0,26 con relación al año 2020; en segundo lugar, se presentan las enfermedades no transmisibles con un incremento de 1,50 del año 2020 al año 2021 terminando en 43,73%. En la **Infancia** (6 – 11 años) la primera causa de morbilidad se debe a las enfermedades no transmisibles con un comportamiento fluctuante que presenta un incremento en el año 2021 terminando en 57,78%; en segundo lugar, se encuentran las condiciones transmisibles y nutricionales que presentan una disminución porcentual de -3,79 con relación al año 2020, terminando en 16,20%.

En la **adolescencia** (12 a 18 años) la primera causa son las enfermedades no transmisibles con un porcentaje de 55,32% (2021) con tendencia al incremento de 2,61 puntos porcentuales; en segundo lugar, se encuentran las condiciones transmisibles y nutricionales con disminución en el último año de .2,17 en 2020 a 8,92.

En la **Juventud** (14 a 26 años) la causa más importante de morbilidad son las enfermedades no transmisibles con leve tendencia al incremento de 50,13% en 2020 a 52,41% en 2021 y una diferencia porcentual de 2,28, en segundo lugar, se presentan las condiciones mal clasificadas con una leve disminución de 20,90% a 20,72% en el año 2021.

En la **adultez** (27 a 59 años) la primera causa de morbilidad son las enfermedades no transmisibles con un 72,56% (2021) con tendencia al incremento de 1,87 puntos porcentuales; en segundo lugar, se encuentran las condiciones mal clasificadas con un porcentaje de 14,85% y una disminución con el año anterior de -0,18.

En las **Personas mayores** (> 60 años) la causa más frecuente son las Enfermedades no transmisibles con un 85,60% (2021) con un comportamiento fluctuante y un leve incremento de 1,12 puntos porcentuales; en segundo lugar, se encuentran las condiciones mal clasificadas con un porcentaje de %8.04 y una disminución porcentual de %0,45 con relación al año 2020.

Mortalidad

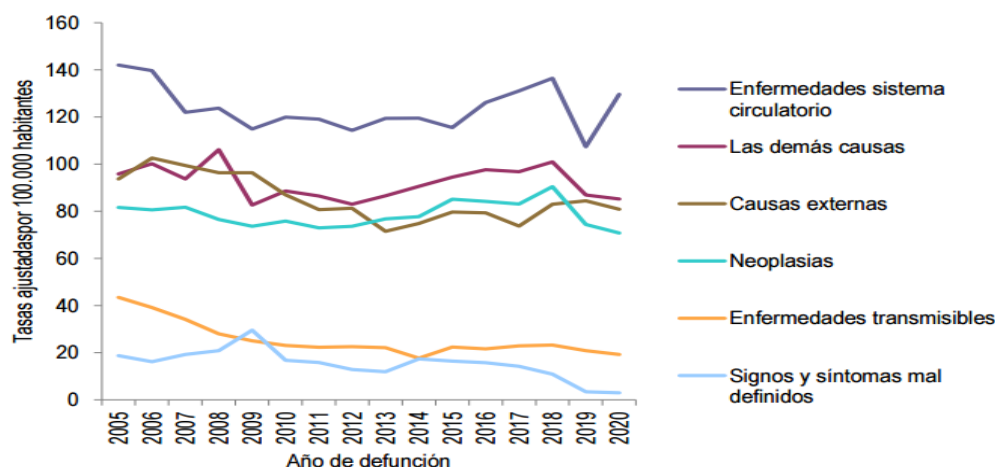
Enfermedades del sistema circulatorio: Son la principal causa de mortalidad ajustada por edad, con una tendencia cíclica y un incremento reciente, alcanzando 136,42 defunciones por 100,000 habitantes en 2018 y luego disminuyendo a 107,40 en 2019, en 2020 vuelven a incrementar a 129,67 lo que significa un incremento de 22 muertes con relación al año anterior y una disminución de 13 muertes por cada 100.000 habitantes en el periodo estudiado. Las enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares e hipertensivas son las principales contribuyentes, mostrando fluctuaciones en sus tasas de mortalidad a lo largo de los años.

Otras causas de muerte: Incluyen enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, que inician con una tasa de 19,02 x 100.000 habitantes con un comportamiento que disminuye al año 2010 a una tasa de 12,82 para luego incrementarse paulatinamente hasta el año 2018 en una tasa de 24,69 por 100.000 habitantes, disminuye en el año 2019 a 20,77 y en 2020 a 17,73 por 100.000 habitantes. En segundo lugar, la diabetes mellitus y enfermedades del sistema digestivo que en 2020 alcanzó una tasa de 11,61 por 100.000 habitantes. Y en tercer lugar el resto de enfermedades del sistema digestivo. Estas causas muestran variaciones en sus tasas de mortalidad, con incrementos y disminuciones en diferentes periodos, destacando una disminución general en 2020. En las “demás enfermedades” la mortalidad está favorecida por el alto consumo de bebidas azucaradas ricas en contenido de azúcar lo cual también ha sido favorecido por el nivel educativo de la población.

Causas externas: Las muertes por causas externas, como agresiones (homicidios), accidentes de transporte terrestre y lesiones autoinfligidas, han mostrado un comportamiento oscilante, con un descenso general desde 2005 pero con algunos incrementos recientes, especialmente en homicidios, que aumentaron a 48,92 por 100,000 habitantes en 2020. En segundo lugar, los accidentes de transporte terrestre con tendencia fluctuante que presenta una disminución a 16,55 en el año 2019 y en 2020 a 14,61 en comparación con el año 2018 que presentaba 17,68 por 100.000 habitantes y en tercer lugar lesiones auto infringidas intencionalmente con una tasa del 5, 47 por cada 100.000 habitantes.

Neoplasias: La mortalidad por neoplasias ha mostrado fluctuaciones durante el periodo 2005-2020. Los tumores malignos del estómago, próstata y órganos digestivos y peritoneo han tenido tasas oscilantes, con una tendencia general a la baja en 2020, con el tumor de estómago bajando a 13,77 por cada 100,000 habitantes.

Gráfico 8: Tasa de mortalidad ajustada por edad en el Departamento del Cauca periodo 2005-2020



Fuente: DANE_SISPRO_MSPS

El perfil epidemiológico del Departamento del Cauca muestra una prevalencia creciente de enfermedades no transmisibles (ENT), como principales causas de morbilidad y mortalidad en todas las edades, lo que resalta la necesidad de programas de prevención y manejo específico. Además, existen desigualdades de género y retos en el acceso a servicios de salud debido a barreras geográficas e infraestructura limitada. La estrategia debe enfocarse en la promoción de estilos de vida saludables, mejora de la infraestructura de transporte, uso de telemedicina y adaptación de las políticas de salud a las necesidades culturales y sociodemográficas del Departamento.

La tasa de mortalidad general en el país aumentó en 0,6 puntos al comparar los años 2018 y 2022, lo que implica un aumento de la mortalidad en todos los departamentos, incluyendo el Cauca, donde el incremento fue de 0,7 puntos, pasando de 4,3 a 5,0 entre 2018 y 2022.

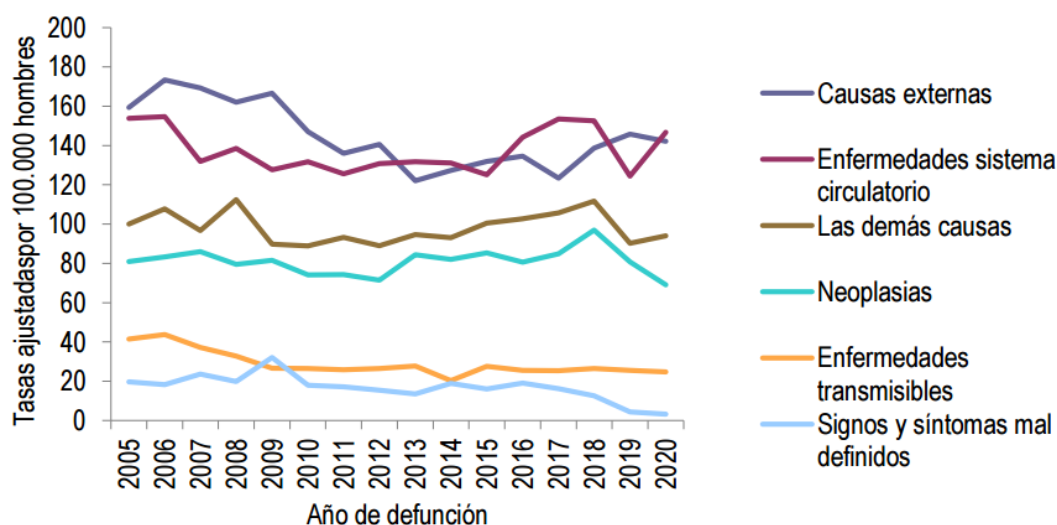
Mortalidad en Hombres

Las principales causas de mortalidad en hombres se distribuyen en tres categorías. La primera, causas externas, muestra una tendencia fluctuante con descensos hasta 2013 y aumentos posteriores. Dentro de estas causas, las agresiones (homicidios) son la principal causa, con un comportamiento variable que incluye una disminución significativa entre 2009 y 2014, seguido de un aumento hasta 2020. Los accidentes de transporte terrestre y las lesiones autoinfligidas (suicidios) ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente, con los accidentes mostrando un incremento gradual y los suicidios una tendencia general a la baja.

La segunda categoría principal son las enfermedades del sistema circulatorio, que presentan un comportamiento cíclico. Las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebrovasculares y las hipertensivas son las más prevalentes dentro de esta categoría. Las enfermedades isquémicas del corazón mostraron una disminución general hasta 2019, con un repunte en 2020.

En la tercera categoría se incluyen todas las demás causas, que presentan un comportamiento oscilante. Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades del sistema digestivo y la diabetes mellitus son las más relevantes en esta categoría. Estas causas presentan variaciones a lo largo del tiempo, con un incremento notable en las enfermedades respiratorias en los últimos años y una fluctuación en las enfermedades digestivas y la diabetes.

Gráfico 9: Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del departamento del Cauca 2005 – 2020



Fuente: DANE_SISPRO_MSIS_ASIS Cauca 2022

Mortalidad en Mujeres

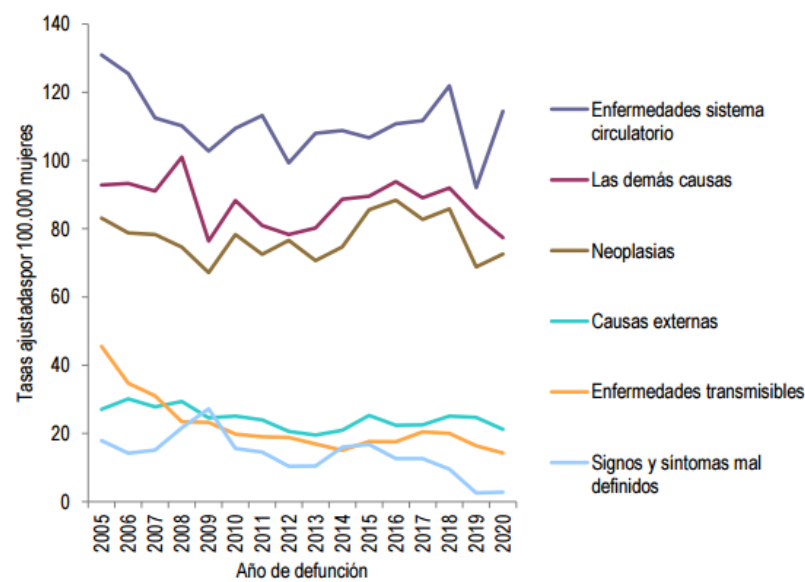
En el análisis de la mortalidad ajustada en mujeres, las principales causas de muerte se agrupan en tres categorías. En primer lugar, las enfermedades del sistema circulatorio, las cuales presentan una tendencia a la baja hasta 2010, seguida de variaciones con un aumento en 2018 y una disminución posterior en 2019, volviendo a incrementarse en 2020. Dentro de esta categoría, las enfermedades isquémicas del corazón son las más prevalentes, seguidas por las enfermedades cerebrovasculares y las hipertensivas, todas con comportamientos variables a lo largo del tiempo.

En segundo lugar, se incluyen diversas enfermedades con un comportamiento cíclico. Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores mostraron un aumento hasta 2015, con fluctuaciones posteriores. La diabetes mellitus y otras enfermedades del sistema digestivo también se encuentran en esta categoría, con tendencias generalmente estables o decrecientes en el periodo analizado.

En tercer lugar, las neoplasias exhiben una tendencia descendente hasta 2009, seguida de un comportamiento oscilante. Los tumores malignos de estómago son la causa principal dentro de esta categoría, mostrando variaciones a lo largo del tiempo. Les siguen los tumores de órganos digestivos y

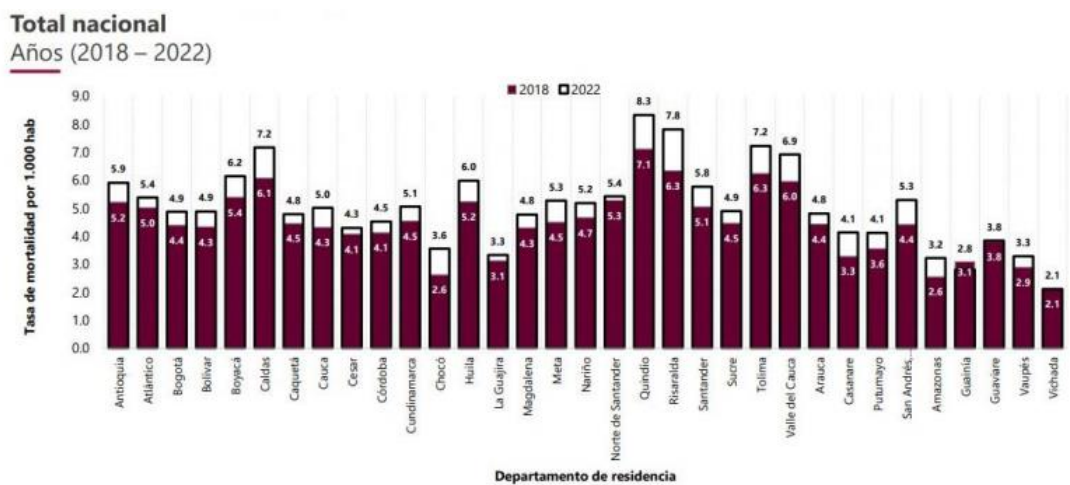
del peritoneo (excepto estómago y colon), y los tumores malignos de otras localizaciones, todos con tendencias relativamente estables en los últimos años.

Gráfico 10: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del departamento del Cauca, 2005 – 2020



Fuente: DANE_SISPRO_MSPP_ASIS Cauca 2022

Gráfico 11: Tasa de Mortalidad según Departamento de residencia.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional De Estadística. PDD

4.6 Barreras geográficas

El porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud en el departamento del Cauca es de 9,70% y en la región Pacífica es de 13,9% no presentando diferencia estadísticamente significativa.

Según el diagnóstico realizado en el marco de la construcción del ASIS Cauca para el año 2022, el sistema de comunicaciones terrestres por carretera del Departamento está constituido por tres tipos de redes de carreteras: nacionales, secundarias y terciarias. La malla vial constituida principalmente por 5.588,69 kilómetros se desarrolla de manera longitudinal (sur-norte) a través de la vía Panamericana, la cual estructura el territorio. Perpendicular a esta importante vía convergen las carreteras encargadas de comunicar a las cabeceras municipales con ella y con la capital departamental y demás áreas de influencia. La carretera panamericana atraviesa el departamento de norte a sur y la comunica con los departamentos de Valle del Cauca y Nariño; existen dos vías que comunican al Cauca con el Huila, por la carretera Popayán – Inzá - La Plata se comunica con el departamento del Huila y por la vía Popayán – Puracé La Plata y una variante Popayán - Coconuco –Paletará - La Plata. Todos los municipios con excepción de los de la Costa Pacífica se encuentran conectados por carretera entre sí y con Popayán, que a su vez se conecta con las principales ciudades del país. El océano Pacífico permite la navegación de canotaje entre los municipios de Guapi, Timbiquí y López (Micay). Los ríos Guapi, San Juan de Micay, Saija y Timbiquí permiten la navegación en pequeñas embarcaciones; cuenta con 4 aeropuertos que le permiten la comunicación aérea con Bogotá y las principales ciudades del país.

Diagnóstico interno

5.1 Reseña histórica

Inició en 1618 como un albergue para enfermos cerca del Río Molino, y en 1631 se documenta la provisión de un médico, cirujano y botica para el lugar. Sin embargo, su fundación formal como hospital, con una organización estructurada y prestación de servicios de salud, ocurrió en 1711 gracias a la iniciativa de los religiosos Bethlemitas, quienes, con el apoyo del gobernador y la comunidad local, transformaron el lugar en un verdadero hospital. En 1740, se concluyó la adecuación de las antiguas instalaciones del Hospital y con el fin de perfeccionar su fundación llegaron a Popayán siete Frailes Bethlemitas, entre ellos médicos notables, aunque en 1819, los frailes abandonaron la ciudad debido a las contiendas independentistas.

Durante el siglo XIX, el hospital atravesó períodos caóticos producto de las contiendas y la ocupación militar de sus instalaciones, asimismo, por el terremoto de 1827 que generó su reestructuración. En 1847, se reorganizó como "Hospital de Caridad" bajo control civil.

Después de estar cerrado entre 1855 y 1866 por reparaciones, se agregaron nuevas instalaciones, como un anfiteatro y salones para clases de medicina. A finales del siglo, el hospital fue escenario de disputas por su administración entre la Asamblea Departamental y las autoridades municipales, pero en 1904, volvió a estar bajo control municipal y fue renombrado como el Hospital San José y lo dedicaron a la atención de enfermos pobres, con posibilidad de atención para enfermos que sufragaran sus gastos de atención.

En 1937, con motivo del IV centenario de la fundación de la ciudad, se dispuso mediante la ley 84 del mismo año, la construcción de un nuevo hospital, llamado "IV Centenario", que se inauguró en 1951 en su ubicación actual. A pesar de las dificultades económicas iniciales, el hospital creció, alcanzando 316 camas en 1958. Sin embargo, se enfrentó a constantes problemas financieros debido a la reducción del auxilio de la Lotería por parte de la Gobernación del Cauca.

En la década de 1960, el hospital fue formalmente reconocido como Hospital Universitario, en colaboración con la Universidad del Cauca, y se realizaron reformas para reforzar su carácter de centro de enseñanza y formación médica. El Hospital Universitario San José quedó formalmente adscrito al Sistema Nacional de Salud, según los decretos 056 y 356 de 1975 y en 1979 se lo nombró Sede de la Unidad Regional Central, de conformidad con la organización fijada por el Servicio Seccional de Salud, previa aprobación del Ministerio de Salud. Durante los años 80 y 90, el hospital experimentó una crisis financiera aguda, exacerbada por la reducción de fondos estatales y la implementación de la Ley 100 de 1993. En respuesta, se realizaron ajustes laborales y se intentó modernizar la institución, el HUSJ decidió modificar la forma de vinculación de los profesionales especializados, haciendo que ellos renunciaran a sus cargos como empleados del hospital y pasaran a ser contratistas a través de sus cooperativas. Se inició así el pago de honorarios mediante la figura de la productividad. Esta forma de contratación elevó el costo de la prestación de servicios, el cual no fue compensado con la venta de los mismos.

En 1995 el hospital se convirtió en Empresa Social del Estado, sin modificar los déficits presupuestales y sus costos laborales. Se inició una época de recomposición del equipo técnico, se compró tecnología de punta con la figura de Leasing, pactado en dólares. El Hospital comenzó un proceso de endeudamiento

financiero, para el que no estaba preparado. A comienzos del siglo XXI, el hospital continuó con reformas para superar su crisis, incluyendo la aplicación de la ley 550 para manejar sus pasivos. Aunque aún enfrenta dificultades, ha mostrado mejoras en la prestación de servicios y en la estabilidad económica, reflejadas en el pago oportuno a trabajadores y proveedores, así como en la calidad de atención a los usuarios

5.2 Capacidad de instalada

El Hospital Universitario San José de Popayán dispone de una capacidad instalada específica para ofrecer servicios complementarios en salud, tanto de mediana como de alta complejidad, los cuales se referencian a continuación:

Tabla 3: Capacidad Instalada HUSJ

CAPACIDAD	NOMBRE	HABILITADA REPS	TOTAL	TOTAL
CAMAS INTERNACION PEDIATRIA	Pediatría	23	23	23
CAMAS INTERNACION ADULTOS	Estancia Médico Quirúrgicas	22	22	215
	Estancia Médico Quirúrgicas 2	23	23	
	Quirúrgicas	48	48	
	Traumatología	23	23	
	Medicina Interna	40	40	
	Médico Quirúrgicas 3	11	11	

CAPACIDAD	NOMBRE	HABILITADA REPS	TOTAL	TOTAL
	Médico Quirúrgicas 4	21	21	
	Ginecología	27	27	
CAMILLAS	Atención al parto	8	8	4 trabajo de parto, 4 puerperio
CAMAS	TPR	1	1	
CAMAS	Cuidado, Intermedio Neonatal	15	15	
CAMAS	Cuidado Intensivo Neonatal	15	15	
CAMAS	Cuidado básico neonatal	5	5	
CAMAS	Cuidado Intermedio Pediátrico	9	9	
CAMAS	Cuidado Intensivo Pediátrico	11	11	
CAMAS	Cuidado Intermedio Adulto	49	49	Atención 3 camas de quemados
CAMAS	Cuidado Intensivo Adulto	46	46	

CAPACIDAD	NOMBRE	HABILITADA REPS	TOTAL	TOTAL
CAMAS	Cuidado Agudo Mental en Unidad Mental	5	5	
CAMAS	Unidad Mental	19	19	
TOTAL		421	421	421
SALAS	Quirófano	9	9	
SALAS	Partos	1	1	
SALAS	Procedimientos	3	3	
SILLAS	Sillas de Quimioterapia	6	6	
SILLAS	Sillas de Hemodiálisis	4	4	
CAMILLAS	URGENCIAS ADULTOS HOMBRES	37	37	
CAMILLAS	URGENCIAS ADULTOS MUJERES	39	39	
CAMILLAS	URGENCIAS GINECOLOGIA	5	5	
CAMILLAS	URGENCIAS PEDIATRIA	12	12	(3 Camillas de emergencia s)

UCI ADULTOS	
UCI 1 AD	15
UCI 2 AD	14
UCI 3 (3er piso rotonda)	17
TOTAL ADULTOS UCI	46
UCINT ADULTOS	
UCINT 1 (3er piso- pasillo)	25
UCINT 2 (4to piso)	24
TOTAL	49
UCI PEDIÁTRICOS	
UCIP (1er piso)	6
UCIP (4to piso)	5
TOTAL	11
UCINT PEDIÁTRICOS	
UCINTP (1er piso)	2

UCINT P (2do piso quemados)	6
UCINT P (4to piso)	1
TOTAL	9
RECUPERACION DE CIRUGIA	
Camillas de transporte	23
Sillas	6
TOTAL	29
NEONATOS	
UCI	15
UCINT	15
CUIDADO BASICO NEONATAL	5
TOTAL	30
URGENCIA	
CAMILLAS HOMBRES	37
CAMILLAS MUJERES	39

SILLAS	31
TOTAL	107

5.3 Portafolio de servicios

Con el ánimo de garantizar la atención oportuna a las necesidades de los usuarios y en busca de alcanzar altos estándares de calidad con la capacidad instalada descrita anteriormente, el Hospital Universitario San José de Popayán, comprometido con su naturaleza social, cuenta con los siguientes servicios habilitados:

Tabla 4: Relación de servicios habilitados.

Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Servicios	Código servicio	Cantida d	Total
	DIAGNÓSTICO VASCULAR	742	1	
	DIÁLISIS PERITONEAL	734	1	
	FISIOTERAPIA	739	1	
	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	740	1	
	GESTIÓN PRE-TRANSFUSIONAL	746	1	
	HEMODIÁLISIS	733	1	
	HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO	743	1	

	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES -	744	1	16
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES - NO	745	1	
	LABORATORIO CLÍNICO	706	1	
	PATOLOGÍA	747	1	
	QUIMIOTERAPIA	709	1	
	SERVICIO FARMACÉUTICO	714	1	
	TERAPIA OCUPACIONAL	728	1	
	TERAPIA RESPIRATORIA	729	1	
	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	712	1	
Atención Inmediata	ATENCIÓN DEL PARTO	1101	1	2
	URGENCIAS	1102	1	
	ANESTESIA	301	1	
	CARDIOLOGÍA	302	1	
	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	364	1	

Consulta Externa	CIRUGÍA DE MANO	363	1	43
	CIRUGÍA DE TÓRAX	366	1	
	CIRUGÍA GENERAL	304	1	
	CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA	368	1	
	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	411	1	
	CIRUGÍA ONCOLÓGICA	373	1	
	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	306	1	
	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	369	1	
	CIRUGÍA VASCULAR	372	1	
	COLOPROCTOLOGÍA	377	1	
	DERMATOLOGÍA	308	1	
	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	309	1	
	ENDOCRINOLOGÍA	310	1	
	GASTROENTEROLOGÍA	316	1	
	GENÉTICA	317	1	

	GINECOBSTETRICIA	320	1	
	HEMATOLOGÍA	321	1	
	INFECTOLOGÍA	323	1	
	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	327	1	
	MEDICINA INTERNA	329	1	
	NEFROLOGÍA	330	1	

	NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	384	1	
	NEUMOLOGÍA	331	1	
	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	386	1	
	NEUROCIRUGÍA	387	1	
	NEUROLOGÍA	332	1	
	NEUROPEDIATRÍA	388	1	
	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	333	1	
	OFTALMOLOGÍA	335	1	
	ONCOLOGÍA CLÍNICA	336	1	

	ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	391	1	
	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	339	1	
	OTORRINOLARINGOLOGÍA	340	1	
	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	356	1	
	PEDIATRÍA	342	1	
	PSICOLOGÍA	344	1	
	PSIQUIATRÍA	345	1	
	REUMATOLOGÍA	348	1	
	UROLOGÍA	355	1	
	VACUNACIÓN	420	1	
Internación	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	120	1	10
	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	110	1	
	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	108	1	
	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	109	1	
	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	107	1	

	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	105	1	
	CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	106	1	
	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	129	1	
	HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL	131	1	
	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	130	1	
Quirúrgicos	CIRUGÍA DE LA MANO	231	1	16
	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	232	1	
	CIRUGÍA DE TÓRAX	234	1	
	CIRUGÍA GENERAL	203	1	
	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	204	1	
	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	205	1	
	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	208	1	
	CIRUGÍA ONCOLÓGICA	210	1	
	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	207	1	

	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	209	1	
	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	212	1	
	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	213	1	
	CIRUGÍA UROLÓGICA	215	1	
	CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA	214	1	
	NEUROCIRUGÍA	245	1	
	OTRAS CIRUGÍAS	217	1	
TOTAL GENERAL			87	

Fuente: Reporte REPS julio de 2024

Los servicios habilitados a julio del 2024 en el Hospital Universitario San José de Popayán, están registrados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios (REPS) y han sido verificados y validados por la oficina de Calidad de la Secretaría de Salud Departamental del Cauca.

Tabla 5: Total Servicios Habilitados

TOTAL SERVICIOS HABILITADOS 2023	
REPORTES REPS SERVICIOS	CANTIDAD
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	16
Atención Inmediata	2
Consulta Externa	43
Internación	10
Quirúrgicos	16
TOTAL INSTITUCIONAL	87

Fuente: Reporte REPS julio de 2024

Tabla 6: Servicios habilitados pendientes de certificación

SERVICIOS HABILITADOS PENDIENTES DE CERTIFICACIÓN 2024			
GRUPO DEL SERVICIO	CODIGO	NOMBRE DE SERVICIO	ESPECIFICIDAD- OTRAS ESPECIALIDADES
Internación	129	HOSPITALIZACION ADULTOS	
Internación	130	HOSPITALIZACION PEDIATRIA	
Quirurgicos	210	CIRUGIA ONCOLOGICA	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS AMBULATORIOS
Consulta Externa	317	GENETICA	
Consulta Externa	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	NEUROPSICOLOGIA CIRUGIA ONCOLOGICA
Apoyo Diagnostico y Complementacion Terapeutica	709	QUIMIOTERAPIA	
Apoyo Diagnostico y Complementacion Terapeutica	714	SERVICIO FARMACEUTICO	
Atencion inmediata	1101	ATENCION DEL PARTO	

Dentro del grupo del servicio de consulta externa en el ítem de **356-OTRAS DE CONSULTA ESPECIALIDADES**, se encuentra incluidas las siguientes especialidades:

- NEUROPSICOLOGÍA
- INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA
- CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA
- GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
- NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
- MASTOLOGÍA

Tabla 7: Especificidades de los Servicios en la Sede

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE			
GRUPO DEL SERVICIO	CÓDIGO	NOMBRE DEL SERVICIO	ESPECIFICIDAD
QUIRÚRGICOS	210	CIRUGIA ONCOLÓGICA	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AMBULATORIOS

QUIRÚRGICOS	215	CIRUGIA UROLOGICA	TRASPLANTE RENAL
QUIRÚRGICOS	217	OTRAS CIRUGÍAS	ATENCION ONCOLÓGICO PACIENTE (CX MAXILOFACIAL ONCOLÓGICA ESTÁ INCLUIDO)
QUIRÚRGICOS	232	CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	ATENCION ONCOLÓGICO PACIENTE
CONSULTA EXTERNA	309	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	ATENCION ONCOLÓGICO PACIENTE
CONSULTA EXTERNA	356	OTRAS ESPECIALIDADES	ATENCION ONCOLÓGICO PACIENTE (CX MAXILOFACIAL ONCOLÓGICA ESTÁ INCLUIDO)
CONSULTA EXTERNA	364	CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	ATENCION ONCOLÓGICO PACIENTE

Para el primer semestre del 2024 se realizaron las siguientes solicitudes ante la Secretaría Departamental para la apertura de los servicios de atención.

Tabla 8: Apertura de servicios solicitada

No.	SERVICIO	ESTADO
1	Infectología pediátrica	Autorizado el trámite para la apertura del servicio.

2	Psicología	Autorizado el trámite para la apertura del servicio.
3	Hematología oncológica pediatra	Autorizado el trámite para la apertura del servicio.
4	Neumología	Autorizado el trámite para la apertura del servicio.
5	Psicología (modalidad extramural)	Autorizado el trámite para la apertura del servicio.
6	Nutrición y dietética (modalidad extramural)	Autorizado el trámite para la apertura del servicio.

- Direccionamiento frente a la formulación de auditorías. Definir equipo para dar ejecución de auditorías en sitio respecto a los estándares de Habilitación 3100 de 2019.
- Definir los responsables del estándar de infraestructura, dotación, insumos médicos y dispositivos médicos, historia clínica y registros e interdependencia.
- Definir el grupo de trabajo para auditorías internas de calidad, los cuales incluyen servicios asistenciales, servicios de apoyo y complementación terapéutica, carros de paro y prestadores externos.
- Definir el enfoque de auditorías internas de calidad.
- Deficiencia en la actualización documental de GUÍAS, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS.
- Deficiencia en la socialización, medición y adherencias de GUÍAS, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS a nivel institucional.
- Mejorar la consolidación de las socializaciones y adherencias ejecutadas a nivel institucional.

5.4 Producción de los servicios

Tabla 9: Producción HUSJ

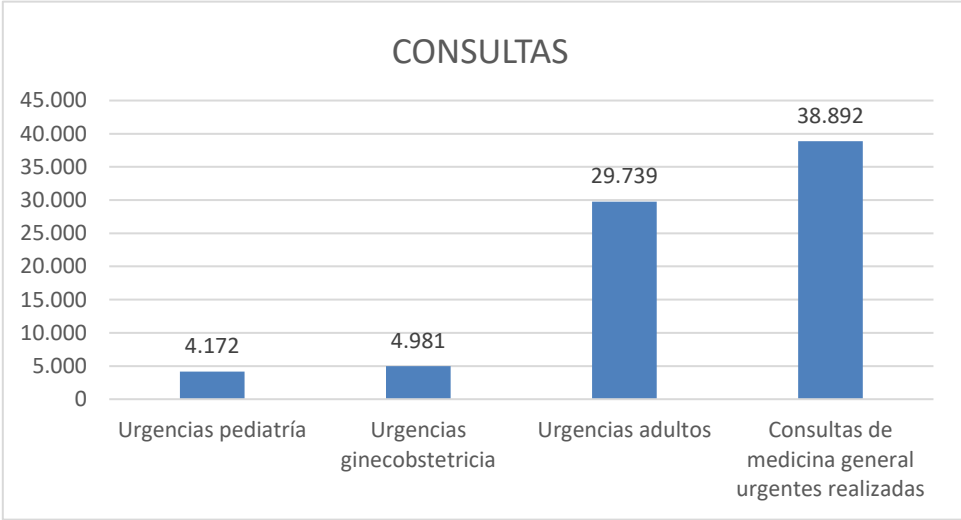
PRODUCCIÓN	TOTAL 2021	TOTAL 2022	TOTAL 2023
Dosis de biológico aplicadas	11576	3855	3131
Consultas de medicina general urgentes realizadas	28258	36623	38892
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	52116	68263	69408
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	81562	89528	87240
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo	9184	9510	8785
Partos vaginales	558	640	932
Partos por cesárea	621	709	742
Total de egresos	21639	27251	27294
Pacientes en Observación	10447	14806	17347
Pacientes en Cuidados Intermedios	4368	5301	4438
Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	2834	3579	2810
Total de días estancia de los egresos	144544	177541	191576

Días estancia Cuidados Intermedios	19151	23603	24772
Días estancia Cuidados Intensivos	19897	20824	20891
Total de días cama ocupados	122328	129273	166338
Total de días cama disponibles	149254	146572	154243
Total de cirugías realizadas	40862	54682	69901
Exámenes de laboratorio	868308	953914	955865
Número de imágenes diagnósticas tomadas	118473	136306	145428
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	208000	208560	193104
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	47476	59107	68624
Número de sesiones de otras terapias	24919	31890	38949

La tabla de producción del hospital revela tendencias claves en el periodo de 2021 al 2023. Es importante resaltar que la reducción en las dosis de biológicos aplicadas, observada entre los años objeto de análisis, está asociada con la pandemia de COVID-19 y el proceso de vacunación. Asimismo, el total de egresos hospitalarios aumentó, manteniéndose estable entre 2022 y 2023. Sin embargo, el total de días de estancia de los egresos y de días cama ocupados muestra un incremento significativo, lo que sugiere una mayor demanda en la prestación del servicio.

Es importante resaltar también un incremento en pacientes en observación, mientras que los pacientes en cuidados intermedios e intensivos mostraron una tendencia fluctuante, con una disminución en cuidados intermedios y una ligera variación en cuidados intensivos en 2023.

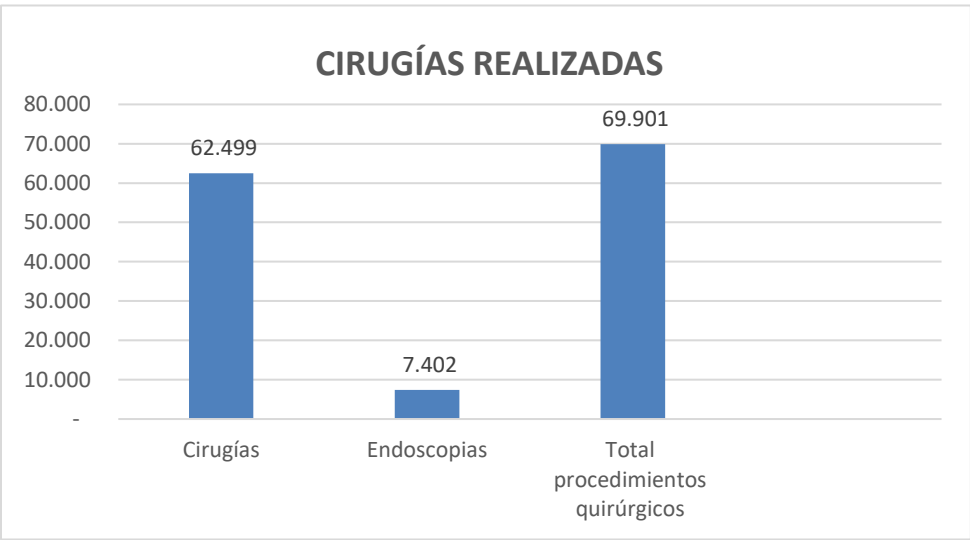
Gráfico 12: Consultas 2023



Fuente: Construcción propia con datos de Estadística

Consultas Médicas: Las consultas de medicina general urgentes aumentaron consistentemente, de 28,258 en 2021 a 38,892 en 2023. Las consultas de medicina especializada, tanto electivas como urgentes, también muestran un incremento, aunque en menor medida en 2023 para las urgentes (una leve disminución de 2,288 consultas).

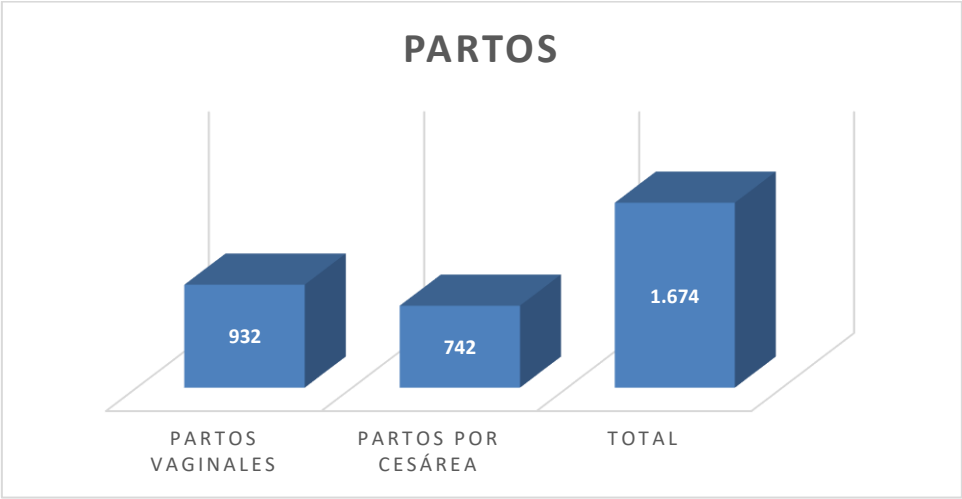
Gráfico 13: Cirugías realizadas en el 2023



Fuente: Construcción propia con datos de Estadística

Cirugías realizadas: Las cirugías realizadas también muestran un notable incremento, de 40,862 en 2021 a 69,901 en 2023, lo cual indica un aumento en la capacidad y demanda de servicios quirúrgicos.

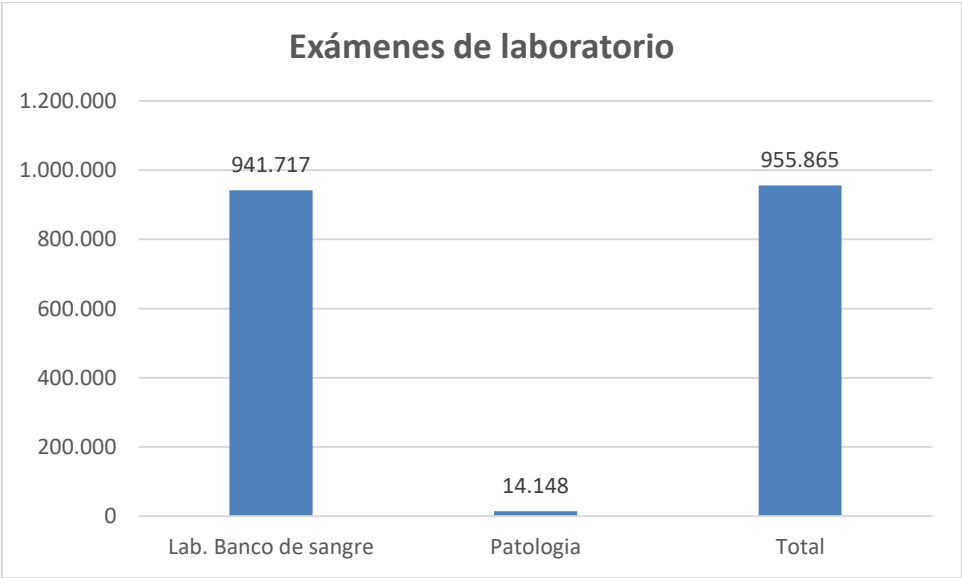
Gráfico 14: Partos atendidos en el 2023



Fuente: Construcción propia con datos de Estadística

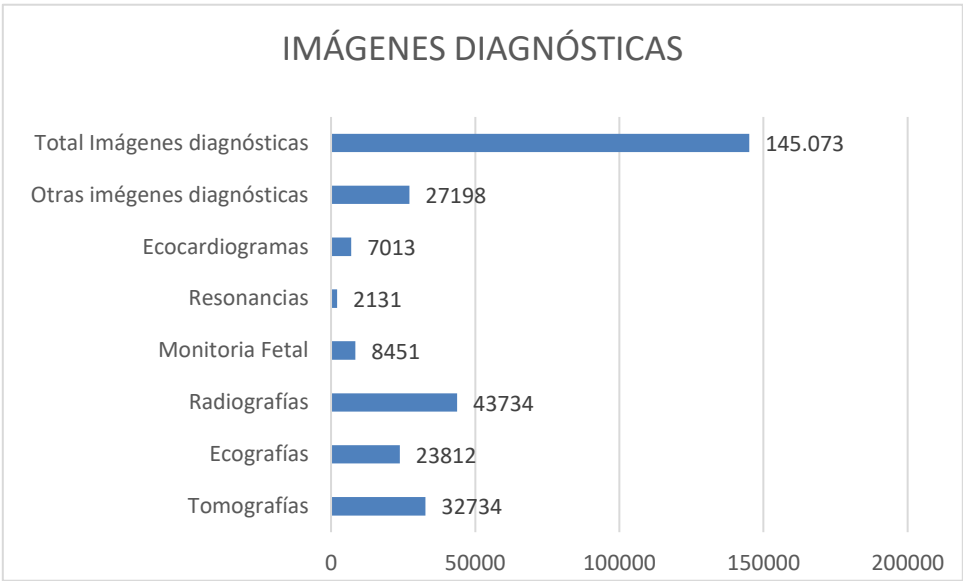
Partos: Los partos vaginales y por cesárea han mostrado un aumento, particularmente los partos vaginales, que casi se duplicaron de 2021 a 2023. La gráfica anterior permite discriminar la totalidad de los partos durante el último año.

Gráfico 15: Exámenes realizados en el 2023



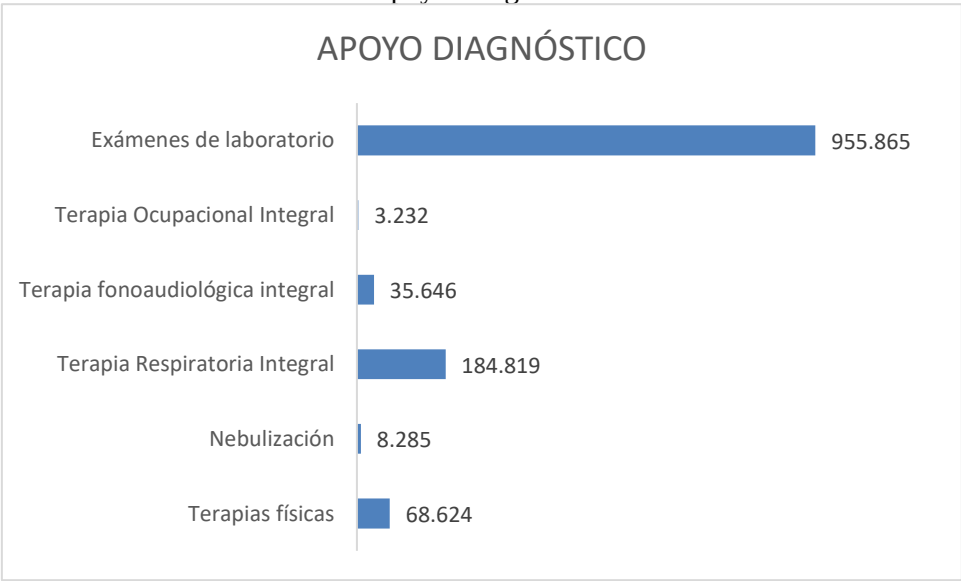
Fuente: Construcción propia con datos de Estadística

Gráfico 16: Imágenes en el 2023



Fuente: Construcción propia con datos de Estadística

Gráfico 17: Apoyos diagnósticos en el 2023



Fuente: Construcción propia con datos de Estadística

Servicios Diagnósticos y Terapéuticos: El número de exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas tomadas aumentó, lo que refleja una mayor utilización de estos servicios. Las sesiones de terapias físicas y otras terapias también incrementaron, señalando una mayor demanda de servicios de rehabilitación y cuidados complementarios. En general, la tabla refleja un aumento en la mayoría de los indicadores de producción, lo que podría ser indicativo de un aumento en la demanda de servicios hospitalarios y una expansión de la capacidad del hospital.

5.5 Calidad en el servicio de salud desde aseguramiento de la calidad para el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

El Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., enfrenta una serie de barreras que afectan la calidad de los servicios de salud proporcionados a los usuarios. Estas barreras están relacionadas con los atributos fundamentales de calidad definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS), tales como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia ha sido frecuentemente interpretado como un conjunto de herramientas y metodologías que se deben aprender y aplicar de manera mecánica, sin un profundo entendimiento de los fundamentos conceptuales subyacentes. Esta perspectiva ha llevado a que el uso de estos instrumentos se sobreponga a la comprensión de los conceptos fundamentales que los sustentan. El enfoque en la aplicación técnica de las herramientas, en detrimento del entendimiento conceptual, ha sido una preocupación persistente.

Es crucial reconocer que el SOGC no es simplemente una colección de herramientas y métodos arbitrarios, sino que está basado en un análisis y desarrollo conceptual riguroso. Aunque las herramientas y métodos del SOGC han demostrado ser valiosos para el control y seguimiento de la calidad en salud por parte de diversas entidades, incluida la Secretaría de Salud y el Ministerio de la Protección Social, es esencial no perder de vista los fundamentos conceptuales que dieron origen a estas herramientas. Estos fundamentos conceptuales no son de autoría de los diseñadores de las herramientas, sino que provienen de teorías y prácticas que han sido discutidas y desarrolladas durante décadas en el campo de la calidad en salud. La comprensión de estos conceptos es fundamental para apreciar el valor y la lógica detrás de las herramientas del SOGC, evitando la impresión de que el sistema es una mera colección de prácticas sin una base conceptual sólida.

A lo largo del desarrollo del SOGC, se han producido numerosos informes que detallan los elementos conceptuales sobre los cuales se basan las metodologías y herramientas del sistema. Sin embargo, debido al volumen y la dispersión de estos documentos, no siempre es fácil encontrar una fuente que sintetice de manera clara y accesible el marco conceptual completo. El objetivo del presente libro es rescatar y consolidar estos elementos conceptuales básicos que fueron debatidos por profesionales y equipos de trabajo en contextos nacionales e internacionales. Este esfuerzo busca proporcionar una visión integral del SOGC, destacando la importancia de entender los conceptos fundamentales que respaldan las herramientas y metodologías utilizadas en el sistema.

El presente análisis aborda dichas barreras y propone una comprensión integral para mejorar la prestación de servicios en el Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E.

Accesibilidad

La accesibilidad es el primer atributo crítico, que se refiere a la capacidad de los usuarios para acceder a los servicios de salud garantizados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En el Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., se identifican barreras socioeconómicas, geográficas y administrativas que limitan esta accesibilidad.

1. **Barreras Socioeconómicas:** Los usuarios enfrentan dificultades relacionadas con la capacidad financiera. Una cantidad significativa de usuarios provienen de las zonas rurales del sur occidente colombiano, la mayoría son usuarios de bajos recursos afiliados al SGSSS subsidiado, y enfrentan mayores dificultades económicas para acceder a atención médica (Uribe et al., 2023; Hernández et al., 2023). Los gastos adicionales asociados al sostenimiento, transporte, alimentación, diagnóstico y tratamiento, afectan negativamente el estado de salud de los pacientes y sus familiares.
2. **Barreras Geográficas:** La distancia entre la residencia de los pacientes y el hospital afecta la atención y prestación de los servicios de salud. Los desplazamientos prolongados para obtener citas médicas o tratamientos especializados pueden causar demoras significativas en la atención, impactando la eficacia de los servicios (González et al., 2023).
3. **Barreras Administrativas:** Las deficiencias en la comunicación entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) generan dificultades en el acceso. La falta de contratos entre EPS e IPS y los requerimientos legales complican el proceso de admisión, lo que puede llevar a demoras en la atención y una experiencia frustrante para los usuarios y sus familiares (Uribe et al., 2023).

Oportunidad

La oportunidad en los servicios de salud se refiere a la capacidad de brindar atención médica en el momento adecuado, sin demoras que afecten la salud de los usuarios. En el Hospital Universitario San José, se identificaron barreras administrativas que afectan esta oportunidad.

Barreras Administrativas: La dificultad para obtener citas médicas debido a la falta de respuesta a solicitudes o la insuficiencia en la disponibilidad de turnos afecta negativamente la oportunidad de atención (Hernández et al., 2023). Los tiempos de espera prolongados, especialmente durante períodos festivos o en horarios no convencionales, aumentan el riesgo de deterioro en la salud de los pacientes. Algunos procesos administrativos para obtener autorizaciones para procedimientos médicos contribuyen a una atención tardía (González et al., 2023).

Seguridad

La seguridad del paciente busca minimizar el riesgo de eventos adversos durante la atención médica. En el Hospital Universitario San José, las barreras administrativas también afectan este atributo.

Barreras Administrativas: Las dificultades en la actualización y seguimiento de guías y protocolos pueden incrementar el riesgo de complicaciones. La falta de comprensión de las instrucciones médicas por parte del personal asistencial puede llevar a una mayor probabilidad de eventos adversos (González et al., 2023). La capacitación del personal y la mejora en la comunicación son esenciales para garantizar la seguridad del paciente y reducir los riesgos asociados con la atención médica.

Pertinencia

La pertinencia se asegura cuando los servicios proporcionados son adecuados, seguros y basados en evidencia científica. Las barreras administrativas también impactan este atributo en el hospital.

Barreras Administrativas: Los errores de comunicación entre el personal médico, así como la prisa en la atención, afectan la percepción de calidad de los servicios. La falta de atención detallada y la omisión en la realización de exámenes necesarios pueden llevar a una atención inadecuada, insatisfacción o complicaciones médicas en los usuarios (Uribe et al., 2023).

Continuidad

La continuidad en la atención médica se refiere a la prestación de servicios de manera secuencial y lógica, basada en evidencia científica. En el Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., las barreras económicas, administrativas y geográficas afectan la continuidad de los servicios.

1. **Barreras Económicas:** Las dificultades financieras expresadas anteriormente pueden llevar al abandono de tratamientos. Los costos asociados al transporte, hospedaje y alimentación para acceder a los servicios de salud afectan la capacidad de los familiares y pacientes para continuar con su tratamiento. (Hernández et al., 2023).
2. **Barreras Administrativas:** Los trámites excesivos para la aprobación de procedimientos y medicamentos, así como la remisión a otros especialistas, pueden provocar demoras significativas. La alta rotación de profesionales y los largos tiempos de espera en los servicios también contribuyen a la falta de continuidad en la atención (González et al., 2023).
3. **Barreras Geográficas:** Los pacientes que viven en áreas rurales o alejadas enfrentan desafíos adicionales relacionados con el acceso a medicamentos y la necesidad de desplazamientos frecuentes. Estas barreras geográficas pueden llevar al desistimiento de tratamientos y afectar la continuidad de la atención (Uribe et al., 2023).

Para mejorar la calidad de los servicios en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. de Popayán, es fundamental abordar las barreras identificadas en los atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Se recomienda:

1. **Mejorar la comunicación y coordinación entre EPS e IPS** para reducir las barreras administrativas y facilitar el acceso a los servicios.
2. **Mejorar el tamizaje para el apoyo de necesidades** para pacientes de bajos recursos, que permitan mitigar las barreras económicas.
3. **Optimizar la gestión de urgencias y la disponibilidad de citas** para mejorar la oportunidad y continuidad de la atención.
4. **Fortalecer la capacitación del personal en comunicación efectiva** para garantizar la seguridad y pertinencia de la atención médica.
5. **Fortalecer el modelo de gobierno clínico y de los datos** para asegurar la atención asistencial y administrativa de los procesos, articulando y estandarizando la documentación y la data en los servicios que permitan robustecer la gestión del riesgo para la obtención de mejores resultados en salud.

Para fortalecer la implementación efectiva y mejora continua contextualizada en la calidad de la prestación de servicios de salud del SGSSS en Colombia, es vital que el personal asistencial, administrativo, directivo y gerencial del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., no solo se enfoquen en el manejo técnico de las herramientas del SOGC, sino que también se sensibilicen y comprendan los fundamentos conceptuales que sustentan estas herramientas. Este entendimiento integral permite una aplicación más efectiva y contextualizada de la prestación de los servicios de salud con un enfoque de calidad, buscando que la institución no solo funcione correctamente en la práctica, sino que también se base en principios sólidos y bien fundamentados que brinden una experiencia significativa a los usuarios y su familia.

Política de seguridad del paciente

En el ámbito de la salud, la calidad es un atributo esencial que requiere la integración de varios componentes clave para asegurar que el proceso de la prestación de servicios en salud sea efectivo, seguro, eficiente, equitativo, oportuno y centrado en el paciente, por tanto, va más allá del mejoramiento los resultados de salud, pues a su vez contribuye a la satisfacción del paciente y a la sostenibilidad de las instituciones prestadores de servicios en salud.

Desde el año 2015, el hospital dispone de una política de seguridad del paciente donde se implementan los lineamientos como Gestión del riesgo clínico, Identificación correcta de los pacientes, Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes, Mejorar la seguridad en los medicamentos de alto riesgo, Garantizar la cirugía segura, Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud, Reducir el riesgo de daño al paciente causado por caídas, Prevenir la aparición de zonas de presión, Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes a la transfusión sanguínea y Garantizar la atención segura del binomio madre e hijo. En 2019 se realiza una actualización a la política, para redefinir el lineamiento relacionado con los medicamentos de alto riesgo e involucrar el uso seguro de todos los medicamentos.

En el año 2019, se diseña el programa de seguridad del paciente en forma de casa, teniendo como objetivo principal la garantía de la seguridad en todos los procesos asistenciales, promoviendo la transformación cultural.

En el año 2023 se hace necesario la actualización de la política y del programa, deseando el objetivo mundial de cero eventos centinela adoptando todos los paquetes instruccionales existentes en la política nacional de seguridad del paciente.

Desarrollo del programa de seguridad del paciente

La estructura del programa de seguridad del paciente tiene forma de una CASA: en ella se ilustran los componentes del programa de seguridad del paciente en los cimientos, columnas, muros, viga de amarre y un techo que cubre toda la estructura. La construcción de la misma se empieza desde la base o los cimientos hasta llegar al techo que es el objetivo general del programa de alcanzar la transformación cultural con actitudes, comportamientos, costumbres de trabajo en equipo, compromiso y liderazgo en seguridad del paciente.

Gráfico 18: Estructura del Programa de Seguridad del Paciente



Fuente: Proceso de Calidad HUSJ

Un enfoque integral de la calidad es fundamental para el desarrollo de sistemas de salud que respondan adecuadamente a las necesidades de la población. Una de las metodologías que ha ganado relevancia en la última década es la del "paciente trazador". Este método se utiliza para evaluar de manera detallada y exhaustiva los procesos de atención, identificando áreas de mejora y garantizando que las prácticas clínicas se alineen con los estándares establecidos.

El término "paciente trazador" hace referencia a la selección de un paciente específico, cuyo recorrido a través de las atenciones generadas en una institución prestadora de servicios de salud, se analiza en detalle. Este paciente, elegido porque su condición o tratamiento es representativo de los servicios que ofrece la institución, permite a los auditores o evaluadores examinar cómo se gestionan los diferentes aspectos de su atención, desde la admisión hasta el alta, incluyendo intervenciones médicas, cuidados de enfermería y coordinación entre diferentes servicios como se relaciona a continuación:

Tabla 10: Porcentaje de Cumplimiento, Paciente trazador

ITEMS DE PACAS EVALUADOS: SEGURIDAD-HUMANIZACIÓN Y AREPEES-R	% CUMPLIMIENTO Trimestral Año 2021-2022-2023														
	Año 2021				Total anual 2021	Año 2022				Total Anual 2022	Año 2023				Total anual 2023
	I trim.	II trim.	III trim.	IV trim.		I trim.	II trim.	III trim.	IV trim.		I trim.	II trim.	III trim.	IV trim.	
	URG	INT	CE	UCIS		URG	INT	CE	UCIS		URG	INT	UCIS	CE	
Humanización	N	64	73	63	67	50	72	81	58	66	17	65	33	73	47
Seguridad del paciente	O	77	77	54	69	62	23	31	54	54	31	18	55	77	45
Acceso	S	17	29	83	43	57	17	33	50	41	0	86	80	29	49
Registro clínico de ingreso	E	53	72	83	69	60	55	38	55	59	67	52	52	75	62
Evaluación de necesidades	R	11	11	44	22	NA	50	0	44	27	0	44	0	11	47
Planeación cuidado y Tto	E	57	50	83	63	86	71	0	71	60	80	86	83	50	74
Ejecución de la planeación	A	83	13	87	61	53	89	43	27	56	100	94	50	13	64
Conciliación Medicament	L	0	0	67	22	43	40	0	0	21	0	29	20	0	12
Traslado entre servicios	I	73	100	100	91	62	55	80	69	77	89	69	67	100	81
Salida y Seguimiento	Z	25	25	63	38	NA	NA	22	43	36	75	67	33	25	50
Metas de seguridad	O	67	79	69	72	51	58	56	45	64	66	68	70	79	71
GRAN TOTAL		58	58	58	58	58	58	36	47	51	48	56	49	58	53

Fuente: Proceso de Calidad

El objetivo principal del método del paciente trazador es identificar fortalezas y debilidades en los procesos de atención. Al centrar el análisis en un caso concreto, se pueden obtener valiosas lecciones que pueden ser aplicadas de manera general en la organización, lo que facilita la mejora continua de la calidad.

La metodología del paciente trazador se basa en la observación directa, entrevistas y revisión de documentación clínica. Los evaluadores acompañan al paciente a lo largo de su trayecto en el sistema de salud, tomando nota de cómo se aplican los protocolos, cómo interactúan los diferentes profesionales y cuál es el resultado final de la atención prestada. Este enfoque permite una evaluación integral que abarca tanto la perspectiva técnica como la humana de la atención sanitaria.

Además, la metodología del paciente trazador fomenta la participación activa de los equipos de salud. Los profesionales implicados en la atención del paciente seleccionado tienen la oportunidad de reflexionar sobre su práctica, identificar áreas de mejora y contribuir al desarrollo de estrategias que promuevan la calidad y la seguridad del paciente.

Plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad

El Hospital Universitario San José cuenta con el procedimiento de auditoría para mejorar la calidad de la atención en salud. Este procedimiento establece las actividades y responsabilidades para la creación, implementación y seguimiento del programa de auditoría enfocado en la mejora de la calidad asistencial. Su ámbito de aplicación abarca desde la autoevaluación para la acreditación hasta la elaboración del informe de cumplimiento del PAMEC.

Anualmente, se realiza una autoevaluación en la que se asignan los estándares a evaluar a distintos equipos de trabajo. Se facilitan las herramientas necesarias para la evaluación, se consolidan y analizan los resultados, y se priorizan las áreas de mejora que se incluirán en el programa de auditoría para su implementación.

Tabla 11: Seguimiento a cumplimiento de actividades de acreditación por grupo de estándares.

Grupo de estándares	Actividades planeadas año	Actividades cumplidas	En desarrollo	Actividades atrasadas	% de Cumplimiento año
Cliente asistencial	91	84	1	6	92,3%
Mejoramiento	8	7	1	0	87,5%
Gerencia de Talento humano	21	17	1	3	81,0%
Gerencia	16	14	1	1	87,5%
Direccionamiento	17	17	0	0	100,0%
Gerencia de la información	14	13	1	0	92,9%
Gestión de la Tecnología	9	7	1	1	77,8%
Ambiente Físico	19	18	1	0	94,7%
Total Pamec Institucional	195	177	7	11	90,8%

Fuente: Aseguramiento de la Calidad

Lo anterior es un análisis de cumplimiento de actividades planificadas para el año en diferentes grupos de estándares dentro del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC). Aquí se detalla el número de actividades planeadas, cumplidas, en desarrollo y atrasadas, junto con el porcentaje de cumplimiento para cada grupo. Este seguimiento permite generar acciones de mejora en cada uno de los grupos de estándares a evaluar con el objetivo común de alcanzar el 100% de las metas propuestas.

Gráfico 19: Porcentaje de cumplimiento PAMEC Institucional



Fuente: Proceso de Calidad

En general, el PAMEC Institucional tuvo 195 actividades planeadas, de las cuales 177 fueron cumplidas, 7 están en desarrollo y 11 están atrasadas, resultando en un porcentaje de cumplimiento del 84,92%.

5.6 Características demográficas de la población atendida

5.6.1 Población atendida y perfil epidemiológico

Tabla 12: Urgencias generales

CIE 10	Diagnóstico	F	M	Total
N390	Infección de vías urinarias - sitio no especificado	512	264	776
O800	Parto único espontáneo - presentación cefálica de vértice	559		559

K37X	Apendicitis- no especificada	248	255	503
K800	Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda	297	165	462
M545	Lumbago no especificado	215	219	434
T150	Cuerpo extraño en la córnea	41	382	423
N185	Enfermedad renal crónica, etapa 5	185	194	379
A099	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	206	166	372
F200	Esquizofrenia paranoide	104	211	315
S525	Fractura de la epífisis inferior del radio	148	145	293

Fuente: Proceso de Estadística

Según la información suministrada por el Proceso de Estadística, las primeras 10 causas de morbilidad de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de urgencias fueron la infección de vías urinarias, predominando en las mujeres con 512 casos, seguido de parto único espontáneo, con 559 casos, es importante aclarar que el parto es considerado fisiológicamente normal por lo tanto no se tomará en cuenta para la morbi mortalidad. En segundo lugar, se evidencian las apendicitis no especificadas, con un número homogéneo entre hombres y mujeres (255 y 248 casos respectivamente) y como tercera causa son los cálculos de la vesícula biliar con colecistitis aguda con un número de 297 para hombre y 165 para mujeres con un total de 462.

Tabla 13: Consulta Externa

CIE 10	Diagnóstico	F	M	Total
N40X	Hiperplasia de la próstata		1512	1512
M511	Trastorno de disco lumbar y otros- con radiculopatía	498	412	910

CIE 10	Diagnóstico	F	M	Total
E660	Obesidad debida a exceso de calorías	764	99	863
I839	Venas varicosas de los miembros inferiores sin ulcera ni inflamación	651	189	840
M545	Lumbago no especificado	505	311	816
I872	Insuficiencia venosa (crónica) (periférica)	582	161	743
K429	Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	357	300	657
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	356	247	603
K409	Hernia inguinal unilateral o no especificada- sin obstrucción ni gangrena	137	421	558
O800	Parto único espontáneo- presentación cefálica de vértice	500		500

Fuente: Proceso de Estadística

Las primeras causas de morbilidad entre los pacientes que fueron atendidos en el servicio de consulta externa fueron: Número uno Hiperplasia de próstata con 1512 casos, seguido de la segunda causa como el trastorno de disco lumbar y otros, con 910 casos, de los cuales 498 fueron en mujeres, en tercer lugar, se evidencian la obesidad debida a exceso de calorías, con 863 casos de los cuales 764 eran mujeres.

Tabla 14: Hospitalización

CIE 10	Diagnóstico	F	M	Total
O800	Parto único espontáneo- presentación cefálica de vértice	550		550

N390	Infección de vías urinarias - sitio no especificado	314	219	533
K800	Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda	288	140	428
K37X	Apendicitis - no especificada	196	207	403
P368	Sepsis del recién nacido debida a otras bacterias	157	175	332
N185	Enfermedad renal crónica, etapa 5	151	175	326
F200	Esquizofrenia paranoide	78	193	271
N40X	Hiperplasia de la próstata		267	267
J960	Insuficiencia respiratoria aguda	102	140	242
S525	Fractura de la epífisis inferior del radio	121	105	226

Fuente: Proceso de Estadística

Las primeras causas de morbilidad entre los pacientes que fueron atendidos en el servicio de hospitalización fueron el parto único espontáneo el cual se considera fisiológicamente normal y por lo tanto quedará como primera causa infección de vías urinarias, con 533 casos, de los cuales 314 fueron en mujeres. En segundo lugar, se evidencia el cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda, con 428 casos de los cuales 288 son mujeres.

5.6.2 Perfil Demográfico

Tabla 15: Usuarios por área de egreso, distribuidos por sexo 2023

Área de egreso	Sexo	Cantidad
Urgencias	Femenino	21.704

	Masculino	19.153
Hospitalización	Femenino	13.514
	Masculino	13.780
Consulta externa	Femenino	42.659
	Masculino	28.129

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS. Área estadística (2023)

Por urgencias en el 2023, egresaron 40.857 usuarios, 53% hombres y 47% mujeres. Por hospitalización egresaron 27.294 usuarios en 2023, 50% hombres y 50% mujeres. Consulta médica especializada recibieron 34.008 atenciones en 2023 60% mujeres y 40% hombres.

Tabla 16: Usuarios por área de egreso, distribuidos por grupo etario 2023

Área de egreso	Grupo etario	Cantidad
Urgencias	0 - 6 años	2.449
	7 - 14 años	1.895
	15 - 17 años	1.348
	18 - 26 años	6.411
	27 - 59 años	17.316

Área de egreso	Grupo etario	Cantidad
	60 y más años	11.438
Hospitalización	0 - 6 años	2.913
	7 - 14 años	1.158
	15 - 17 años	813
	18 - 26 años	3.685
	27 - 59 años	10.482
	60 y más años	8.243
Consulta externa	0 - 6 años	4.062
	6 a 14 años	3.212
	15 - 17 años	1.623
	18 - 26 años	6.019
	27 - 59 años	34.513
	60 y más años	21.359

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS. Área estadística (2023)

En urgencias el 40% de los usuarios que egresaron en el 2023 tenían entre 27 y 59 años. En hospitalización el 38% de los usuarios que egresaron en el 2023 tenían entre 27 y 59 años. En

consulta externa el 49% de los usuarios que consultaron en el primer semestre de 2023 tenían entre 27 y 59 años.

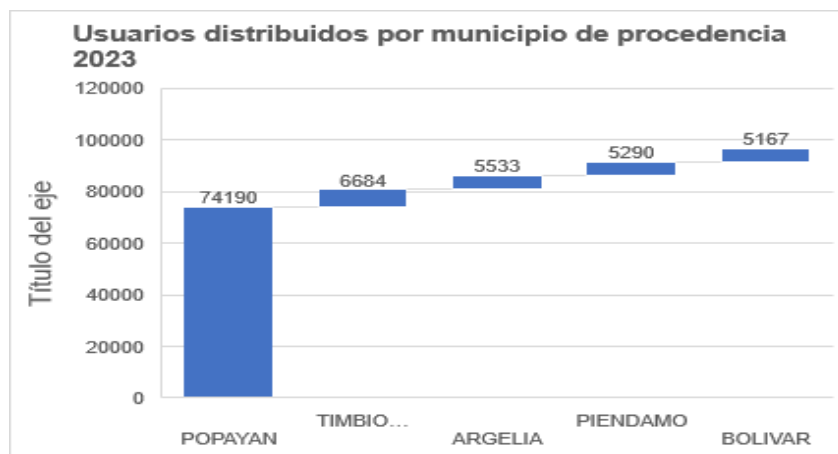
Tabla 17: Usuarios por área de egreso, distribuidos por régimen de afiliación, 2023

Área de egreso	Municipio	Cantidad	Porcentaje
Urgencias	CONTRIBUTIVO	11.237	27,5 %
	OTROS	5.724	14,0 %
	SUBSIDIADO	23.603	57,8 %
	VINCULADOS	293	0,7%
Hospitalización	CONTRIBUTIVO	6.132	22,5 %
	OTROS	3.278	12,0 %
	SUBSIDIADO	17.691	64,8 %
	VINCULADOS	193	0,7 %
Consulta externa	CONTRIBUTIVO	13.029	18,4 %
	OTROS	18.984	26,8 %
	SUBSIDIADO	38.735	54,7 %
	VINCULADOS	40	0,1 %

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS. Área estadística - 2023

El Hospital Universitario San José (HUSJ) ha mantenido un compromiso sólido con su objeto social, que se centra en proporcionar atención médica integral a la comunidad de Popayán y sus alrededores. La distribución de los pacientes por régimen en los diferentes servicios del hospital revela una predominancia significativa de usuarios del régimen subsidiado, lo que evidencia el rol crucial del HUSJ en brindar acceso a servicios de salud a poblaciones vulnerables. En el área de urgencias, por ejemplo, el 57% de los pacientes atendidos pertenecen al régimen subsidiado, mientras que en hospitalización y consulta externa estos porcentajes ascienden al 64% y 54%, respectivamente. Estos datos subrayan el impacto del HUSJ en garantizar el derecho a la salud para aquellos que más lo necesitan, cumpliendo así con su misión de ser un pilar fundamental en la red de salud pública de la región.

Gráfico 20: Usuarios por área de egreso, distribuidos por municipio de procedencia 2023



Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS. Área estadística -2023

En la gráfica se puede visualizar la población atendida durante la vigencia 2023 en conjunto, distribuida por los cinco primeros municipios con más atenciones, encabezada por Popayán (74.190).

5.7 Proceso de Docencia y Servicio

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. es una entidad pública de tercer nivel de atención que, desde hace más de 65 años, apoya los procesos de docencia en colaboración con diversas instituciones educativas con las que tiene convenios docente-asistenciales.

Siguiendo los principios y normas de los sistemas de calidad en salud y educación, el hospital se prepara diariamente mediante una constante articulación con las instituciones educativas involucradas en la relación docencia-servicio. Esto asegura la adherencia de estudiantes y docentes a los procesos, protocolos, controles y mecanismos necesarios para cumplir con los objetivos y normas establecidas en el Decreto 2376 de 2010, así como en los Decretos 2566 de 2003 y 1665 de 2002 del Ministerio de Educación. El objetivo es garantizar el respeto por los derechos de los usuarios, la calidad de los servicios y la seguridad del paciente, enmarcado dentro del direccionamiento estratégico de la organización y

alineado con el sistema único de habilitación y acreditación, con la firme convicción de ser un hospital universitario acreditado en salud.

Para lograrlo, el hospital cuenta con una dependencia fortalecida que lidera la relación docencia-servicio. Esta dependencia realiza una supervisión bilateral, establece esquemas de organización y control de los procedimientos, y supervisa la documentación, el ingreso de médicos residentes y médicos internos. Para ello, utiliza una herramienta tecnológica que coordina la documentación requerida por las instituciones para realizar prácticas en el escenario clínico, cumpliendo con los requisitos normativos y protocolos internos del hospital. Esto perfecciona la operación de las prácticas académicas y formaliza el vínculo, estableciendo como propósito la formación de talento humano en salud. Este proceso se basa en una planificación académica, administrativa e investigativa, teniendo en cuenta la capacidad instalada, el número de estudiantes por sitio ofertado, el número de docentes necesarios y los requerimientos institucionales, acordados y formalizados mediante actas, y cargados a la herramienta tecnológica, donde la atención al usuario es la prioridad.

Los procesos de docencia de la organización incluyen la verificación de la competencia de la planta académica que ingresa a través de los convenios docente-servicio. Esto implica evaluar la formación pedagógica y la experiencia en el área de los docentes, quienes son un recurso humano clave para la organización, asegurando un equipo de formación idóneo en las especialidades de práctica académica.

Desde la plataforma estratégica de la organización, se evidencia el compromiso en fortalecer los escenarios de prácticas de formación e investigación académica. Los objetivos estratégicos incluyen el fortalecimiento de los convenios docencia-servicio y la investigación científica, con políticas y normas internas que regulan estos procesos.

Se ha actualizado el procedimiento de supervisión y verificación de los requisitos de prácticas formativas en el documento 2022 PD 05, Plan de Desarrollo Docente APO-DS-PD13, Versión 0 del 30 de noviembre de 2017. Además, en el Plan de Desarrollo se establecieron cuatro políticas institucionales, entre las que destaca la Política de Investigación, Conocimiento e Innovación, orientada al desarrollo de procesos de investigación y al logro de la certificación como hospital universitario.

El Hospital Universitario San José de Popayán cuenta con once (11) convenios docente-asistenciales, que se relacionan a continuación. Actualmente la institución ha establecido convenios de docencia-servicio con las siguientes instituciones educativas:

Universidad del Cauca, Universidad Antonio Nariño, Universidad del Bosque, Fundación Universitaria María Cano, Fundación Universitaria del Área Andina, Universidad del Quindío, Fundación Forensis, Fundación Politécnico Latinoamericano del Norte, Escuela de Salud del Cauca – Esacauca, Cruz Roja Colombiana.

5.8 Aspectos administrativos y financieros

Durante el período comprendido entre marzo de 2020 y el 30 de junio de 2022, el Gobierno Nacional decretó una emergencia sanitaria debido a la pandemia de COVID-19. Este fue un período atípico para el análisis, ya que dicha situación generó factores que alteraron el perfil epidemiológico de la institución, así como la capacidad instalada y la producción de servicios.

A continuación, se detalla el comportamiento de la producción durante el período analizado 2020-2023

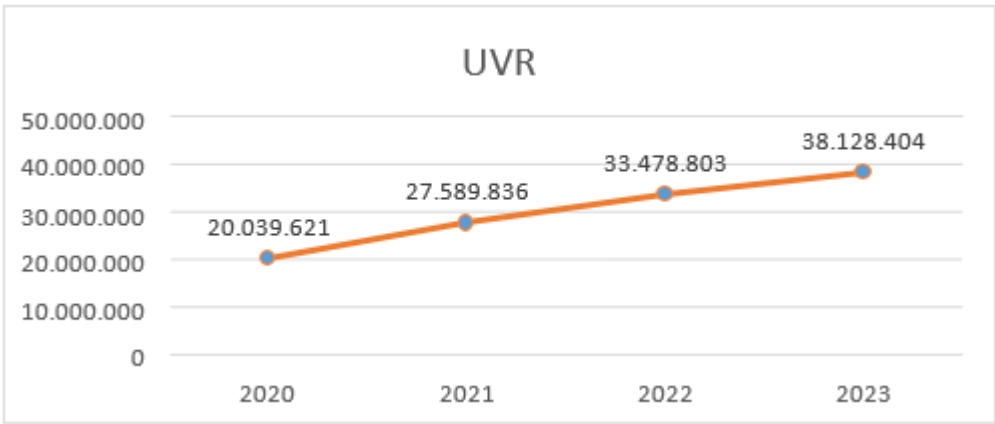
Tabla 18: Variable Producción de servicios 2021-2023

Variable	PRODUCCIÓN DE SERVICIOS				VAR 2022 - 2023
	2020	2021	2022	2023	
Camas de hospitalización	338	409	403	421	4,47%
Total de egresos	17.684	21.652	27.251	27.294	0,16%
Porcentaje Ocupacional	66,1	81,99	88,2	107,82	22,24%
Promedio Dias Estancia	6,3	6,68	6,52	7,02	7,67%
Giro Cama	52,32	52,94	67,62	64,83	-4,13%
Consultas Electivas	32.723	52.116	68.263	69.408	1,68%
Consultas de medicina general urgentes realizadas	23.384	28.258	36.623	38.892	6,20%
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	64.632	81.562	89.528	87.240	-2,56%
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	28.190	40.862	54.682	69.901	27,83%
Numero de partos	983	1.179	1.349	1.674	24,09%
% Partos por cesárea	51,48	52,67	52,56	44,32	-15,68%
Exámenes de laboratorio	663.869	868.308	953.914	955.865	0,20%
Número de imágenes diagnósticas tomadas	82.174	118.473	136.306	145.428	6,69%
Dosis de biológico aplicadas	1.808	11.576	3.855	3.131	-18,78%
Producción Equivalente UVR	20.039.620,78	27.589.835,60	33.478.803,35	38.128.403,94	13,89%

Fuente: Subgerencia Administrativa y financiera

Uno de los indicadores con mayor impacto en la UVR es el total de cirugías realizadas, que muestra un incremento del 27,83% entre 2022 a 2023. Este aumento se debe a la apertura de más quirófanos (Total 9 – Urgencias 2 y programación 7) y a la ampliación de la programación de cirugías durante los fines de semana.

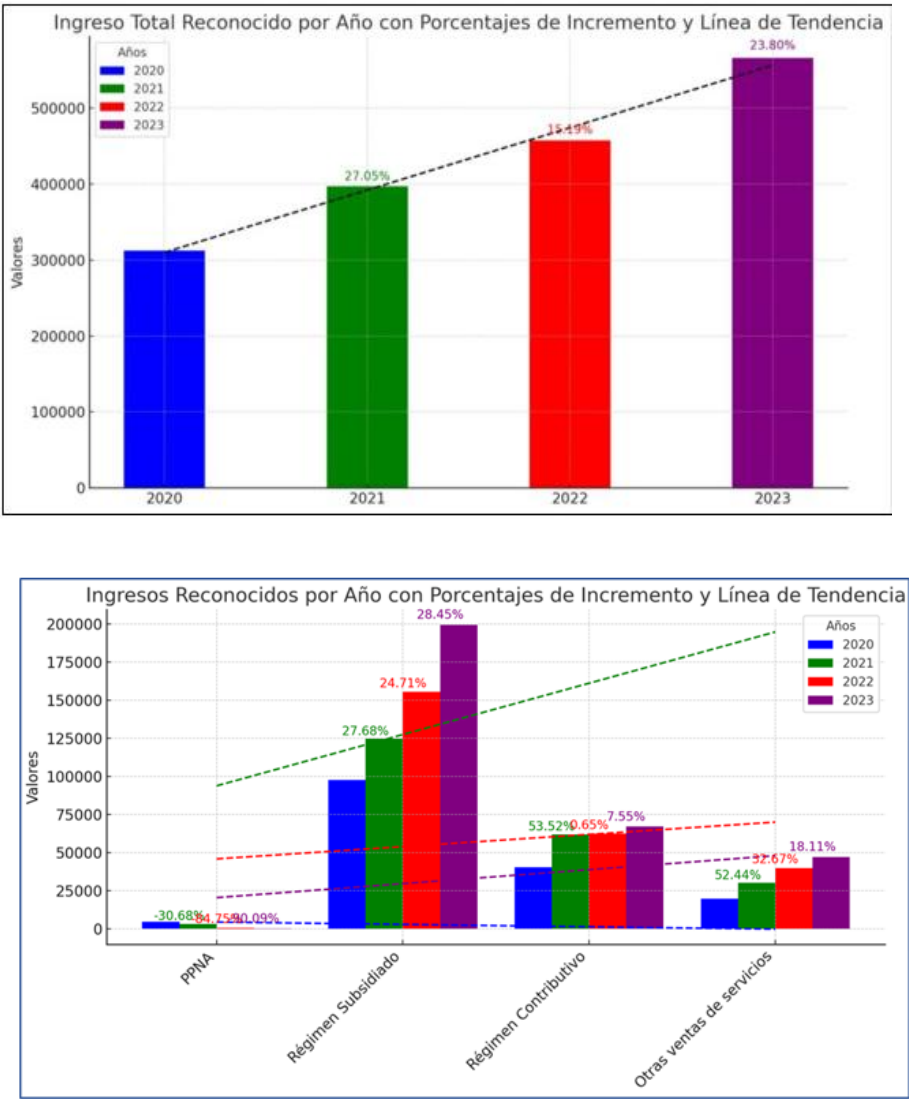
Gráfico 21: Unidad de Valor Relativo



Fuente: Estadística

5.8.1 Ingresos con corte a 31 de diciembre del 2023

Gráfico 22: Ingresos reconocidos HUSJ INGRESOS RECONOCIDOS (millones de pesos corrientes)



Fuente: Subgerencia Administrativa y financiera

- El ingreso total reconocido aumentó un 23.80% entre 2022 y 2023, pasando de 457,333 millones a 566,166 millones.
- La venta de servicios de salud se incrementó en un 21,59%.

- El régimen subsidiado creció un 28.44%, en 2022 representó el 60,24% del total de las ventas de servicios, y en 2023 aumentó al 63,64%.
- El régimen contributivo creció un 7.55%, representó el 24,14% en 2022 y disminuyó Ingresos por atención a la población pobre no cubierta con subsidios disminuyeron un 90.06%.
- Ingresos por atención a la población pobre no cubierta con subsidios disminuyeron un 90.06%, lo anterior debido a la
- Otros ingresos disminuyeron un 37.14%.
- Ingresos de capital aumentaron un 70.91%, indicándose que el saldo caja bancos a 31 de diciembre de 2023 fue por valor de \$63.082 millones.
- El incremento de los aportes obedece a los recursos entregados por el Ministerio de salud y protección social, mediante Resolución #1832 de 2023 para la construcción de la torre administrativa por valor de \$33.765 millones. Dichos recursos fueron entregados en enero de 2024.

5.8.2 Recaudos

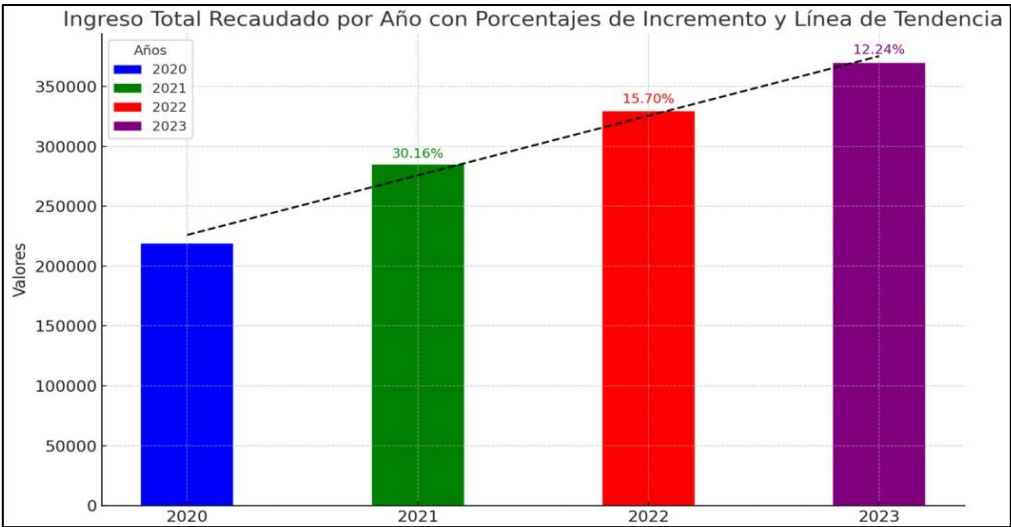
Tabla 19: Recaudos

Variable	2020	2021	2022	2023	VAR 2022 - 2023
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	141.276	183.260	217.799	274.202	25,90%
Disponibilidad Inicial	54.294	71.192	81.061	114.937	41,79%
Total, Venta de Servicios	68.340	107.241	130.104	150.991	16,05%
Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	3	137	0	0	-
Régimen Subsidiado	55.577	69.432	73.765	100.635	36,43%

Régimen Contributivo	4.818	20.634	37.817	29.193	-22,80%
Otras ventas de servicios	7.943	17.038	18.522	21.163	14,26%
Aportes	13.225	2.600	1.386	0	-100,00%
Otros Ingresos	1.936	916	669	448	-33,03%
Ingresos de capital	3.482	1.311	4.579	7.826	70,91%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	77.456	101.443	111.599	95.518	-14,41%
Ingreso Total Recaudado	218.733	284.703	329.398	369.720	12,24%

Fuente: Cartera

Gráfico 23: Total recaudo por año con porcentajes de incremento.



Fuente: Presupuesto HUSJ

- El ingreso total recaudado aumentó un 12,24%, pasando de \$329.398 millones en 2022 a \$369.720 millones en 2023.

- La venta de servicios se incrementó del 16.05%.
- El régimen subsidiado creció un 36.43%, en 2022 representó el 56,70% del total de las ventas de servicios, y en 2023 aumentó al 66,65%.
- El régimen contributivo: Disminuyó un 22.80%, en 2022 representó el 56,70% del total de las ventas de servicios, y en 2023 aumentó al 66,65%.
- Otras Ventas de Servicios creció su recaudo en un 14.26%, pasando de \$24.552 millones en 2022 a \$21.163 millones en 2023.
- Otros ingresos presentan una disminución del 33.03%, de 669 millones en 2022 a 448 millones en 2023. La disminución obedece a que hasta el año 2022 se registraban en dicho concepto anticipos de pacientes.
- Ingresos de Capital Incremento del 70.91%, lo que sugiere el estudio de nuevas inversiones.

5.8.3 Recaudados / Reconocimientos

Tabla 20: Recaudados/Reconocimientos

Variable	2020	2021	2022	2023	VAR 2022 - 2023
% de recaudos / reconocimientos	60,11	62	63	58,26	-7,52%
Total Venta de Servicios	42,19	48,85	50,44	48,14	-4,56%
Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0,06	4,51	0	0	-
. Régimen Subsidiado	56,95	55,72	47,47	50,42	6,21%
. Régimen Contributivo	11,95	33,35	60,72	43,58	-28,23%

Otras ventas de servicios	40,36	56,79	46,54	45,02	-3,27%
Aportes	100	100	100	0	-100,00%
Otros Ingresos	99,79	99,97	99,89	99,97	0,08%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	100	100	100	100	0,00%

Fuente: Presupuesto

- El porcentaje de recaudados/reconocimientos ha disminuido un 7,52% entre 2022 y 2023.
- Para 2023, la meta de recaudo de la vigencia se estableció en un 50%, logrando alcanzar un 48%, afectado el comportamiento de pago de EPS como ASMET SALUD, que en el último trimestre dejó de pagar los montos habituales de giro directo.

5.8.4 Gastos

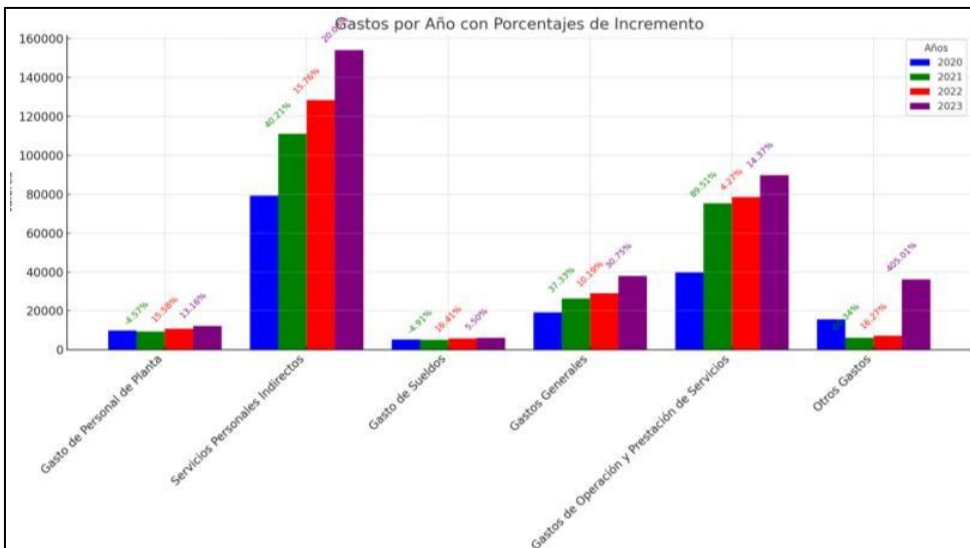
Tabla 21: Compromisos

GASTO COMPROMETIDO (millones de pesos corrientes)					
Variable	2020	2021	2022	2023	VAR 2022 - 2023
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	163.417	228.133	253.986	330.367	30,07%
Gasto de Funcionamiento	109.556	148.773	170.531	207.325	21,58%
Gastos de Personal	89.002	120.387	139.338	166.500	19,49%
Gasto de Personal de Planta	9.838	9.388	10.851	12.279	13,17%

Servicios Personales Indirectos	79.164	110.999	128.488	154.220	20,03%
Gasto de Sueldos	5.254	4.996	5.816	6.136	5,49%
Gastos Generales	19.144	26.291	28.971	37.881	30,76%
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	39.730	75.292	78.510	89.791	14,37%
Otros Gastos	15.541	6.164	7.167	36.194	405,01%
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	21.164	13.145	14.407	14.407	0,00%
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	184.581	241.279	268.394	344.774	28,46%

Fuente: Presupuesto

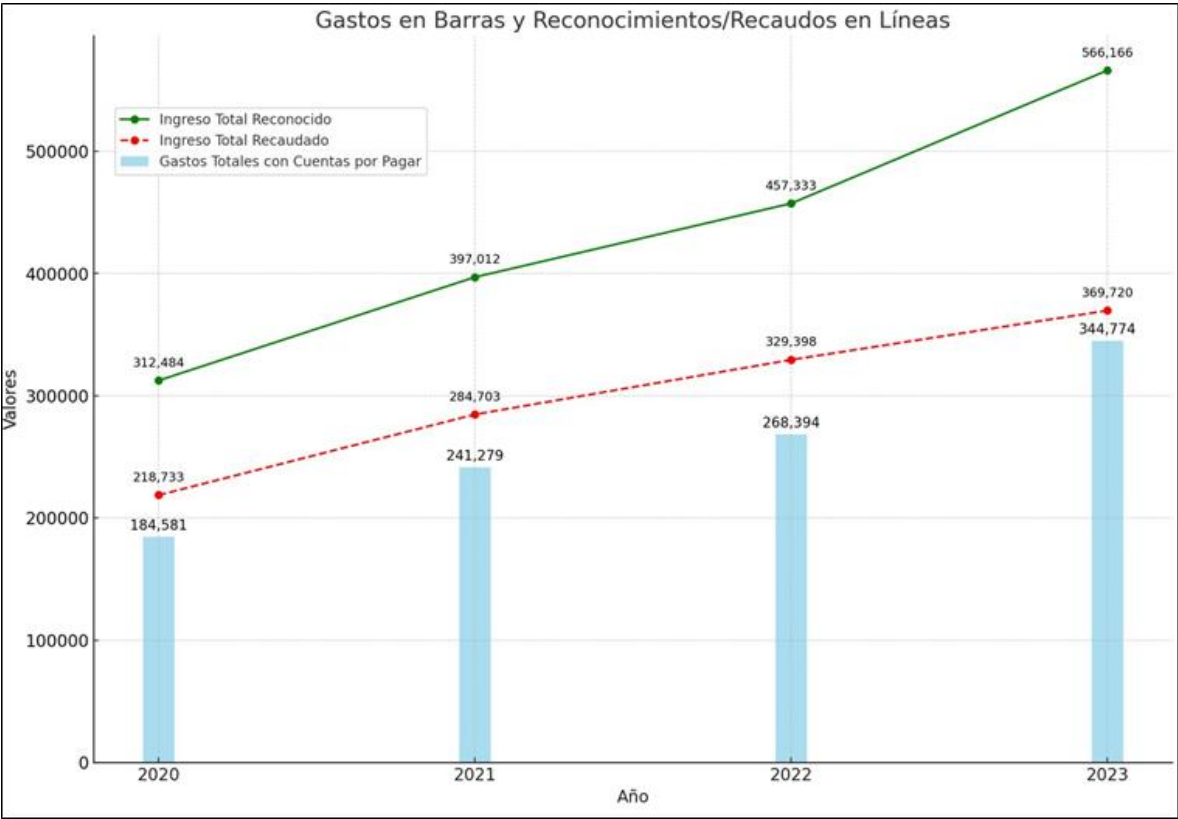
Gráfico 24: Gastos por año con porcentajes de incremento



Fuente: Presupuesto

- Los gastos de funcionamiento representan el 60.13% del total de los gastos, mientras que los gastos de operación y prestación de servicios constituyen el 26.05%.
- Otros gastos, que representan el 10.50%, incluyen \$33.765 provenientes de aportes de la nación

Gráfico 25: Gastos en barras y reconocimientos/recaudos en líneas



Fuente: Presupuesto

Tabla 22: Indicadores Presupuestales 2020-2023

Variable	2020	2021	2022	2023	VAR 2022 - 2023
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,69	1,65	1,69	1,64	-5,00%
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,19	1,18	1,22	1,07	-12,30%
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,44	1,3	1,36	1,42	4,41%
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,86	0,8	0,86	0,83	-3,49%
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	8.082,31	7.956,79	7.704,76	8.225,93	6,76%
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	7.449,52	8.121,29	7.438,74	7.792,52	4,76%
Gasto de personal por UVR (\$)	4.441,29	4.363,45	4.161,99	4.366,82	4,92%

Fuente: Presupuesto

- Equilibrio presupuestal con reconocimiento: Ha disminuido un 5,00% de 2022 a 2023, situándose en 1,64. Aunque sigue siendo positivo, indica una menor capacidad para mantener el equilibrio presupuestal.
- Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018): Ha disminuido significativamente un 12,30%, cayendo a 1,07 en 2023, afectado por el incumplimiento por parte de las EAPB en sus pagos.
- Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP): Aumentó un 4,41%, alcanzando 1,42, lo que indica una mejor gestión del presupuesto excluyendo cuentas por cobrar y pagar.
- Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP): Disminuyó un 3,49%, quedando en 0,83, afectado por los incumplimientos de los giros directos.
- Ingresos Reconocidos por Venta de Servicios de Salud por UVR: Los ingresos reconocidos aumentaron un 6,76%, alcanzando \$8.225,93 millones en 2023, lo que indica un incremento en la prestación de servicios de salud.
- Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018): Aumentó un 4,76%, situándose en \$7.792,52 millones. Este incremento refleja mayores costos operativos y de prestación de servicios.
- Gasto de personal por UVR: Incrementó un 4,92%, alcanzando \$4.366,82 millones en 2023, relacionado con el ajuste salarial (14%) así como las tarifas pactadas en la prestación de servicios indirectos.

Primer Trimestre 2024.

El Acuerdo #015 de 2023, mediante el cual se aprobó el presupuesto para la vigencia 2024 por un valor de \$320.119 millones, indica en su artículo 19 que, para cubrir el desfinanciamiento de \$98.419 millones, el hospital realizará ajustes en la disponibilidad inicial, así como en el mayor recaudo de las proyecciones de las metas financieras fijadas para 2024, tanto de la vigencia actual como de vigencias anteriores.

Está pendiente de trasladar el valor de \$20.000 millones disponibles en la parte de funcionamiento para cubrir necesidades de recursos en la parte de gastos operativos.

Las nuevas contrataciones con las diferentes EAPB deben establecer las respectivas proyecciones financieras en ingresos y gastos para el período correspondiente.

5.8.5 Ingresos

Tabla 23: Ingresos

Ejecución de Ingresos (En millones de pesos)						
Concepto	Definitivo	Reconocido	Recaudado	% Reconoci do	% Recaudado	Cuentas por Cobrar
DISPONIBILIDAD INICIAL	60.000	60.000	60.000	100,00%	100,00%	0
Ingresos Corrientes	220.841	110.933	48.850	50,23%	44,04%	62.083
Venta de Servicios de Salud	187.062	77.013	15.042	41,17%	19,53%	61.972
Régimen Subsidiado	136.933	54.416	10.539	39,74%	19,37%	43.877
Régimen Contributivo	20.003	11.534	2.853	57,66%	24,74%	8.681
. Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	16	19	0	115,82%	0,00%	19
Población pobre no afiliada al Régimen Subsidiado	16	19	0	115,82%	0,00%	19
SOAT (Diferentes a EC AT)	5.854	2.225	301	38,01%	13,54%	1.924

ADRES (Antes FOSYGA)	4.293	1.175	0	27,37%	0,00%	1.175
Otras ventas de servicios de salud	19.962	7.644	1.348	38,29%	17,63%	6.296
Cuotas moderadoras y copagos	512	78	78	15,25%	100,00%	0
Población Extranjera (no asegurada)	805	609	0	75,64%	0,00%	609
Otras ventas de servicios de salud	18.644	6.957	1.269	37,31%	18,25%	5.687
Total Aportes (No ligados a la venta de servicios)	33.765	33.765	33.765	100,00%	100,00%	0
Aportes de la nación No ligados a la venta de servicios	33.765	33.765	33.765	100,00%	100,00%	0
Otros Aportes de la Nación no ligados a la venta de servicios de salud	33.765	33.765	33.765	100,00%	100,00%	0
...Otros ingresos corrientes	15	155	44	1033,34 %	28,12%	111
Ingresos de Capital	4.092	1.356	1.356	33,13%	100,00%	0
Cuentas por cobrar Otras vigencias	35.186	47.158	47.158	134,03%	100,00%	0

TOTAL DE INGRESOS	320.119	219.447	157.364	68,55%	71,71%	62.083
-------------------	---------	---------	---------	--------	--------	--------

Fuente: Presupuesto

A marzo de 2024, la venta de servicios de salud alcanza el 41,17% en el reconocimiento, que de continuar con su comportamiento a diciembre alcanzaría el valor proyectado de

\$308.052 millones, un incremento del 164,68% de lo presupuestado. Este resultado puede incrementarse teniendo en cuenta la contratación que se realizó en el segundo trimestre 2024 con el magisterio y el fortalecimiento de la relación contractual con AIC y NUEVA EPS. El recaudo alcanza el 19,53%, afectado por el comportamiento de pago de ASMET SALUD en la inoportunidad de pago del modelo especial – PGP y cartera corriente. Igualmente, la inoportunidad en el trámite de las intervenidas, por el giro retenido (ASMET NUEVA Y EMSSANAR), que en promedio mensual pueden llegar aproximadamente a \$7.000 millones

En cuanto a las cuentas por cobrar, se presenta SUPERAVIT en su recaudo por valor de \$11.972 millones, recursos que pueden ser adicionados para atender el desfinanciamiento del presupuesto 2024.

5.8.6 Gastos

Tabla 24: Gastos

Concepto	Definitivo	Comprometi do	Obliga ciones	Paga do	% Compro miso	% Obligaci ones	% Pagos	Cuentas por pagar
GASTOS DE FUNCIONAMIENT O	216.168	141.001	38.622	36.44 4	65,23%	27,39%	94,36 %	102.379
GASTOS DE PERSONAL	122.982	93.406	24.009	23.33 7	75,95%	25,70%	97,20 %	69.397
Gastos de Personal de Planta	17.328	2.889	2.472	2.072	16,67%	85,57%	83,79 %	417

Servicios personales asociados a la nómina	12.002	2.193	1.776	1.776	18,27%	80,99%	100,00%	417
Sueldos personales de nómina	8.373	1.564	1.564	1.564	18,68%	100,00%	100,00%	0
Horas extras, dominicales y festivos	221	40	40	40	17,95%	100,00%	100,00%	0
Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	3.408	589	172	172	17,29%	29,21%	100,00%	417
Contribuciones inherentes a la nómina	5.326	696	696	295	13,07%	100,00%	42,42%	0
Servicios Personales Indirectos	105.653	90.516	21.536	21.266	85,67%	23,79%	98,74%	68.980
GASTOS GENERALES	90.773	46.460	13.477	11.971	51,18%	29,01%	88,82%	32.982
Adquisición de bienes	12.553	9.873	2.697	2.628	78,65%	27,32%	97,46%	7.176
Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	56.306	22.631	7.074	6.527	40,19%	31,26%	92,27%	15.558
Mantenimiento	16.636	13.360	3.180	2.289	80,31%	23,80%	71,97%	10.180

Servicios públicos	3.425	596	527	527	17,40%	88,38%	100,00%	69
Impuestos y Multas	1.854	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0
Otros	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	2.413	1.136	1.136	1.136	47,08%	100,00%	99,97%	0
Pago directo de pensionados o jubilados	1.249	209	209	209	16,72%	100,00%	99,83%	0
Otras transferencias corrientes	1.164	927	927	927	79,66%	100,00%	100,00%	0
Gastos de operación comercial y prestación de servicios	42.940	41.172	1.056	583	95,88%	2,56%	55,22%	40.116
Medicamentos	14.943	14.414	436	11	96,46%	3,03%	2,58%	13.978
De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	27.997	26.758	620	572	95,57%	2,32%	92,28%	26.138
Inversión	2.526	1.809	264	0	71,63%	14,62%	0,00%	1.545

CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	58.485	58.484	18.823	17.995	100,00 %	32,18%	95,60 %	39.661
TOTAL GASTOS DE	320.119	242.467	58.766	55.021	75,74%	24,24%	93,63 %	183.702

Fuente: Presupuesto

Gastos de Funcionamiento: el 65.23% del presupuesto se ha comprometido y el 94.36% de las obligaciones se han pagado, reflejando un buen manejo financiero en estas áreas.

Gastos de Personal: El 63.27% del presupuesto ha sido comprometido y el 95.73% de las obligaciones se han pagado, indicando cumplimiento de pago de nómina oportuno, así como de las órdenes de prestación de servicios personales.

Los servicios personales indirectos del área administrativa tienen contratos vigentes hasta el 31 de diciembre de 2024 y la parte asistencial hasta el 30 de junio de 2024.

Comportamiento de la cartera con sus principales indicadores vigencias 2020-2023

Tabla 25: Año 2020

Concepto	2020							
	contratado	facturado	Ingresos sin facturar	glosado	objetado	Recaudado	recaudado anterior	Total recaudado
Régimen Contributivo	41.512.949.532,00	41.048.300.572,00	918.444.320,00	409.722.642,00	247.281.318,00	4.818.145.099,00	31.710.594.494,00	36.528.739.593,00
Régimen Subsidiado	91.997.283.433,00	99.413.608.308,00	1.778.384.549,00	917.257.024,00	1.740.394.788,00	55.576.522.253,00	36.028.530.749,00	91.605.053.002,00
Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda	-	4.424.769.004,00	36.624.535,00	33.990.043,00	2.499.259.167,00	2.558.174,00	95.886.560,00	98.444.734,00
...Población Pobre no afiliada al Régimen Subsidiado	-	4.424.769.004,00	36.624.535,00	33.990.043,00	2.499.259.167,00	2.558.174,00	95.886.560,00	98.444.734,00
SOAT (Diferentes a ECAT)	-	6.401.103.052,00	106.986.298,00	13.837.427,00	23.600.800,00	2.241.575.037,00	2.856.596.166,00	5.098.171.203,00
ADRES (Antes FOSYGA)	-	1.395.838.547,00	4.139.948,00	-	-	-	811.837.244,00	811.637.244,00
Plan de intervenciones colectivas (antes PAB)	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras Ventas de Servicios de Salud	10.938.489.010,00	11.948.209.854,00	224.262.559,00	30.959.679,00	436.863.001,00	5.700.946.476,00	5.952.984.998,00	11.653.931.474,00
Total venta de servicios de salud	144.448.721.975,00	164.831.829.335,00	3.068.842.209,00	1.405.766.815,00	4.947.399.054,00	68.339.747.039,00	77.456.230.211,00	145.795.977.250,00

Fuente: Cartera

Análisis General Cartera Vigencia Anterior

este indicador busca principalmente evaluar el saneamiento de la cartera al validar que los valores recaudados disminuyan la cartera obtenida al cierre de la vigencia anterior, por ello el Hospital viene cada vigencia incrementando sostenidamente el valor recaudado, este año y pese a la situación afrontada no fue la excepción pero la liquidación de entidades como CAFESALUD y SALUD VIDA, aún en curso afectan ostensiblemente los porcentajes de recaudo de vigencias anteriores, así como el no giro de las carteras en ley de punto final

Logros Cartera Vigencia Anterior

Buen comportamiento de la recuperación de la cartera incremento obtenido en comparación con la vigencia inmediatamente anterior pese a las liquidaciones en curso y la ampliación de plazos en ley de punto final para carteras que van a ser pagadas con los recursos destinados para ello como lo no Pos y entes territoriales.

Rango de Calificación Obtenido: 58%

Análisis General Cartera Corriente

Este indicador busca garantizar al menos el giro del 50% de lo radicado por régimen subsidiado para lo cual se realiza un seguimiento mensual que permita verificar con la inmediatez que se requiere.

Logros Cartera Corriente

Ajuste del giro en las principales E.R.P., pese al traslado de afiliados que se presentó en la vigencia por la aparición de E.P.S., con baja operación en la región algunas sin contrato vigente.

Valores que se obtuvieron en los giros de otras fuentes de financiación gracias a los requerimientos cuando observamos incumplimientos reiterados o en porcentajes que afectan.

Rango de Calificación Obtenido: 42%

Tabla 26: Año 2021

2021								
Concepto	contratado	facturado	ingresos sin facturar	glosado	objetado	recaudado	Recaudado anterior	Total recaudado
Régimen Contributivo	59.883.496.891,00	62.579.813.652,00	2.606.535.728,00	699.992.666,00	299.335.626,00	20.633.828.836,00	40.399.211.958,00	61.033.040.794,00
Régimen Subsidiado	117.836.836.392,00	125.756.833.446,00	4.374.288.882,00	1.152.294.444,00	1.043.031.854,00	69.432.201.189,00	50.485.147.600,00	119.917.348.789,00
Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda	-	3.733.757.577,00	231.066.730,00	691.013.475,00	998.159.179,00	137.215.630,00	3.505.839.20,00	3.643.054.650,00
...Población Pobre no afiliada al Régimen Subsidiado	-	3.733.757.577,00	231.066.730,00	691.013.475,00	998.159.179,00	137.215.630,00	3.505.839.20,00	3.643.054.650,00
SOAT (Diferentes a ECAT)	-	7.683.770.204,00	252.808.240,00	39.912.547,00	787.316.658,00	3.549.995.132,00	1.333.767.905,00	4.883.763.037,00
ADRES (Antes FOSYGA)	-	2.541.733.537,00	103.850.411,00	-	-	131.547.041,00	238.582.091,00	370.129.132,00
Plan de intervenciones colectivas (antes PAB)	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras Ventas de Servicios de Salud	16.801.796.366,00	19.048.690.087,00	663.188.212,00	134.761.238,00	194.659.122,00	13.356.402.573,00	5.480.541.214,00	18.836.943.787,00
Total venta de servicios de salud	194.522.129.649,00	222.244.598.503,00	8.231.738.203,00	2.717.974.370,00	3.322.502.439,00	107.241.190.401,00	101.443.089.788,00	208.684.280.189,00

Fuente: Cartera

COMENTARIOS: Se observa un incremento en el recaudo fundamentado en los acuerdos y promedio de giro ajustados, incluido reconocimientos de giro atención COVID.

En el régimen subsidiado se resalta EMSSANAR, ASMET y AIC, quienes cumplieron los acuerdos y mediante la figura de cesión de recobros pagaron la cartera que se encontraba reconocida con corte a 2020, también se obtuvo retorno de la gestión para obtención del giro de las EPS que recibieron afiliados de las EPS liquidadas, reflejado en incremento en NUEVA EPS, SURA, COMPENSAR, COOSALUD.

En el régimen contributivo gracias a la gestión y cruces, misma que ha derivado en seguimientos a la mejora y ajustes en los procesos en facturación y cuentas médicas, se logró el pago de los valores reconocidos por las EPS, así como giro de montos de pago previo y atención pacientes covid, casos puntuales, NUEVA EPS, SANITAS, SOS, SURA, COMPENSAR, FAMISANAR.

En régimen especial gracias a las gestiones de cruce y conciliación se obtuvo al final de la vigencia pago de valores reconocidos se continúa con los saldos en verificación por las áreas responsables. También acorde a la gestión de cobro y saneamiento de saldos exigibles se logró el reconocimiento y pago de servicios COVID a usuarios de magisterio.

En deuda de población pobre no asegurada a cargo de las secretarías de salud, se obtuvo el pago con el ente territorial de ley despunto Final fase 1 y 2 y población migrante, se avanzó en Valle, Putumayo, vichada, Boyacá, etc.

En el caso de Particulares se obtuvo el lineamiento de facturación para restringir el acceso a usuarios que efectivamente decidan esta modalidad y no se utilice para el registro de quien no tiene afiliación, continúan los acuerdos y gestión, pero no se han obtenido otros compromisos.

No operacionales se registra fluctuación en el giro de la entidad que registra mayor cartera, se continuó requerimiento y se reitera la necesidad de validar los valores que el área responsable registra como cartera.

Tabla 27: Resultado indicadores 2021

Resultados Indicadores 2021							
CARTERA							
INDICADOR	META	TOTAL I Trimestre	TOTAL II Trimestre	TOTAL III Trimestre	TOTAL IV Trimestre	TOTAL AÑO 2021	Analisis del Indicador
Porcentaje de Recaudo de cartera no corriente	60%	17,4%	10,0%	8,2%	26,6%	62,2%	El porcentaje obtenido al finalizar la vigencia logra la meta del recaudo de cartera al cierre de la vigencia anterior.
Dinero recaudado por giro directo	50%	77,9%	89,0%	86,8%	68,1%	80,4%	La superacion del porcentaje propuesto se obtiene por las acciones de cobro y acuerdos de pago que han permitido que el giro directo incluya mayores valores al minimo fijado por la Ley.

Resultados Indicadores Cartera						
INDICADOR	META	TOTAL I Trimestre	TOTAL II Trimestre	TOTAL III Trimestre	TOTAL IV Trimestre	TOTAL AÑO 2022
Porcentaje de Recaudo de cartera no corriente	60%	26,5%	14,5%	24,2%	7,5%	72,7%
Dinero recaudado por giro directo	50%	65,0%	74,5%	49,7%	46,1%	56,3%

Fuente: Cartera

Análisis General Cartera Vigencias Anterior

El indicador busca medir el pago de la cartera mayor a 360 días al cierre de la vigencia anterior, evitando con ello su deterioro y garantizando la sostenibilidad financiera y mejorando la rotación de la misma.

Tabla 28: Análisis General Cartera Vigencias Anterior 2022

2022								
concepto	contratado	Facturado	Ingresos sin facturar	Glosado	objetado	recaudado	Recaudado anterior	Total recaudado
Régimen Contributivo	61.776.013.340,00	63.085.798.752,00	1.968.189.463,00	793.675.936,00	526.345.666,00	37.817.465.093,00	52.157.524.015,00	89.974.989.108,00
Régimen Subsidiado	157.826.946.676,00	158.789.913.879,00	6.067.068.816,00	3.707.317,136,00	2.250.185.969,00	73.764.681.719,00	44.563.069.631,00	118.327.751.350,00
Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda	-	463.762.392,00	-	-	325.616,00	-	7.802.788.902,00	7.802.788.902,00
...Población Pobre no afiliada al Régimen Subsidiado	-	463.762.392,00	-	-	325.616,00	-	7.802.788.902,00	7.802.788.902,00
SOAT (Diferentes a ECAT)	-	9.434.274.806,00	273.873.709,00	-	1.717.154.685,00	4.209.507.976,00	1.864.504.153,00	6.074.012.129,00
ADRES (Antes FOSYGA)	-	3.144.944.866,00	235.814.819,00	-	-	357.958.206,00	804.720.878,00	1.162.679.084,00
Plan de intervenciones colectivas (antes PAB)	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras Ventas de Servicios de Salud	20.880.201.527,00	25.261.931.714,00	668.303.564,00	266.634.428,00	210.394.924,00	13.954.474.977,00	4.406.081.313,00	18.360.556.290,00
Total venta de servicios de salud	240.483.161.543,00	260.180.626.409,00	9.213.250.371,00	4.767.627,500,00	4.704.406.860,00	130.104.087.971,00	111.598.688.892,00	241.702.776.863,00

Fuente: Cartera

Logros Cartera Vigencias Anterior

Cumplimiento de los acuerdos suscritos con las ERP, que operan en la región, pendiente devoluciones y cuentas médicas continúen el plan de trabajo para sanear los valores que siendo mayores a 360 días presentan esos conceptos garantizando su exigibilidad.

Análisis General Cartera corriente

El indicador busca el cumplimiento del mínimo de giro mensual en régimen subsidiado, estipulado por la norma, para la cartera de la vigencia.

Logros Cartera Corriente

Cumplimiento del porcentaje mínimo del giro directo pese a las dificultades con la validación y reconocimiento de la radicación en el mes siguiente con algunas ERP.

Tabla 29: Análisis General Cartera Vigencias Anterior 2023

concepto	2023							
	Contratado	facturado	Ingresos sin facturar	glosado	objetado	recaudado	Recaudado anterior	Total recaudado
Régimen Contributivo	65.602.839.608,00	67.108.186.302,00	1.321.094.108,00	906.756.451,00	1.132.168.433,00	29.193.394.983,00	32.989.622.428,00	62.183.017.411,00
Régimen Subsidiado	201.052.965.825,00	202.515.034.890,00	7.589.660.583,00	5.100.272.691,00	2.338.727.418,00	100.635.007.644,00	50.603.596.082,00	151.238.603.706,00
Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda	-	18.040.349,00	-	-	-	-	72.007.709,00	72.007.709,00
...Población Pobre no afiliada al Régimen Subsidiado	-	18.040.349,00	-	-	-	-	72.007.709,00	72.007.709,00
SOAT (Diferentes a ECAT)	-	10.879.313.346,00	509.418.024,00	234.863.743,00	1.382.002.423,00	6.271.178.135,00	3.997.052.016,00	10.268.230.151,00
ADRES (Antes FOSYGA)	-	7.017.972.945,00	243.579.877,00	-	-	542.283.373,00	607.936.766,00	1.150.220.139,00
Plan de intervenciones colectivas (antes PAB)	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras Ventas de Servicios de Salud	23.782.884.632,00	28.658.023.313,00	764.869.702,00	155.954.433,00	260.782.154,00	14.349.443.738,00	7.055.483.167,00	21.404.926.905,00
Total venta de servicios de salud	290.438.670.065,00	316.196.570.945,00	10.428.622.294,00	6.397.847.318,00	5.113.680.428,00	150.991.307.873,00	95.325.698.148,00	246.317.006.021,00

Fuente: Cartera

Tabla 30: Resultado de indicadores 2023

No.	Nombre del indicador	Unidad de medida	Meta $\geq$ ó $\leq$	Resultado vigencia anterior	Resultado I Trimestre	Resultado II Trimestre	Resultado III Trimestre	Resultado IV Trimestre	Resultado final vigencia actual
1	Porcentaje de Recaudo de cartera no corriente	%	$\geq 60\%$	72,73%	9,6%	5,7%	3,6%	2,3%	63,8%
2	Dinero recaudado por giro directo	%	$\geq 50\%$	56,28%	63,7%	84,8%	68,1%	53,1%	66,2%

Fuente: Cartera

Análisis del resultado del indicador cartera vigencia anterior

El indicador de porcentaje de recaudo de cartera no corriente, tiene una meta al finalizar la vigencia del 60%, es decir que al final del año debe recaudarse al menos el 60% de la cartera al cierre de la vigencia 2022, por ello que con corte a diciembre de 2023 alcanzó un porcentaje del 63.8% indica que el recaudo alcanzado de vigencias anteriores cumplió con la meta del indicador.

Análisis del resultado del indicador cartera corriente

El indicador de recaudo de giro directo, evalúa o realiza seguimiento mensual con reporte trimestral del cumplimiento por las ERP, a través de la principal fuente de recaudo como es el giro directo de R. subsidiado, al 50% de los valores radicados en el mes inmediatamente anterior, mismo que permite a diciembre de 2023 tener un promedio superior al 66,2%, debido al seguimiento estricto que se viene realizando.

Conclusiones

Al cierre de la vigencia 2023 el recaudo tanto de vigencias anteriores como de la vigencia actual, se muestra que se cumplió con la meta y las actividades desplegadas de seguimiento y conexas que permitieron el logro de las metas y con ello el apalancamiento financiero del recaudo del Hospital.

5.8.7 Procesos Judiciales

Procesos en los cuales es parte demandada El Hospital Universitario San José E.S.E.

De acuerdo con la información suministrada por la Oficina Asesora Jurídica, el Hospital Universitario San José se está desarrollando acciones encaminadas a resolver los siguientes procesos:

Tabla 31: Procesos en los cuales es parte Demandada El Hospital Universitario San José E.S.E

Orden	Clase de proceso	Cantidad	Valor pretensiones
1	Reparación directa	55	\$46.062'239.260
2	Nulidad y restablecimiento del derecho	6	Indeterminadas y un proceso por valor de \$993.044.922

3	Ejecutivo	1	\$391'648.512
4	Ordinario laboral		\$0
Total			\$ 47.446'932.694

Fuente: Gestión Jurídica

Procesos en Riesgo

Tabla 32: Procesos en riesgo

Orden	Clase de proceso	Cantidad	Valor pretensiones
1	REPARACIÓN DIRECTA	3	\$ 865.222.785
2	NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	1	\$0
3	EJECUTIVO	1	\$
4	ORDINARIO LABORAL	0	\$0
5	CONCILIACIÓN PREJUDICIAL	1	\$338.912.205
Total			\$ 1.204.134.990

Fuente: Gestión Jurídica

Procesos en que la parte demandante es El Hospital Universitario San José E.S.E.

Tabla 33: Procesos en que la parte demandante es El Hospital Universitario San José E.S.E.

Orden	Clase de proceso	Cantidad	Valor pretensiones
1	Reparación directa	0	\$0
2	Nulidad y restablecimiento del derecho	0	\$0
3	Ejecutivo	2	\$52.449.379
4	Ordinario laboral	0	\$0
5	Repetición	1	\$ 471.600.000
Total			\$ 524.049.379

Fuente: Gestión Jurídica

El seguimiento continuo a estos procesos judiciales es fundamental para salvaguardar los intereses de la institución y garantizar su estabilidad y sostenibilidad. Este seguimiento ha permitido identificar y mitigar riesgos legales, asegurando que las decisiones y acciones tomadas estén en plena conformidad con la normativa vigente. Además, su monitoreo constante contribuye a la resolución oportuna y efectiva de cada litigio, minimizando posibles repercusiones financieras para el Hospital.

5.8.8 Implementación del Modelo de Planeación y Gestión MIPG.

Actualmente el MIPG de la versión 2 (2017) se basa en los principios de: “Orientación a resultados”; “Articulación Interinstitucional”; “Excelencia y Calidad”; “Aprendizaje e innovación”; “Integridad, transparencia y confianza”; y “Toma de decisiones basadas en la evidencia”.

Con los principios anteriores, el MIPG se desglosa en siete dimensiones las cuales según el número de actividades presentan los siguientes pesos porcentuales:

Tabla 34: Peso porcentual actividades según dimensiones MIPG del HUSJ Vigencia 2023

Dimensiones		Actividades de gestión	
No.	Descripción	No.	%
1	Talento humano	166	14,81
2	Direccionamiento estratégico y planeación	110	9,81
3	Gestión por valores para resultados	423	37,73
4	Evaluación de resultados	30	2,68
5	Información y comunicación	273	24,35
6	Gestión del conocimiento e innovación	38	3,39
7	Control interno	81	7,23
TOTAL		1.121	100

Fuente: Oficina Asesora de Planeación; Informe final avance implementación MIPG vigencia 2023 y Resultado encuesta FURAG II, vigencia 2022

Tabla 35: Comparativo porcentaje de cumplimiento de actividades de MIPG según dimensiones

Dimensiones		Línea base 2022	Avance a diciembre 2023
No.	Descripción	%	%
1	Talento humano	85	91
2	Direccionamiento estratégico y planeación	98	99
3	Gestión por valores para resultados	62	83
4	Evaluación de resultados	93	97
5	Información y comunicación	67	83
6	Gestión del conocimiento e innovación	42	76
7	Control interno	91	100
PROMEDIO SEGÚN HERRAMIENTA INSTITUCIONAL*		73	87

Fuente: Oficina Asesora de Planeación; Informe final avance implementación MIPG vigencia 2023 y Resultado encuesta FURAG II, vigencia 2022

* Solo incluye las actividades calificadas por encima de 80 puntos que define el criterio "CUMPLE"

PROMEDIO SEGÚN HERRAMIENTA DEL DAFP**	48,7	68,5
---------------------------------------	------	------

** Incluye todas las actividades calificadas con cualquier número de puntos

La tabla anterior demuestra el grado de avance en el cumplimiento de las actividades definidas para cada dimensión según MIPG.

Tabla 36: Comparativo de avance en el cumplimiento de actividades de MIPG

Seguimiento	Línea Base	Avance	%
Fecha	2022	31/12/2023	De variación
Porcentaje de cumplimiento	73,0%	87,0%	19%

Fuente: Informe final avance implementación MIPG vigencia 2023 y Resultado encuesta FURAG II, vigencia 2022

El comparativo muestra el porcentaje de cumplimiento en la medición del total de las actividades que deben cumplirse según cada dimensión para la implementación del MIPG.

Estas dimensiones incluyen 18 autodiagnósticos cuyo avance y cumplimiento de actividades se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 37: Avance autodiagnósticos

AUTODIAGNOSTICOS		RESULTADOS A DICIEMBRE DE 2022 S/G ACTIVIDADES CUMPLIDAS %	DIFERENCIA	RESULTADOS S/G ACTIVIDADES CUMPLIDAS A DIC 2023 (%)	RESULTADO A DICIEMBRE DE 2022 S/G HERRAMIENTA DAFP PUNTOS	DIFERENCIA	AVANCE S/G HERRAMIENTA DAFP A DICIEMBRE 2023 (PUNTOS)
No.	DESCRIPCION						
1	TALENTO HUMANO	94	2	96	89	1	90
2	CODIGO DE INTEGRIDAD	95	2	93	87	6	93
3	DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACION	98	0	98	93	2	95
4	PLAN ANTICORRUPCION	100	2	98	98	0	98
5	GESTION PRESUPUESTAL	96	2	98	98	0	98
6	GOBIERNO DIGITAL	47	38	85	77	8	85
7	DEFENSA JURIDICA	86	5	91	87	4	91
8	SERVICIO AL CIUDADANO	94	3	91	90	1	91
9	GESTION DE TRAMITES	37	33	70	55	15	70
10	PARTICIPACION CIUDADANA	90	0	90	87	3	90
11	SEGUI. Y EVA. DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	93	4	97	83	4	87
12	GESTION DOCUMENTAL	36	19	55	48	7	55
13	TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	87	1	86	82	4	86
14	GESTION RENDICION DE CUENTAS	81	12	93	93	3	90
15	GESTION DEL CONOCIMIENTO E INNOVACION	41	33	74	54	20	74
16	CONTROL INTERNO	91	9	100	84	15	99
17	GESTION DE LA INFORMACION ESTADISTICA	39	37	76	60	16	76
18	CONFLICTO DE INTERESES	19	35	54	17	37	54
TOTAL PROMEDIO		78	9	87	85	0	85

Fuente: Informe final avance implementación MIPG vigencia 2023 y Resultado encuesta FURAG II, vigencia 2022

La tabla muestra la evaluación por actividades de MIPG 11 de los 18 autodiagnósticos, con el 90% presentan cumplimiento con puntaje mayor a 80, con el 6% entre 61 y 80 puntos, y el 4% solamente dos autodiagnósticos presentan puntajes menores a 60 puntos. El autodiagnóstico de Conflicto de Interés es de reciente implementación por parte del DAFP y por ello presenta un crecimiento del año 2022 al año 2023 de 37. Con el menor crecimiento en el año 2022 al 2023 son Talento Humano, servicio al ciudadano con el 1, y los que se mantienen igual son Plan Anticorrupción, Gestión Presupuestal.

Para el desarrollo efectivo del modelo integrado de planeación y gestión por dimensiones, el Decreto 1499 de 2017 establece la incorporación y adopción de las siguientes políticas institucionales:

1. Política de Planeación Institucional
2. Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público
3. Compras y Contratación Pública
4. Política de Gestión Estratégica del TH
5. Política de Integridad
6. Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
7. Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
8. Política de Servicio al ciudadano
9. Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública
10. Política de Racionalización de trámites
11. Política de Gestión Documental
12. Política Gobierno Digital
13. Política de Seguridad Digital
14. Política de Defensa Jurídica
15. Mejora Normativa
16. Gestión de Información Estadística
17. Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación
18. Política de Control Interno
19. Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional

El Hospital tomó la decisión de unificar las políticas de Servicio al Ciudadano y Participación Ciudadana quedando denominada Política de Servicio al Ciudadano. Estas políticas hoy están formalizadas por los actos administrativos que aparecen en cada una de ellas.

Además de las dimensiones y las políticas institucionales, la ejecución del Decreto 1499 de 2017, el Hospital tiene adoptadas las siguientes políticas:

• Política de Gestión del Riesgo
• Política de Seguridad del Paciente
• Política de Responsabilidad Social
• Política de Gestión Ambiental
• Política de Calidad y Prestación del Servicio
• Política de Gestión de Tecnología
• Política de Humanización

De igual forma, las dimensiones del MIPG, incluyen la elaboración e implementación de 12 planes integrados según el Decreto 612 de 2018 que el hospital tiene elaborados, formalizados, implementados y en ejecución. Todos compilados en el Plan de Acción Institucional integral formalizado mediante acuerdo 101-2-002 del 2016 de enero 2023 emitido por Junta Directiva del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

1. PINAR: Plan Institucional de Archivos, incluye Plan de conservación documental.
2. Plan Anual de Adquisiciones
3. Plan Anual de Vacantes
4. Plan Previsión de Recursos Humanos
5. Plan Estratégico de Talento Resolución No. 0013 del 10 de enero de 2020

6. PIC: Plan Institucional Capacitación. Resolución No. 0011 del 10 de enero de 2020
7. Plan de Bienestar y Plan de Incentivos. Resolución No. 0012 del 10 de enero de 2020
8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
9. Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano
10. PETI: Plan Estratégico Tecnologías de Información y Comunicaciones.
11. Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información.
12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

Con el fin de facilitar este ejercicio de planeación estratégica, se toma como guía el manual operativo del MIPG, dimensión “Direccionamiento y planeación estratégica” la cual contempla las siguientes acciones, hoy en ejecución:

- Documentar resultados.
- Evaluar (resultados, gestión del riesgo, percepción de los grupos de valor y autodiagnóstico).
- Revisar y actualizar indicadores y mecanismos.
- Definir responsables de las diferentes políticas, autodiagnósticos y participación de comités.
- Políticas asociadas.
- Seguimiento y evaluación del desempeño institucional.
- Y demás atributos de calidad de la dimensión.

Cabe anotar que MIPG se encuentra vigente y adoptado en el Hospital mediante la Resolución N.º 158 del 22 de marzo de 2018 y la Resolución N.º 159 del 22 de marzo de 2018 “Por medio de la cual se crea el Comité Institucional de Gestión y Desempeño”. Ambas herramientas son las que permiten el día de hoy contar con la implementación oficial del MIPG conforme lo establecido en el Decreto 1499 de 2017 como un proceso de mejora continua institucional.

Con la evaluación de la implementación de MIPG que se hace a diciembre de 2023, se determina el Plan de Acción a seguir por parte de la Alta Gerencia, teniendo en cuenta que se priorizarán los temas de acuerdo a la posibilidad de realizarlos en la actual vigencia, y según la disponibilidad de recursos presupuestales cuando sea el caso.

Como se puede evidenciar, la evolución en el desarrollo de MIPG en la institución viene creciendo en todas las dimensiones, lo que demuestra el gran compromiso de cada uno de los funcionarios para el cumplimiento de las actividades, y además se acogen a las recomendaciones que plantea el DAFP en cada periodo evaluado, los cuales se llevan a planes de mejora.

El cumplimiento de cada uno de los procesos involucrados en el diligenciamiento de la información de MIPG, se muestra en el siguiente cuadro:

Tabla 38: Avance autodiagnósticos

No.	PROCESO RESPONSABLE	ACTIVIDADES					
		ASIGNADAS	CUMPLE (≥81 puntos)	PARCIAL (>60 y <81 puntos)	NO CUMPLE <60 puntos)	NA	% CUMPLIMIENTO A DICIEMBRE 2023
1	TALENTO HUMANO	158	127	3	10	18	90,7
2	PLANEACION	262	242	13	2	5	94,2
3	SIAU	52	48	2	1	1	94,1
4	PRESUPUESTO	38	23	0	0	15	100,0
5	CONTABILIDAD	13	12	0	0	1	100,0
6	GESTION DOCUMENTAL	54	29	4	20	1	54,8
7	SISTEMAS	257	167	30	6	50	80,7
8	ESTADISTICA	49	36	3	7	3	76,2
9	CALIDAD	30	29	0	1	0	96,7
10	JURIDICA	48	40	4	2	2	87,0
11	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	53	32	12	7	2	62,7
12	COMUNICACIONES	41	40	0	1	0	97,6
13	INFRAESTRUCTURA	2	2	0	0	0	100,0
14	CONVENIOS	2	2	0	0	0	100,0
15	INNOVACION E INVESTIGACION	37	28	6	3	0	74,1
16	CONTROL INTERNO	81	81	0	0	0	100,0

Fuente: Informe final avance implementación MIPG vigencia 2023 y Resultado encuesta FURAG II, vigencia 2022

Los procesos que presentan mayor cumplimiento son:

Tabla 39: Mayor Cumplimiento por procesos MIPG

PROCESO	% cumplimiento
Presupuesto	100

Contabilidad	100
Infraestructura	100
Convenios	100
Control Interno	100
Calidad	96,7
Comunicaciones	97,6
Planeación	94,2
SIAU	94,1
Talento Humano	90,7
Jurídica	87,0
Sistemas	80,7

Mientras que los que presentan menor cumplimiento al desarrollo de las actividades de MIPG SON:

Tabla 40: Menor Cumplimiento por procesos MIPG

PROCESO	% cumplimiento
Estadística	76,2

Innovación	74,1
Subgerencia Administrativa	62,7
Gestión documental	54,8

Para la vigencia 2023, tanto el resultado medido por actividades cumplidas como el resultado por puntos de la plantilla del DAFP, arrojan resultados concordantes de 87% y 85% puntos respectivamente

Las actividades calificadas como cumplidas están evidenciadas según documentos aportados por cada uno de los responsables de los procesos y autodiagnósticos, y en su defecto, en el link donde se pueden consultar tanto en aplicativo vulcano como en el portal web.

Finalmente, para diciembre de 2023, se muestra el cumplimiento de las actividades definidas en los autodiagnósticos, de cada una de las políticas, según la herramienta DAFP y según el cumplimiento de actividades, en la cual se aprecia una concordancia, ubicándonos en general, en el nivel de desarrollo **MEDIO ALTO del DAFP (de 60 a 80 puntos)** en la calificación por actividades y **ALTO** con la herramienta del **DAFP**.

Resultado encuesta FURAG II 2022.

El reporte a través del FURAG fue presentado por el Hospital en el mes de junio de 2023, conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, cuyos resultados se publicaron en el año 2023, reportando los siguientes avances:



Resultados Desempeño Institucional Territorio, vigencia 2022

Señor usuario, tenga en cuenta que podrá interactuar con los resultados de las entidades a través de los siguientes filtros:

1. Entidad
2. Municipio
3. Departamento
4. Estabilización
5. Naturaleza Jurídica

Si desea consultar una nueva entidad asegúrese de borrar el filtro previamente seleccionado.

De esta manera podrá consultar los resultados de:

- I. Los resultados generales del desempeño institucional
- II. Los resultados de las 7 dimensiones de MIPG
- III. Los resultados de las 19 políticas de gestión y desempeño
- IV. Los resultados de los índices detallados de cada política

Los resultados de la vigencia 2022 no son comparables con los resultados de las mediciones de vigencias anteriores, ya que los líderes de política realizaron cambios significativos a las preguntas de sus políticas, dado los procesos de actualización de las temáticas y directrices.

ENTIDAD
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE - POPAYÁN

MUNICIPIO
POPAYÁN

DEPARTAMENTO
CAUCA

ESTABILIZACION
Todas

NATURALEZA JURÍDICA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

57,9

Índice de Desempeño Institucional Entidades Territoriales

6

Universo Aplicación MIPG Entidades Territoriales

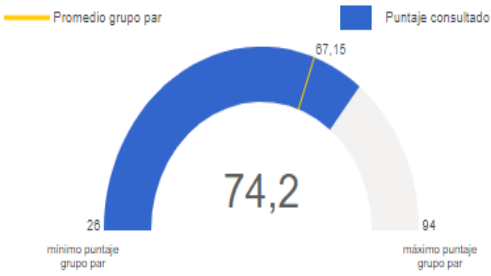
Lista de entidades que no diligenciaron

1 de 6

Número de entidades según filtro

I. Resultados Generales

Índice de Desempeño Institucional



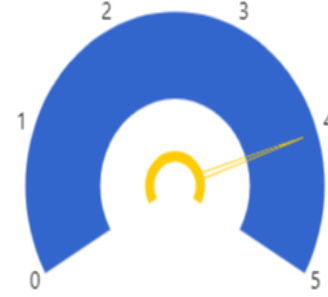
— Promedio grupo par ■ Puntaje consultado

28 67,15 74,2 94

mínimo puntaje grupo par máximo puntaje grupo par

Nota 1 : El promedio del grupo par corresponde al promedio de puntajes de las entidades que hacen parte de dicho grupo. Este valor solo se visualiza cuando se filtra o consulta una sola entidad.

Ranking(quintil)

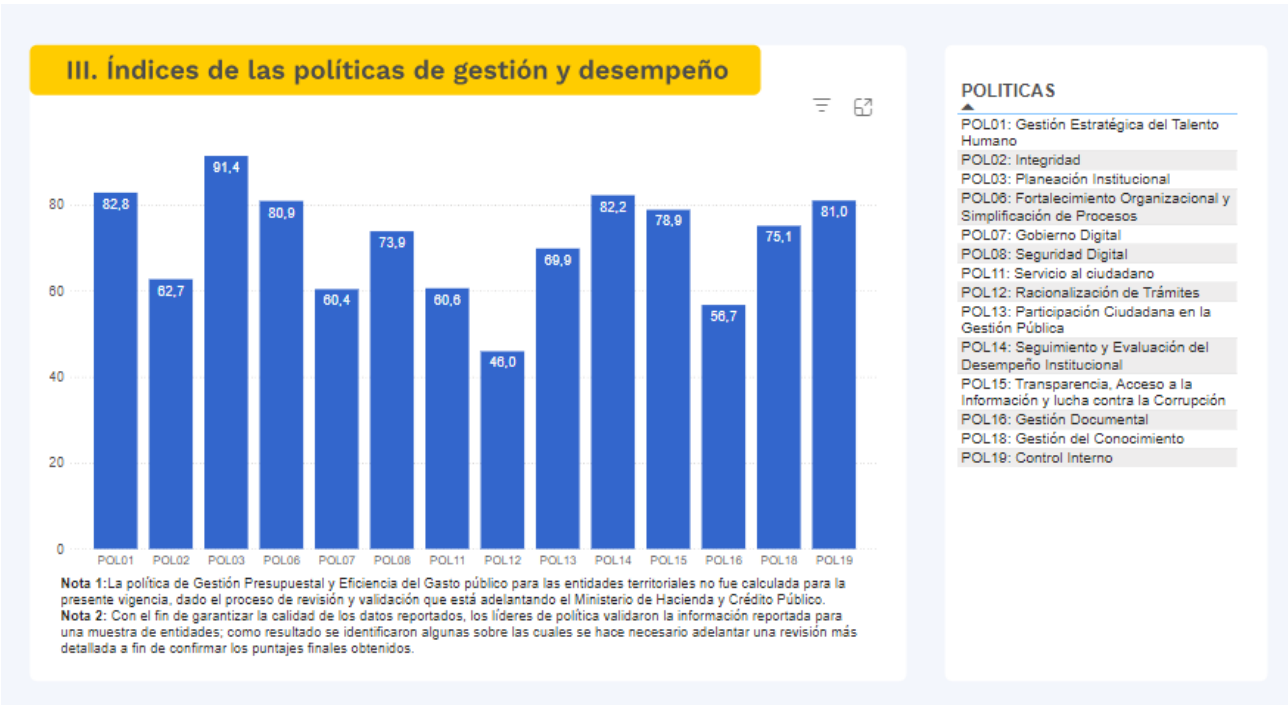


2 3 4 5

1 0

Nota 1: La información de este gráfico solo es válida cuando se filtra o consulta una sola entidad. No aplica para otros filtros.

Nota 2: Las entidades con puntajes más altos están ubicadas en el quintil 5; las entidades con menores puntajes están ubicadas en el quintil 1.

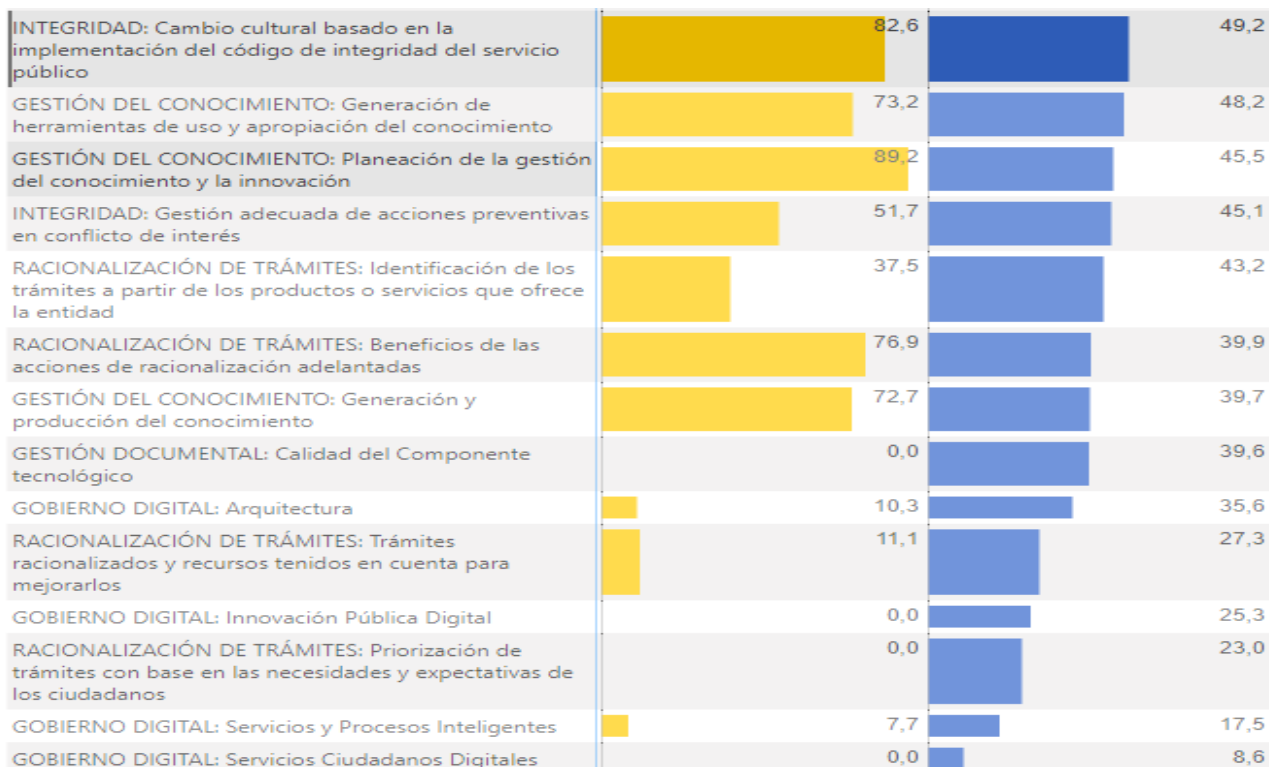
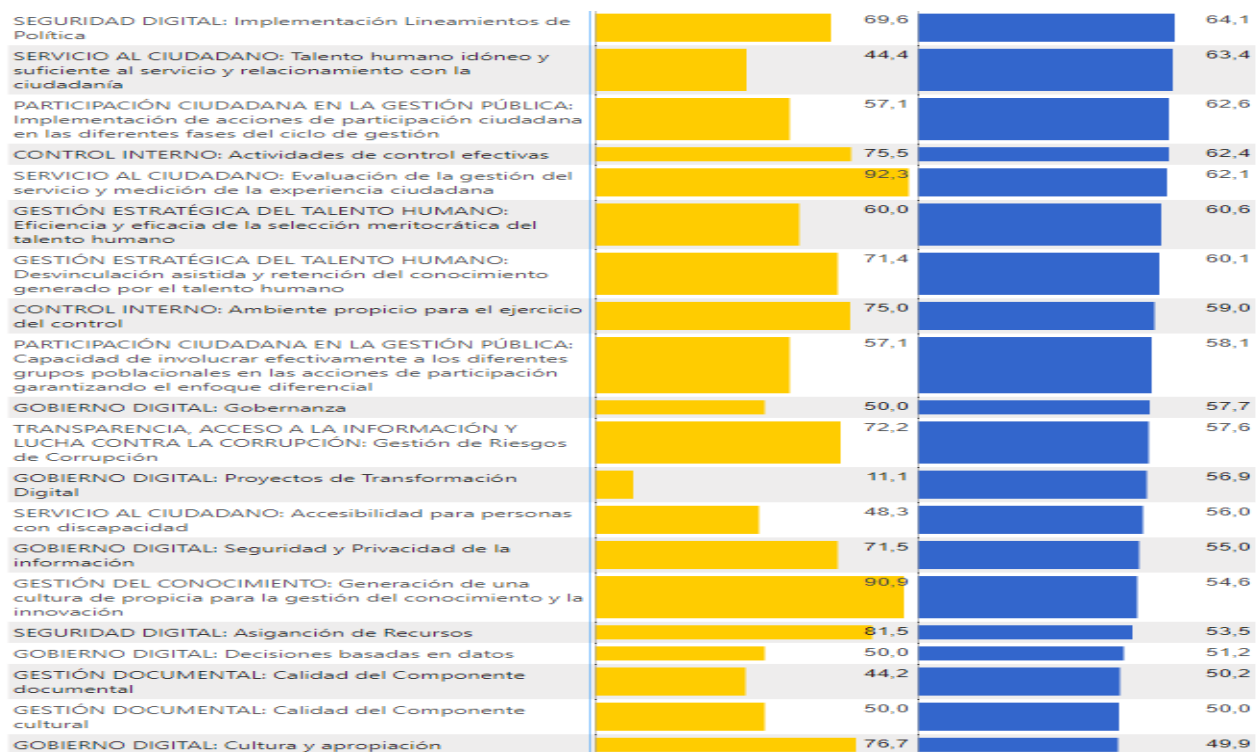


Las políticas de mayor desempeño son Planeación Institucional, Gestión Estratégica del Talento Humano, Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional, Control Interno y Seguridad Digital.

Las políticas que tienen un desempeño medio son Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción, Gestión del Conocimiento, Seguridad Digital, Participación Ciudadana en la Gestión Pública, Integridad, Servicio al Ciudadano y Gobierno Digital.

Las políticas con índice de desempeño bajo son Racionalización de Trámites y Gestión Documental.

Índice desagregado	Puntaje consultado	Promedio grupo par
CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	89,0	82,8
CONTROL INTERNO: Asignación de responsabilidades para el ejercicio del control interno	83,6	82,5
CONTROL INTERNO: Evaluación independiente al sistema de control interno	85,5	76,6
GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO: Calidad de la planeación estratégica del Talento Humano	87,5	76,6
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública	87,8	76,1
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Rendición de cuentas en la gestión pública	72,2	73,9
GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO: Desarrollo del talento humano en la entidad	90,7	73,3
GOBIERNO DIGITAL: Estado abierto	87,2	73,0
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Planeación anual de la estrategia de participación ciudadana en la gestión pública	84,2	72,4
CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	60,0	71,4
CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	73,6	71,1
SERVICIO AL CIUDADANO: Oferta institucional de fácil acceso, comprensión y uso para la ciudadanía	52,6	69,4
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del Componente estratégico	66,7	69,2
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Capacidades institucionales instaladas para la promoción de la participación	66,1	69,2
SEGURIDAD DIGITAL: Despliegue de Controles	80,0	69,0
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del Componente administración de archivos	87,5	68,8
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Evaluación de los resultados de la estrategia anual de participación ciudadana y su aprovechamiento en acciones de mejora institucional	56,0	68,6
SERVICIO AL CIUDADANO: Diagnóstico y planeación del servicio y relacionamiento con la ciudadanía	73,3	66,3



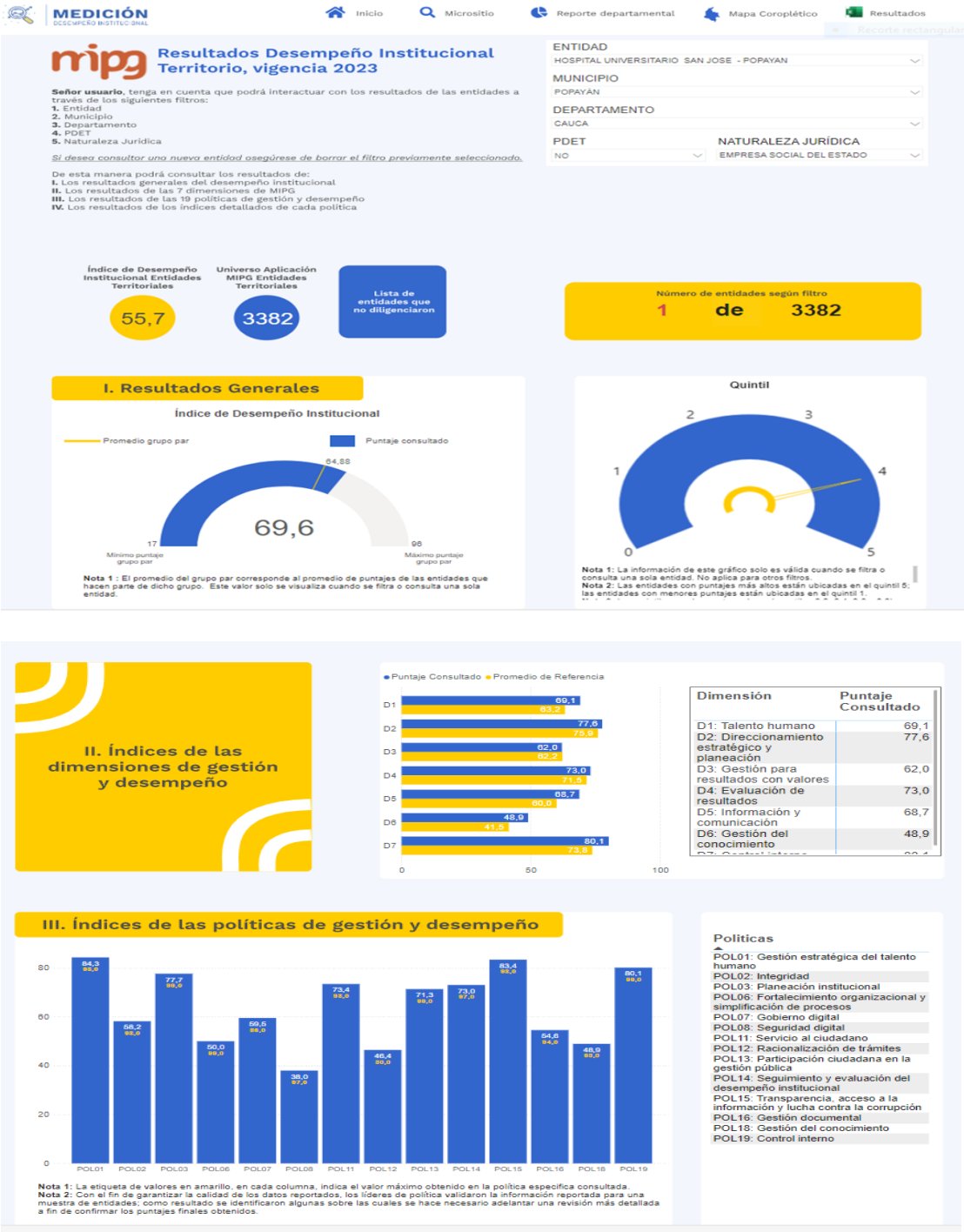
En términos generales se puede decir frente al avance de la implementación de MIPG y la evaluación FURAG II:

- Las dimensiones más desarrolladas son Direccionamiento Estratégico y Evaluación de resultados según cumplimiento de actividades, con el 98% y 97% respectivamente.
- Los autodiagnósticos con Nivel Alto en su desarrollo según matriz DAFP Plan Anticorrupción y Gestión Presupuestal.
- Las actividades calificadas como cumplidas están evidenciadas según documentos aportados por cada uno de los responsables de los procesos y autodiagnósticos, y en su defecto, en el link donde se pueden consultar tanto en aplicativo vulcano como en el portal web.
- Las recomendaciones que resultan de la aplicación del FURAG II de la evaluación del 2023 serán objeto de plan de mejora para su seguimiento a agosto de 2024.

Con corte a junio de 2023, se muestra el cumplimiento de las actividades definidas en los autodiagnósticos, de cada una de las políticas, según la herramienta DAFP y según el cumplimiento de actividades, en la cual se aprecia una concordancia, ubicándonos en general, en el nivel de desarrollo MEDIO ALTO del DAFP (de 60 a 80 puntos) en la calificación por actividades y ALTO con la herramienta del DAFP.

Resultado encuesta FURAG II 2023

A través del reporte anual de información del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión FURAG, se realizó la Medición del Desempeño Institucional (MDI) de la vigencia 2023.

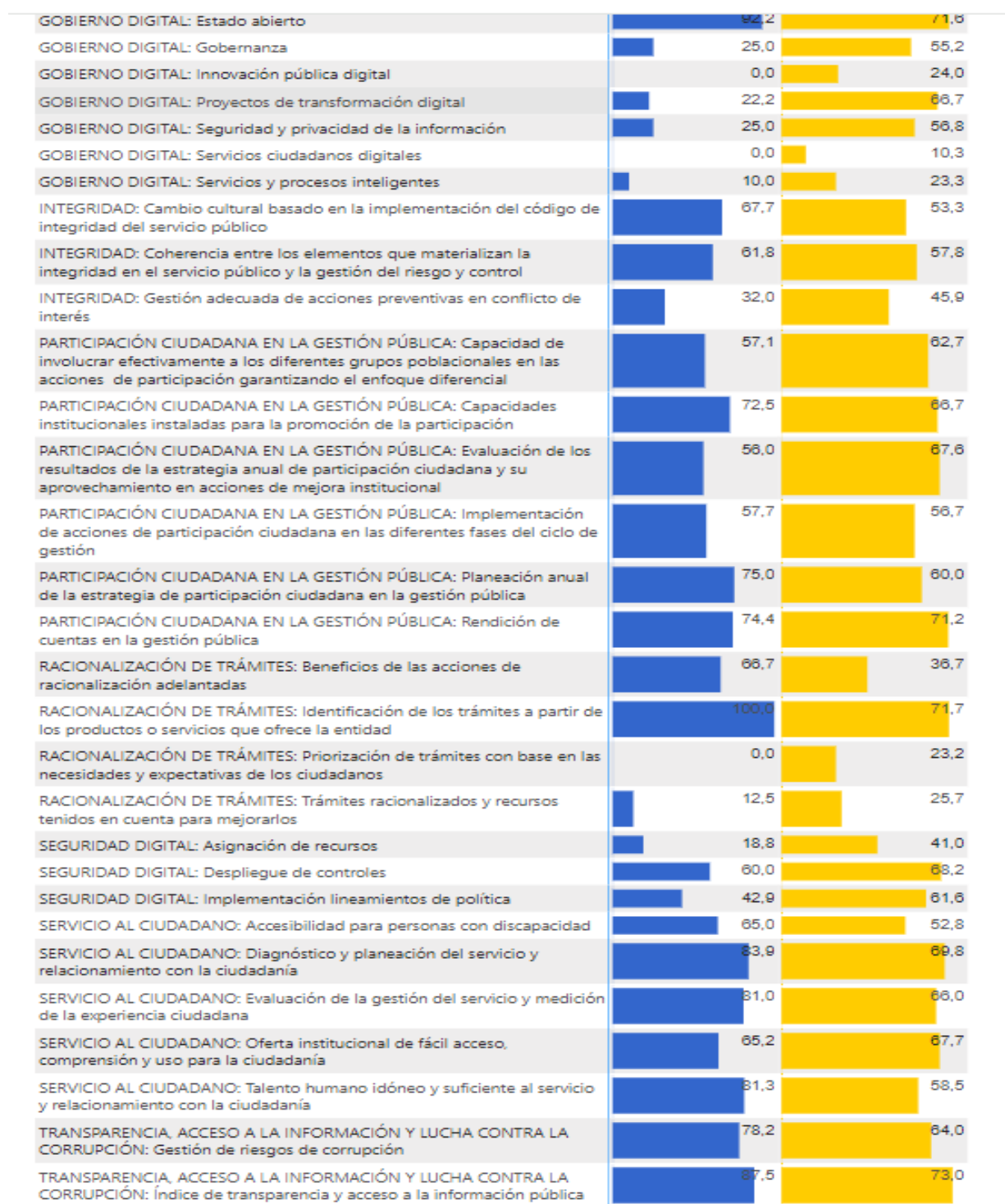


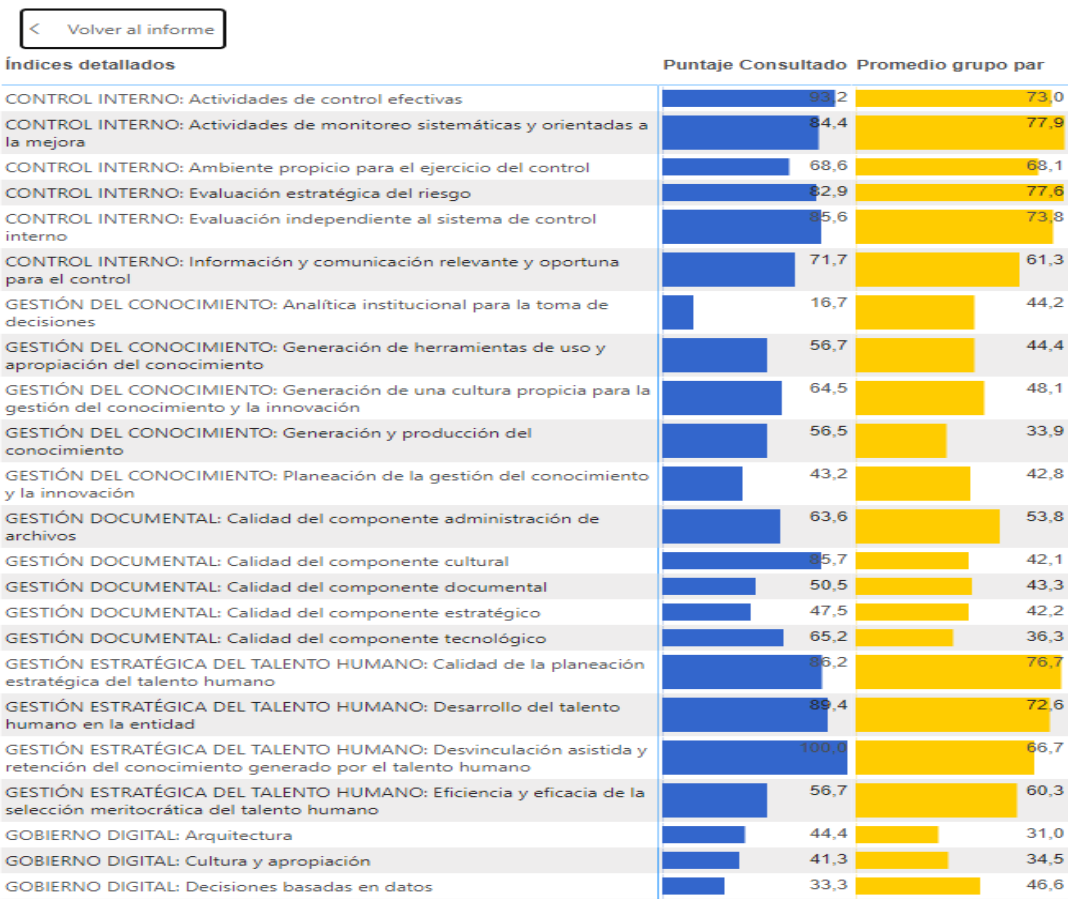
[Volver al informe](#)

Índices detallados

Puntaje Consultado Promedio grupo par

CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	93,2	73,0
CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	84,4	77,9
CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	68,6	68,1
CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	82,9	77,6
CONTROL INTERNO: Evaluación independiente al sistema de control interno	85,6	73,8
CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	71,7	61,3
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Analítica institucional para la toma de decisiones	16,7	44,2
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Generación de herramientas de uso y apropiación del conocimiento	56,7	44,4
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Generación de una cultura propicia para la gestión del conocimiento y la innovación	64,5	48,1
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Generación y producción del conocimiento	56,5	33,9
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Planeación de la gestión del conocimiento y la innovación	43,2	42,8
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del componente administración de archivos	63,6	53,8
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del componente cultural	85,7	42,1
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del componente documental	50,5	43,3
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del componente estratégico	47,5	42,2
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del componente tecnológico	65,2	36,3
GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO: Calidad de la planeación estratégica del talento humano	86,2	76,7
GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO: Desarrollo del talento humano en la entidad	89,4	72,6
GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO: Desvinculación asistida y retención del conocimiento generado por el talento humano	100,0	66,7
GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO: Eficiencia y eficacia de la selección meritocrática del talento humano	56,7	60,3
GOBIERNO DIGITAL: Arquitectura	44,4	31,0
GOBIERNO DIGITAL: Cultura y apropiación	41,3	34,5
GOBIERNO DIGITAL: Decisiones basadas en datos	33,3	46,6





Queda pendiente la emisión de recomendaciones de mejora para la entidad a través de la Medición Desempeño Institucional (MDI) correspondiente a la vigencia 2023, una vez emitidas, se procederá a elaborar el plan de mejoramiento conjunto con las áreas involucradas, con el fin de implementar las acciones correctivas y fortalecer los procesos institucionales.

5.9 Indicadores de Gestión de Dirección y Gerencia

INDICADOR No. 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.

Fórmula del Indicador: Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.

Tabla 41: Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior

GRUPO DE ESTANDARES	2020	2021	2022	2023
Cliente asistencial	2,3	2,8	3,6	3,8
Direccionamiento	2,1	2,8	3,6	4
Gerencia	2	2,6	3,5	4
Gestión de la tecnología	2	2	3,2	3,8
Gerencia del talento humano	2,2	2,3	3,5	3,4
Gerencia del ambiente físico	2,2	2,5	3,5	3,7
Gerencia de la información	2,7	2,2	2,9	3,61
Mejoramiento de la calidad	2,4	3	3,4	4
PROMEDIO	2,24	2,53	3,4	3,8

Fuente: Oficina de Aseguramiento de la Calidad

A	Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia evaluada (2023)	3,80
B	Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior (2022)	3.40

A/B	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1,11
-----	---	------

INDICADOR No. 2: EFECTIVIDAD DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Fórmula del Indicador: Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/Número de Acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora

Tabla 42: Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior

Grupo de estándares	Actividades planeadas año	Actividades cumplidas	En desarrollo	Actividades atrasadas	% de Cumplimiento año
C liente asistencial	91	84	1	6	92,3%
Mejoramiento	8	7	1	0	87,5%
Gerencia de Talento humano	21	17	1	3	81,0%
Gerencia	16	14	1	1	87,5%
Direccionamiento	17	17	0	0	100,0%
Gerencia de la información	14	13	1	0	92,9%
Gestión de la Tecnología	9	7	1	1	77,8%
Ambiente Físico	19	18	1	0	94,7%
Total Pamec Institucional	195	177	7	11	90,8%

Fuente: Oficina de Aseguramiento de la Calidad

A	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	177
---	---	-----

B	Número de Acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora	195
A/B	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	90.8 %

Meta Anual: $\geq 90\%$

Fuente de información:

Pantallazo del cargue archivo S 002 PAMEC año 2023 a la Supersalud

Certificación del desarrollo del indicador No. 2 de la Resolución 408 de 2018: Efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, año 2023

INDICADOR No. 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Fórmula del Indicador: Número de metas del plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación / Número de metas del plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación.

Tabla 43: Número de metas del plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación / Número de metas del plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación.

Proceso Responsable	No. Actividades Cumplidas	No. Actividades Programadas	Cumplimiento
Aseguramiento de la Calidad	3	3	100
Subgerencia Científica	3	5	60
Innovación e Investigación	3	3	100

Gestión de la infraestructura y la Tecnología	5	5	100
Oficina de sistemas	1	1	100
Oficina Asesora de Planeación	3	3	100
Subgerencia Administrativa y Financiera	1	1	100
Gestión Ambiental	1	1	100
TOTAL	20	22	91%

A	Número de metas del plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación	20
B	Número de metas del plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación	22
A/B	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	0,91

PROCESO DE ACREDITACIÓN

En el año 2023 se hizo entrega de informe de autoevaluación al ICONTEC, el cual está dividido en 3 tomos, así:

P1: Perfil institucional.

P2,1: Estándares asistenciales.

P2,2: Estándares de Direccionamiento, gerencia, talento humano, ambiente físico, tecnología, información, mejoramiento de la calidad.

De la autoevaluación surgieron 281 oportunidades de mejoramiento, clasificadas así:

ESTÁNDAR	No. OPORTUNIDADES DE MEJORA
Asistenciales	127 divididas: 98 hospitalario 29 ambulatorio
Direccionamiento	20
Gerencia	36
Talento Humano	31
Ambiente Físico	24
Tecnología	14
Información	21
Mejoramiento	8

En el mes de febrero se realizó visita de verificación por parte del ICONTEC, en reunión de cierre se dieron a conocer las siguientes fortalezas y oportunidades de mejoramiento:

FORTALEZAS REUNIÓN DE CIERRE VISITA DE ICONTEC	
1	Compromiso de la alta dirección, aseguramiento de la calidad, líderes, coordinadores, equipos de apoyo por el mejoramiento institucional en el marco de la confianza y el valor para la vida
2	La Satisfacción y gratitud de los pacientes y acompañantes con la atención recibida, expresada en las encuestas, destacando la calidez, la amabilidad, la claridad en la

	información suministrada y la puntualidad de y la percepción de una institución segura en la cual confían su salud.
3	Las estrategias de inclusión y atención diferencial con las comunidades indígenas que atiende el hospital, demostrado con las traductoras en lengua misak y nasa en la planta del hospital y la señalización de estas lenguas en la señalética.
4	Las herramientas implementadas para evaluar el cumplimiento de los lineamientos dados por el programa de SP tales como auditoría por pares y trazadores enfocados al cumplimiento de las metas internacionales y los avances en el programa para la prevención y control de infecciones y sus resultados alcanzados en el hospital.
5	El desarrollo de las líneas del modelo interno de humanización y las estrategias que han generado experiencias memorables en los pacientes, enfocados en la calidad, satisfacción y efectividad de los servicios expresada por los colaboradores en todos los momentos de verdad durante la atención de los pacientes y sus familias
6	La estructura metodológica de identificación y atención de los riesgos administrativos y asistenciales.
7	Los esfuerzos y compromisos del eje de gestión de la tecnología para garantizar la prestación con calidad, seguridad y eficiencia que incluye la planeación, mantenimiento y monitoreo aunada la inversión en adquisición y renovación de las tecnologías.
8	El desarrollo del talento humano alineado con el direccionamiento estratégico por medio de programas y estrategias entre ellas de capacitación y comunicación como respuesta a las necesidades identificadas en los colaboradores que buscan su desarrollo, la mejora de su desempeño en el ámbito personal y laboral velando por su fortalecimiento del ser y hacer extensivo a los colaboradores sindicales. Se destaca el TH altamente capacitado con orientación a la investigación que mejoren resultados en salud y la transferencia del conocimiento
9	La transformación de la cultura organizacional hacia el mejoramiento está apalancada en el esfuerzo mancomunado de todos los colaboradores independientemente de su modelo de contratación.
10	Las inversiones de mantenimiento a la infraestructura física del hospital que permiten una atención confortable y segura

11	Los avances en los resultados en salud producto de la implementación de técnicas innovadoras en la unidad de diálisis apalancados en personal altamente calificado y la obtención de reconocimientos en investigaciones.
----	--

OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO REUNIÓN DE CIERRE VISITA DE ICONTEC

1	Fortalecer el modelo de gobierno clínico que asegure la atención asistencial y administrativa de los procesos articulando los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico para la gestión del riesgo y la obtención de los mejores resultados en salud
2	Estructurar e implementar el proceso de definición y otorgamiento de prerrogativas y responsabilidad encomendada para el personal en contacto con la atención asistencial
3	Fortalecer la identificación y la intervención de los riesgos clínicos individuales poblacionales y las vigilancias tecnológicas articuladas con la metodología institucional para la gestión del riesgo
4	Avanzar en el eje de responsabilidad social, revisando su estructura, articulando el programa con los objetivos de desarrollo sostenible y los grupos de interés, definiendo indicadores de impacto más allá de cumplimiento de actividades
5	Avanzar en los procesos de inducción y evaluación de competencias de los aliados estratégicos que permitan implementar estrategias coordinadas de trabajo promoviendo permanentemente su adherencia con la filosofía del hospital y fortalezca la gestión y eficiencia operativa de los servicios
6	Optimizar los recursos tecnológicos fomentando implementación de soluciones en línea y fortalecer la capacidad para adaptarse a los cambios, capacidad operativa, seguridad informática y demás necesidades institucionales en la línea de la transformación digital, asegurando un modelo de gobernanza de datos que impacten
7	Asegurar bajo un modelo de gobernanza de datos la toma de decisiones que impacten el mejoramiento de la calidad en la gestión de los procesos

8	Implementar la totalidad de los paquetes instruccionales de las guías de buenas prácticas, articulando las metas internacionales y las vigilancias tecnológicas en el marco de la seguridad del paciente.
9	Considerar estrategias de optimización del flujo de atención del paciente en el servicio de urgencias teniendo en cuenta el análisis de la oferta y la demanda, la capacidad instalada, la suficiencia del personal que impacte sobre los resultados de atención en salud, la seguridad y las condiciones de humanización para el paciente y colaboradores
10	Fortalecer el análisis de la causa raíz de los problemas de no calidad
11	Potenciar la comunicación e información en doble vía en todos los niveles que permita la integración y la coordinación de los procesos asegurando el mejoramiento sistémico institucional

INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN

De conformidad con la Resolución 3409 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, el Hospital Universitario San José cumple con 6 de los 7 documentos para el reconocimiento de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como “Hospitales Universitarios, faltando únicamente por cumplir la acreditación de calidad.

INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍA

Se cuenta con el contrato 358 de 2023 para la construcción de edificio para el servicio de consulta externa, procesos de innovación investigación y procesos administrativos del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, según proyecto aprobado por el ministerio de salud y protección social, y recursos asignados mediante resolución no. 1832 del 8 de noviembre de 2023.

El proceso de tecnología biomédica desarrolla la ejecución del plan de mantenimiento a todos los equipos biomédicos de propiedad institucional, mediante la aplicación de estrategias como mantenimiento preventivo, correctivo, rutinas de inspección y calibración las cuales se encuentran documentadas, implementadas y evaluadas mediante la ejecución de los indicadores propios del proceso.

Meta Anual: $\geq 90\%$

Resultado: 91%

5.10 Indicadores de Gestión Financiera y Administrativa

INDICADOR No. 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

Fórmula del Indicador: Adopción del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

Este indicador aplica para las entidades que hayan sido categorizadas en Riesgo Medio o Alto, y por tanto deban adoptar mediante acto administrativo el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. El presente indicador NO APLICA al Hospital Universitario San José de Popayán, toda vez que, para la vigencia evaluada, el resultado de la categorización del riesgo fiscal y financiero, de conformidad a la Resolución 851 del 30 de mayo de 2023, fue SIN RIESGO.

30 MAY 2023

RESOLUCIÓN NÚMERO 0000851 DE 2023 Página 19 de 30

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones"

Depto	Municipio	Nombre	Riesgo
CASANARE	VILLANUEVA	RED SALUD CASANARE E.S.E.	Sin riesgo
CASANARE	YOPAL	HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E.	Sin riesgo
CAUCA	BOLIVAR	ESE SUR OCCIDENTE	Riesgo medio
CAUCA	BUENOS AIRES	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 1 E.S.E.	Sin riesgo
CAUCA	CALOTO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 2	Riesgo bajo
CAUCA	EL TAMBO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA	Sin riesgo
CAUCA	GUAPI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE	Sin riesgo
CAUCA	LA VEGA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E.	Riesgo medio
CAUCA	PAEZ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO TIERRADENTRO ESE	Sin riesgo
CAUCA	PATÍA	E.S.E. HOSPITAL NIVEL I EL BORDO	Riesgo bajo
CAUCA	PIENDAMÓ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTRO	Sin riesgo
CAUCA	POPAYÁN	ESE HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA	Sin riesgo
CAUCA	POPAYÁN	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.	Sin riesgo
CAUCA	POPAYÁN	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E.	Sin riesgo
CAUCA	PUERTO TEJADA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 - ESE	Sin riesgo

➡ SIN RIESGO

INDICADOR No. 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA (UVR)

Fórmula: (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la Evaluación) / ((Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de la evaluación).

	VIGENCIA OBJETO EVALUACIÓN (2023)	
A	GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	207.325.071.929
B	GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PPS	89.791.443.299
C=(A+B)	GASTOS DE FUNCIONAMIENTO Y OPERACIÓN COMERCIAL	297.116.515.228
D	UVR	38.128.403
E=C/D	GASTO X UVR	7.792

	VIGENCIA ANTERIOR (2022)	
F	GASTOS DE FUNCIONAMIENTO (Se aplica factor 1.0928)	186.355.784.257
G	GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PPS (Se aplica factor 1.0928)	85.795.398.600
H=(F+G)	GASTOS DE FUNCIONAMIENTO Y OPERACIÓN COMERCIAL	272.151.182.858
I	UVR	33.478.803
J=H/I	GASTO X UVR	8.129

E/J	EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UVR	0,96
------------	------------------------------------	-------------

Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (UVR)

Fórmula	Concepto	Total
A	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la Evaluación)	7.792
B	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior a precios constantes de la vigencia objeto de la de la evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia anterior)	8.129
$(A/B) * 100$	Resultado 2023	0.96

De acuerdo al anexo 02 de la Resolución 408 de 2018, el estándar para cada año de este indicador es que su resultado sea menor a 0.90. El resultado del indicador de la presente evaluación arrojó 0.96.

Meta: < 0.90

Resultado: 0,96

Fuente de Información:

- Certificación UVR 2023 Oficina Estadística HUSJ.
- Formulario Ejecución Presupuestal 4to trimestre 2023 -Plataforma SIHO – MSP
- Ficha Técnica SIHO 2022.

INDICADOR No. 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE: COMPRAS CONJUNTAS, COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE ESE, O COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS

Fórmula: Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico – quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno de los siguientes mecanismos: a.) Compras Conjuntas, b) Compras a través de Cooperativas de la Empresas Sociales de Estado, c) Compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de las adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico – quirúrgico, en la vigencia evaluada.

Meta: ≥ 0.70

Resultado: NO APLICA - No se efectuaron compras por estos medios

INDICADOR No. 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA O POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR

Fórmula: (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de 2023) – (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de 2022)

Meta: Cero (0) o Variación negativa.

Resultado: Cero (0) Deuda superior a 30 días por los conceptos establecidos en la resolución 408 de 2018.

Fuente de verificación: Certificación suscrita por el Revisor Fiscal de la ESE.

INDICADOR No. 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES – RIPS

Fórmula: Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE, presentados a la Junta Directiva, con base en RIPS de la vigencia objeto de la evaluación.

Meta: 4 informes

Resultado: 5 informes en 2023.

Fuente de verificación: Certificación jefe Oficina Asesora de Planeación con base en Actas Junta Directiva 2023, del Hospital Universitario San José de Popayán, en las que se presentaron los informes de RIPS.

INDICADOR No. 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Fórmula: Valor de la Ejecución de Ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de la evaluación (incluye el valor recaudado de las cuentas por cobrar de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de Gastos Comprometidos en la vigencia objeto de la evaluación (incluye el valor comprometido de cuentas por pagar de vigencias anteriores).

Concepto	2022	2023	Variación
Ingresos Reconocido Total (\$ millones)	457.333	566.164	4%
Gasto Comprometido Total (\$ millones)	270.539	344.773	27%
Equilibrio por Reconocimiento	1,69	1,64	-3%
Ingreso Total Recaudado (\$ millones)	329.397	369.719	12%
Equilibrio por recaudo	1,22	1,07	-12%

Meta: ≥ 1

Resultado: 1.07

Fuente: - Ficha técnica SIHO 2023 MSPS - Formulario de Ejecución Presupuestal 4to trimestre 2023
SIHO - MSPS

INDICADOR 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA.

Fórmula: Cumplimiento oportuno de los informes en los términos de la normatividad vigente.

Para la vigencia 2023, efectuó el cargue oportuno de 38 de los 39 archivos, para un porcentaje de cumplimiento en el envío del 97.4%.

INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004

Fórmula: Cumplimiento oportuno de los informes en los términos de la normatividad vigente.

Meta: Cumplimiento dentro de los términos previstos

Resultado: Presentación Oportuna de la información del decreto 2193 de 2004

Fuente de Información: Reporte de entrega trimestral a secretaria de Salud Departamental del Cauca-Plataforma SIHO-Ministerio de Salud y Protección Social.

5.11 Aspectos de la gestión Clínica y Asistencial

INDICADOR No. 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES.

Fórmula: No. historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de la evaluación / No. Total, de Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragias del tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de la evaluación.

INDICADOR	VALOR
No. historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas en el hospital con diagnóstico de hemorragias de tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en el año 2023	108
Total, Historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con la aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias de tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en el año 2023	108
RESULTADO	1.0

Meta: 1.0

Resultado: 1,0

Fuente de Información: Acta del Comité de Historias Clínicas del HUSJP

INDICADOR No. 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA

Fórmula: No. historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con la aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE, para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de la evaluación/ Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa, de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de la evaluación.

INDICADOR	VALOR
No. historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con la aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por el Hospital San José de Popayán para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en el año 2023	112
Total, historias clínicas auditadas sobre diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en el año 2023	112
RESULTADO	1.0

Meta: 1.0

Resultados: 1,0

Fuente de Información: Acta de Comité de Historias Clínicas

INDICADOR No. 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA

Fórmula: No. pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico atendidos en la vigencia objeto de la evaluación/ Total pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, en la vigencia objeto de la evaluación.

INDICADOR	VALOR
No. pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico atendido en el año 2023	573
Total, de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, en el año 2023	613
RESULTADO	0.93

Meta: ≥ 0.90

Resultado: 0,93

INDICADOR No. 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCOASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL

Fórmula: No. pacientes pediátricos con neumonías Bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de la evaluación/ No. pacientes pediátricos con neumonías Bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior

INDICADOR	VALOR
No. pacientes pediátricos con neumonías Bronco aspirativas de origen intrahospitalario en el año 2023	0
No. pacientes pediátricos con neumonías Bronco aspirativas de origen intrahospitalario en el año 2022	0
RESULTADO	0

Meta: Cero (0) o variación negativa.

Resultado: 0

INDICADOR No. 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM).

Fórmula: No. Pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación/ Total de pacientes con diagnóstico de egreso del Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de la evaluación

INDICADOR	VALOR
No. Pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en 2023	202
Total, de pacientes con diagnóstico de egreso del Infarto Agudo de Miocardio en 2023	202
RESULTADO	1,0

Meta: ≥ 0.90

Resultado: 1,0

Fuente de Información: Acta de Comité de Historias Clínicas.

INDICADOR No. 17: ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA.

Fórmula: No. Muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de la evaluación/ Total Muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación

INDICADOR	VALOR
No. Muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en el año 2023	460

Total, Muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia 2023	503
RESULTADO	0.91

Meta: ≤ 0.90

Resultados: 0,91

INDICADOR No. 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA

Fórmula: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación/ No. Total, de pediatría de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación

INDICADOR	VALOR
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia 2023	1414
Total, de citas de pediatría de primera vez, asignadas en el año 2023	546
RESULTADO	2,59

Meta: ≤ 5 días.

Resultado: 2.59 días

Fuente de Información: Certificación expedida por la coordinadora del proceso Aseguramiento de la Calidad

INDICADOR No. 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA

Fórmula: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de la evaluación / No. Total, de citas de obstetricia por primera vez en la vigencia objeto de la evaluación.

INDICADOR	VALOR
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en el año 2023	596
No. Total, de citas de obstetricia de primera vez, asignadas en el año 2023	277
RESULTADO	2.15

Meta: ≤ 8 días.

Resultado: 2.15 días

INDICADOR No. 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA

Fórmula: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de la evaluación/ Número Total de citas de medicina interna de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de la evaluación.

INDICADOR	VALOR
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en el año 2023	2856

Número Total de citas de medicina interna de primera vez, asignadas en el año 2023	825
RESULTADO	3.46

Meta: ≤ 15 días.

Resultado: 3,46 días

5.12 Indicadores por Área del Hospital Universitario San José E.S.E. de Popayán 2023

Área de Gestión	No .	Indicador	Formula del indicador	Indicador Año 2023	Fuente de Verificación
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de Autoevaluación en la Vigencia Evaluada/ Promedio de calificación de Autoevaluación Vigencia Anterior.	Postulación para la acreditación formalizada con contrato	Contrato de postulación
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Relación de No. Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/No. de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	0,90	Pantallazo del cargue archivo S 002 PAMEC año 2023 a la Supe salud Certificación del desarrollo del indicador No. 2 de la Resolución 408 de 2018: Efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, año 2023

Área de Gestión	No .	Indicador	Formula del indicador	Indicador Año 2023	Fuente de Verificación
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	No. metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / No. Metas Plan Operativo Anual Programadas en la vigencia objeto de evaluación.	0.91	Informe Oficina Asesora de Planeación de la ESE.
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	NA	Resolución No. 851 de 2023 Ministerio de Salud y Protección Social
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / No. de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de	0.96	-Certificación UVR 2023 Oficina Estadística HUSJP. -Formulario Ejecución Presupuestal 4to trimestre 2023 - Plataforma SIHO -Ministerio de Salud y Protección Social

Área de Gestión	No .	Indicador	Formula del indicador	Indicador Año 2023	Fuente de Verificación
			evaluación / No. de UVR producidas en la vigencia anterior)]		Ficha Técnica SIHO 2022
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas, b) compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) compras a través de mecanismos electrónicos	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de ESE (c) Compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de las ESE por material médico quirúrgico en la vigencia evaluada	NA	

Área de Gestión	No .	Indicador	Formula del indicador	Indicador Año 2023	Fuente de Verificación
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de la evaluación / (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia de objeto de evaluación)-(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior	Cero (0)	Certificación suscrita por el revisor fiscal, que como mínimo contenga el valor, las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación.	5	Informe jefe Oficina Asesora de Planeación de la ESE. Soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el

Área de Gestión	No .	Indicador	Formula del indicador	Indicador Año 2023	Fuente de Verificación
					análisis y la relación de acta de Junta Directiva en las que se presentó el informe.
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de la evaluación (incluye el valor recaudo de C x C de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de la evaluación (incluye el valor comprometido de CXP de vigencias anteriores)	1,07	-Ficha Técnica SIHO 2022- Ministerio de Salud y Protección Social. -Formulario Ejecución Presupuestal 4to trimestre 2023 - Plataforma SIHO – Ministerio de Salud y Protección Social.
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Certificación Estado de cargue Archivos CIRCULAR ÚNICA 2023, emitida por jefe Oficina Asesora de Planeación

Área de Gestión	No .	Indicador	Formula del indicador	Indicador Año 2023	Fuente de Verificación
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sesión 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único reglamentario del sector salud y protección social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Reporte cumplimiento 2023- Decreto 2193 Plataforma SIHO Ministerio de Salud y Protección Social
Gestión Clínica o asistencia l 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con la aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias de tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas en la ESE con diagnóstico de hemorragias de tercer	1	Acta del comité de Historias Clínicas del HUSJP, que contiene referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador

Área de Gestión	No .	Indicador	Formula del indicador	Indicador Año 2023	Fuente de Verificación
			trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación		
	13	Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con la aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación. / Total de historias clínicas auditadas el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.	1	Acta del comité de Historias Clínicas del HUSJP, que contiene referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador
	14	Oportunidad en la realización de apendicectomía.	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico atendida en la vigencia objeto de evaluación. / Total de pacientes con diagnóstico de	0,93	Informe de Subgerencia Científica que contiene base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía, con identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y

Área de Gestión	No .	Indicador	Formula del indicador	Indicador Año 2023	Fuente de Verificación
			apendicitis al egreso, en la vigencia objeto de evaluación.		hora de la intervención quirúrgica. Además, la ficha del indicador
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Número de pacientes pediátricos con neumonías Bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías Bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	Cero (0)	Informe referente seguridad del paciente que contiene la aplicación de la fórmula del indicador.
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia del objeto de evaluación / Total de	1	Acta del comité de Historias Clínicas del HUSJ, que contiene referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador

Área de Gestión	No .	Indicador	Formula del indicador	Indicador Año 2023	Fuente de Verificación
			pacientes con diagnóstico de egreso del Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.		
	17	Análisis de mortalidad Intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación/Total muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación.	0.91	Informe referente seguridad del paciente que contiene la aplicación de la fórmula del indicador.
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación. / Número Total de citas de pediatría de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación	2.59	Certificación expedida por la coordinadora del proceso Aseguramiento de la Calidad

Área de Gestión	No .	Indicador	Formula del indicador	Indicador Año 2023	Fuente de Verificación
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación. / Número Total de citas de obstetricia de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	2.15	Certificación expedida por la coordinadora del proceso Aseguramiento de la Calidad
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación. / Número Total de citas de medicina interna de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	3.46	Certificación expedida por la coordinadora del proceso Aseguramiento de la Calidad

5.13 Indicadores de la Gestión Clínica y Asistencial

Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria a nivel asistencial.

Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes

Las guías de práctica clínica se pueden definir como "declaraciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los médicos y a los pacientes en la toma de decisiones, para una atención en salud apropiada en circunstancias clínicas concretas". Surgen ante la necesidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. La implementación de las guías clínicas en la prestación de servicios de salud ha demostrado contribuir a mejorar la calidad de la atención, la efectividad de las decisiones clínicas y la disminución de los costos. Razón por la cual se debe generar un proceso sistemático de evaluación y aplicación de las mismas.

Clínico o Asistencial	Indicador 12: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.				
Estándar propuesto	Línea base 2023	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2024	A 31 dic/2025	A 31 dic/2026	A 31 dic/2027
> o = 0.80	1.00	> o = 0.80	> o = 0.80	> o = 0.80	> o = 0.80
Formula del indicador	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con la aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias de tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas en la ESE con diagnóstico de hemorragias de tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación.				
Fuente de información	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE auditoría de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al Acto Administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4).				
Observaciones	Es necesario establecer la metodología para definir la muestra de historias clínicas a auditar.				

Actividades a realizar	Mantener las guías de manejo actualizadas.
	Realizar inducción y re inducción.
	Planear, controlar y hacer seguimiento mensual al sistema de información Dinámica Gerencial, que permita identificar los pacientes con el diagnóstico.
	Establecer auditorías de calidad que permitan realizar control a la aplicación adecuada de la guía y el adecuado reporte de información frente a esta patología.
	En comité de historias clínicas evaluar los resultados y análisis de desviaciones y generar los planes de mejora.

Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

Clínico Asistencial	Indicador 13: Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida				
Estándar propuesto	Línea base 2023	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2024	A 31 dic/2025	A 31 dic/2026	A 31 dic/2027
> o = 0.80	1.00	> o = 0.80	> o = 0.80	> o = 0.80	> o = 0.80
Formula del indicador	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con la aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total de historias clínicas auditadas el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.				

Fuente de información	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE auditoría de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al Acto Administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4).
Observaciones	Es necesario establecer la metodología para definir la muestra de historias clínicas a auditar.
Actividades a realizar	Mantener las guías de manejo actualizadas. Ajustar el procedimiento de reporte de información de reporte de CIE 10 Realizar inducción y re inducción. Planear, controlar y hacer seguimiento mensual al sistema de información Dinámica Gerencial, que permita identificar los pacientes con el diagnóstico. Establecer auditorías de calidad que permitan realizar control a la aplicación adecuada de la guía y el adecuado reporte de información frente a esta patología. En comité de historias clínicas evaluar los resultados y análisis de desviaciones y generar los planes de mejora.

Oportunidad en la realización de apendicectomía

Clínico Asistencial	Indicador 14: Oportunidad en la realización de apendicectomía.				
Estándar propuesto	Línea base 2023	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2024	A 31 dic/2025	A 31 dic/2026	A 31 dic/2027
	0.93	> o = 0.90	> o = 0.90	> o = 0.90	> o = 0.90

> o = 0.90					
Formula del indicador	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, en la vigencia objeto de evaluación.				
Fuente de información	Informe de la subgerencia científica, que como mínimo contenga: Base de datos de los pacientes a quienes se les realizó la apendicectomía que contenga identificación del paciente fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de la apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.				
Observaciones	Desde la subgerencia científica se debe realizar acompañamiento y toma de medidas correctivas en caso de ser necesario para el próximo trimestre				
Actividades a realizar	Establecer estrategias en la planeación y vigilancia de protocolos prequirúrgicos, asegurando programaciones sin contratiempos que conlleven a cancelaciones repentinas. Revisar periódicamente la guía de atención, capacitando y re induciendo al personal que deba aplicarla. Gestión efectiva en la programación de los procedimientos quirúrgicos, por medio de planes de mejoramiento y reestructuración del modelo de programación y verificación de requerimientos (disponibilidad de sala, especialista, insumos; tiempos de programación). Dar continuidad a la implementación de la política de seguridad del paciente fomentando el mejoramiento de equipo de trabajo, fomentando la cultura de seguridad al paciente y lograr la satisfacción de éste y su familia. Realizar seguimiento al sistema de información Establecer auditorías de calidad que permitan realizar control a la aplicación adecuada de la guía y el adecuado reporte de información frente a esta patología. En comité de historias clínicas evaluar los resultados y análisis de desviaciones y generar los planes de mejora.				

Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.

Clínico Asistencial	Indicador 15: Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.				
Estándar propuesto	Línea base 2023	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2024	A 31 dic/2025	A 31 dic/2026	A 31 dic/2027
0 o Variación negativa	0	0 o Variación negativa	0 o Variación negativa	0 o Variación negativa	0 o Variación negativa
Formula del indicador	Número de pacientes pediátricos con neumonías Bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías Bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior				
Fuente de información	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador				
Observaciones	De acuerdo a la línea de base, se debe mantener en 0 el evento				
Actividades a realizar	Planear, controlar y hacer seguimiento mensual al sistema de información Dinámica Gerencial, que permita identificar los pacientes con el diagnóstico. Revisar periódicamente los protocolos de suministro de alimentación, suministro de NPT, capacitando y re induciendo al personal que deba aplicarlos. Mantener la estrategia de paciente trazador que permita dar continuidad a la Política de seguridad del paciente. Elaborar el informe con los resultados Evaluar los planes de acción y atender las desviaciones presentadas.				

Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).

Clínico Asistencial o	Indicador 16: Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).				
Estándar propuesto	Línea base 2023	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2024	A 31 dic/2025	A 31 dic/2026	A 31 dic /2027
> o = 0.90	1,0	> o = 0.90	> o = 0.90	> o = 0.90	> o = 0.90
Formula del indicador	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia del objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso del Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.				
Fuente de información	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE auditoría de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al Acto Administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador (4).				
Observaciones	Es necesario establecer la metodología para definir la muestra de historias clínicas a auditar.				
Actividades a realizar	Mantener las guías de manejo actualizadas. Realizar inducción y re inducción. Planear, controlar y hacer seguimiento mensual al sistema de información Dinámica Gerencial, que permita identificar los pacientes con el diagnóstico. Establecer auditorías de calidad que permitan realizar control a la aplicación adecuada de la guía y el adecuado reporte de información frente a esta patología.				

	En comité de historias clínicas evaluar los resultados y análisis de desviaciones y generar los planes de mejora.
--	---

Análisis de mortalidad intrahospitalaria.

Clínico Asistencial	Indicador 17: Análisis de mortalidad Intrahospitalaria.				
Estándar propuesto	Línea base 2023	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2024	A 31 dic/2025	A 31 dic/2026	A 31 dic/2027
> o = 0.90	0.91	> o = 0.90	> o = 0.90	> o = 0.90	> o = 0.90
Formula del indicador	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación				
Fuente de información	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.				
Observaciones	Se debe mantener seguimiento continuo al servicio de urgencias adulto, puesto que se llegó a solicitar acciones de mejora extrema para lograr dar cumplimiento al indicador en la anterior vigencia.				
Actividades a realizar	Mantener actualizados y socializados los protocolos. Diligenciar las fichas epidemiológicas Solicitar certificación por parte de Vigilancia epidemiológica y estadística sobre el oportuno y adecuado diligenciamiento de las fichas.				

	Realizar y revisar el diligenciamiento de los certificados de nacido vivo y de defunción En el comité de análisis de mortalidad institucional evaluar las causas de la mortalidad intrahospitalaria. Formular los planes de mejora de acuerdo a los resultados del comité.
--	---

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.

Clínico Asistencial	Indicador 18: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría				
Estándar propuesto	Línea base 2023	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2024	A 31 dic/2025	A 31 dic/2026	A 31 dic/2027
< o = 5 días	2,59 días	< o = 5 días	< o = 5 días	< o = 5 días	< o = 5 días
Formula del indicador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación/ Número Total de citas de pediatría de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.				
Fuente de información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)				
Observaciones	Desde la subgerencia científica se debe realizar acompañamiento y toma de medidas correctivas en caso de ser necesario para el próximo trimestre				

Actividades realizar	a	Realizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de pediatría de acuerdo a los resultados obtenidos. Mantener agenda disponible que garantice la oportunidad del servicio. Revisar y analizar el resultado del indicador. Realizar el cargue de información a SIHO Formular los planes de mejora y evaluar los resultados y análisis de desviaciones.
-------------------------	---	--

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.

Clínico Asistencial	o	Indicador 19: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia				
Estándar propuesto	Línea base 2023	Logros para la vigencia				
		A dic/2024	31 A 31 dic/2025	A 31 dic/2026	A 31 dic/2027	
< o = 8 días	2,15	< o = 8 días	< o = 8 días	< o = 8 días	< o = 8 días	
Formula indicador	del	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación. / Número Total de citas de obstetricia de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.				
Fuente información	de	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)				

Observaciones	Desde la subgerencia científica se debe realizar acompañamiento y toma de medidas correctivas en caso de ser necesario para el próximo trimestre
Actividades a realizar	Realizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de obstetricia de acuerdo a los resultados obtenidos. Garantizar la implementación de la ruta materno perinatal. Mantener agenda disponible que garantice la oportunidad del servicio. Revisar y analizar el resultado del indicador. Realizar el cargue de información a SIHO Formular los planes de mejora y evaluar los resultados y análisis de desviaciones.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.

Clínico Asistencial	Indicador 20: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna				
Estándar propuesto	Línea base 2023	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2024	A 31 dic/2025	A 31 dic/2026	A 31 dic/2027
< o = 15 días	3.46	< o = 15 días	< o = 15 días	< o = 15 días	< o = 15 días
Formula del indicador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación. Número Total de citas de medicina interna de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.				
Fuente de información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)				

Observaciones	Desde la subgerencia científica se debe realizar acompañamiento y toma de medidas correctivas en caso de ser necesario para el siguiente trimestre
Actividades a realizar	Realizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de pediatría de acuerdo a los resultados obtenidos. Mantener agenda disponible que garantice la oportunidad del servicio. Revisar y analizar el resultado del indicador. Realizar el cargue de información a SIHO Formular los planes de mejora y evaluar los resultados y análisis de desviaciones.

6. Plataforma Estratégica

6.1 Misión

Brindamos a la comunidad servicios de salud de mediana y alta complejidad proyectados a la excelencia, a través de procesos de mejoramiento continuo que permitan una atención digna, humana, segura, integral y diferencial, con un talento humano comprometido en satisfacer las necesidades de salud en todos los ciclos de vida, con responsabilidad social, ambiental y sostenibilidad financiera, apoyados en los procesos de docencia, investigación e innovación.

6.2 Visión

Para el 2034 ser un hospital universitario líder en la prestación de servicios de salud con enfoque de cuarto nivel de atención, que mediante un modelo integral, sostenible y competitivo garantice la eficiencia, el cumplimiento de altos estándares de calidad y un servicio digno, preservando la vida y siendo referente en la región por nuestra excelencia.

6.3 Eslogan

“EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL”

6.4 Principios

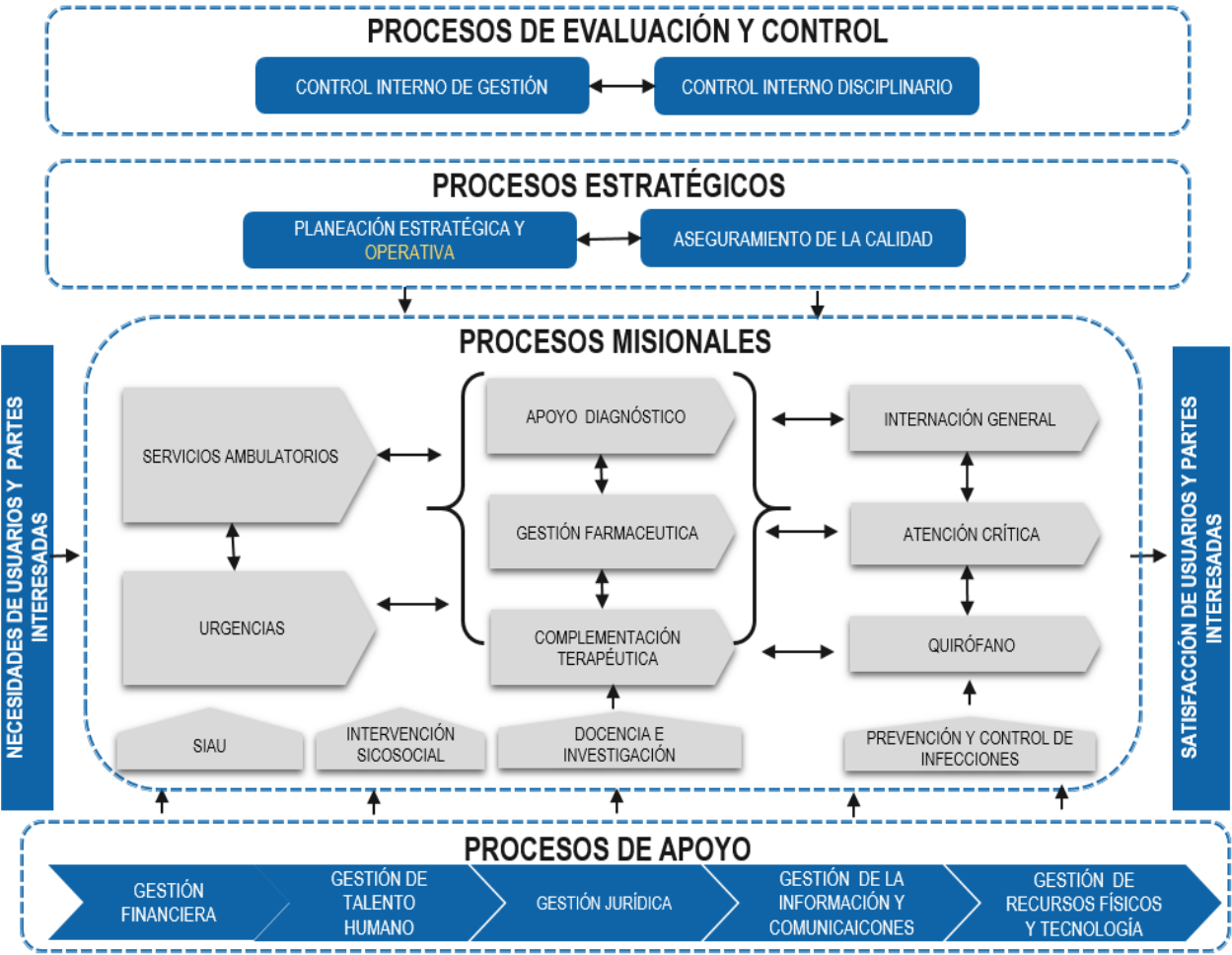
- **Excelencia:** Buscamos establecer y mantener altos estándares, buscando siempre la perfección y superando las expectativas a través de la innovación, la responsabilidad ética y la orientación al cliente.
- **Integralidad:** Somos íntegros, garantizamos la coordinación y la coherencia de todas las acciones y recursos para ofrecer respuestas integradas y efectivas.
- **Oportunidad:** Tenemos la capacidad de actuar en el momento adecuado para aprovechar las circunstancias favorables y responder eficazmente a las necesidades y demandas. Somos proactivos para minimizar los riesgos.
- **Humanización:** consideramos y respetamos la dignidad, los valores y las necesidades humanas en todas las acciones y procesos. Trabajamos con empatía, compasión y comprensión, reconociendo su individualidad y su humanidad.

- **Gestión del conocimiento:** actuamos en torno a la gestión del conocimiento efectiva valorando y fomentando el saber colectivo y asegurando que el conocimiento se convierta en un recurso estratégico para la toma de decisiones y la mejora continua de los procesos.
- **Transparencia:** Propondemos a la apertura, claridad y honestidad en todas las acciones, decisiones y comunicaciones como institución.
- **Calidad:** Superamos las expectativas y necesidades de los usuarios mediante la prestación de servicios con altos estándares de calidad. Trabajamos permanentemente para mejorar cada día.

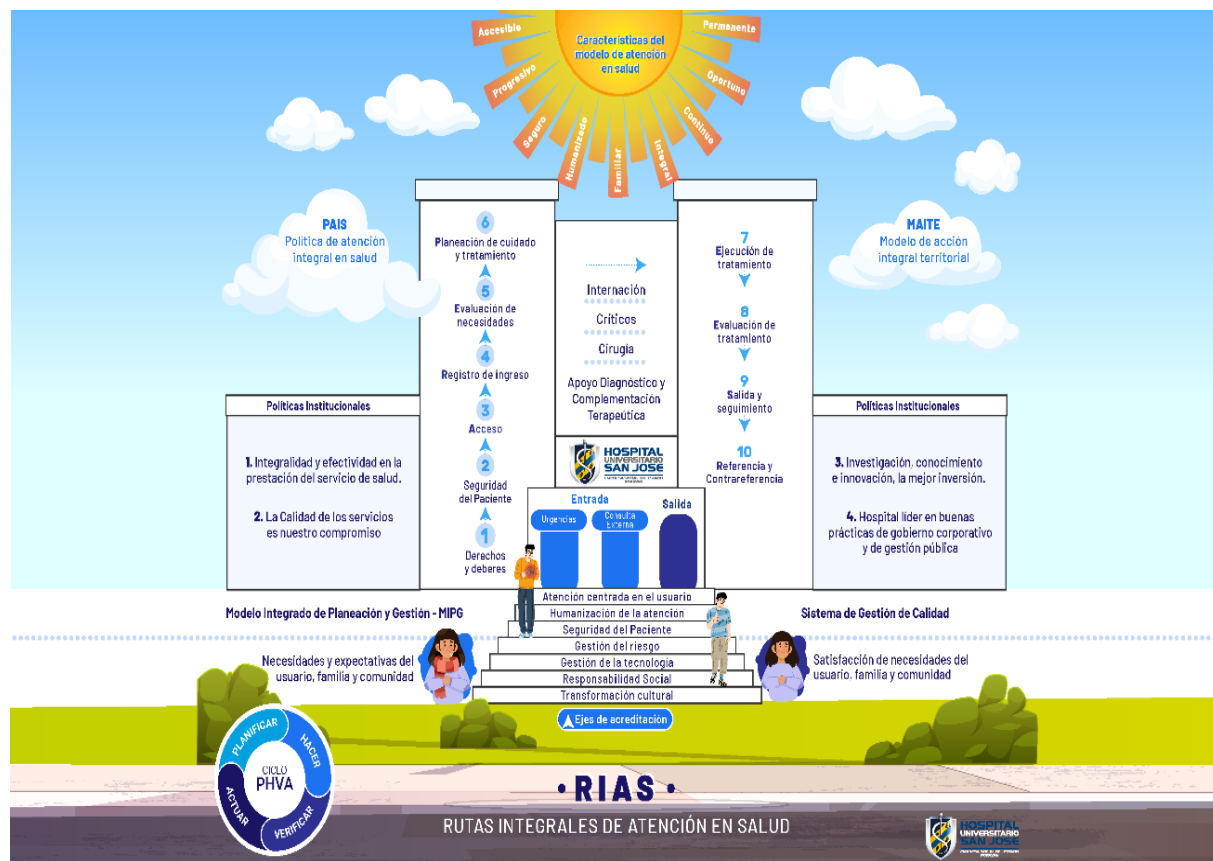
6.5 Valores

- Diligencia
- Justicia
- Respeto
- Compromiso
- Liderazgo
- Honestidad
- Ética Profesional

6.6. Mapa de Procesos



6.7. Modelo Prestación de Servicios



7. Metodología

El Plan de Desarrollo Institucional constituye la carta de navegación del Hospital Universitario San José de Popayán para el periodo gerencial 2024-2028, el cual busca ser coherente con las necesidades de la institución. Por tal razón, su construcción se realizó de manera incluyente y participativa, asegurando la inclusión de las políticas y planes de desarrollo a distintos niveles y alineando los objetivos estratégicos con las necesidades y expectativas de todos los involucrados.

Este proceso desarrolló una recopilación y análisis de información tanto del contexto interno como externo, así como un proceso de socialización y ajuste participativo.

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizaron las siguientes actividades:

7.1 Formulación del plan de desarrollo institucional

Construcción de la Plataforma Estratégica:

Objetivo:

Determinar la misión, visión, principios y objetivos estratégicos del Hospital San José.

Participantes:

Alta gerencia

Usuarios del hospital

Talento humano del hospital

Metodología:

Diagnósticos Participativos, encuestas y entrevistas: se recopiló la información necesaria de los participantes para definir los componentes del marco filosófico.

Reuniones Iniciales: Se realizaron sesiones con la Alta Gerencia para definir el enfoque y los métodos de participación, así como su visión a mediano y largo plazo.

Talleres y Encuestas: Se realizaron talleres de diagnóstico participativo y encuestas a usuarios y personal del hospital para obtener su perspectiva sobre la misión, visión, principios y objetivos estratégicos, los cuales permitieron ampliar el alcance de los objetivos propuestos y establecer metas coherentes con la realidad de cada uno de los procesos.

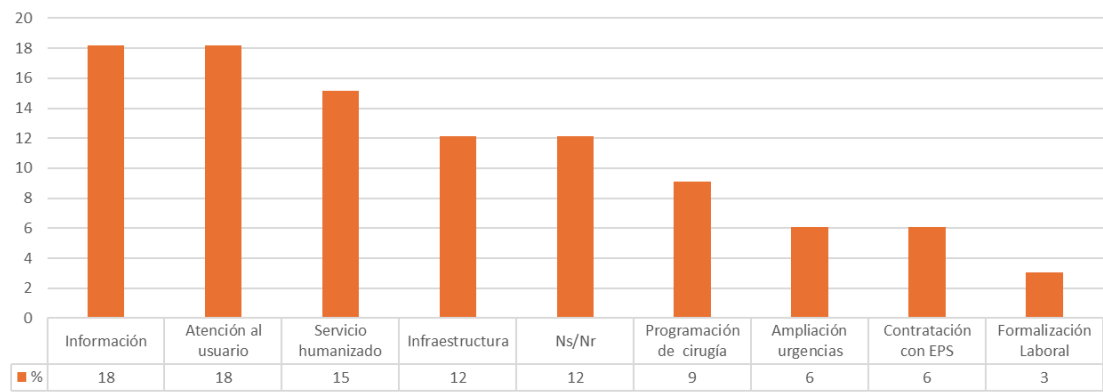
Durante los talleres se construyó una matriz DOFA y una PESTEL que permitieron establecer las diferentes estrategias teniendo en cuenta las oportunidades, fortalezas, debilidades y amenazas del contexto interno y externo.

Análisis de Datos: Se analizó la información recopilada, la cual permitió establecer un primer borrador del marco filosófico.

Resultado de las encuestas:

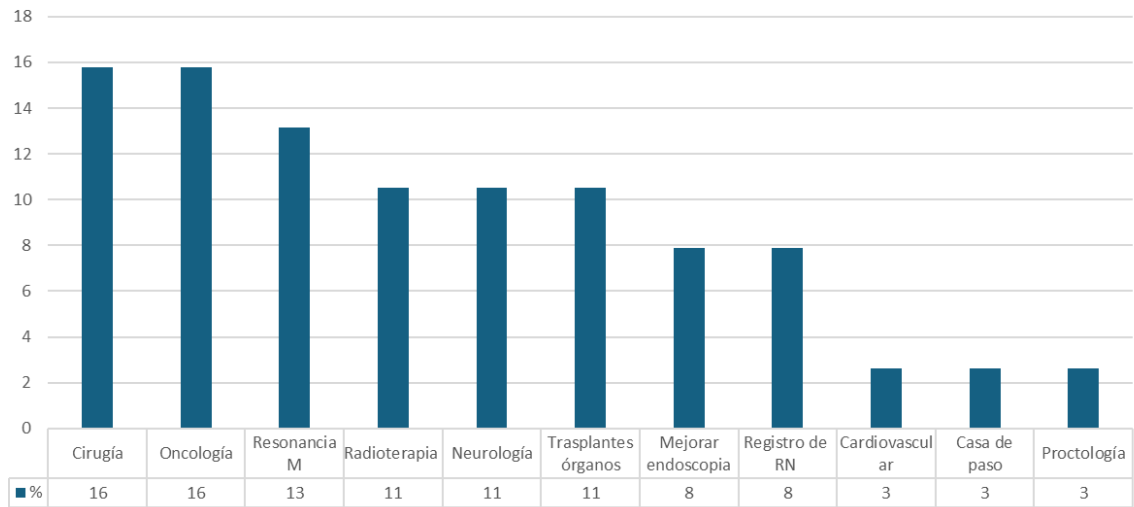
La gráfica muestra las expectativas de la comunidad frente al desempeño del Hospital Universitario San José de Popayán durante el cuatrienio 2024-2028.

EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS EN DESARROLLO INSTITUCIONAL

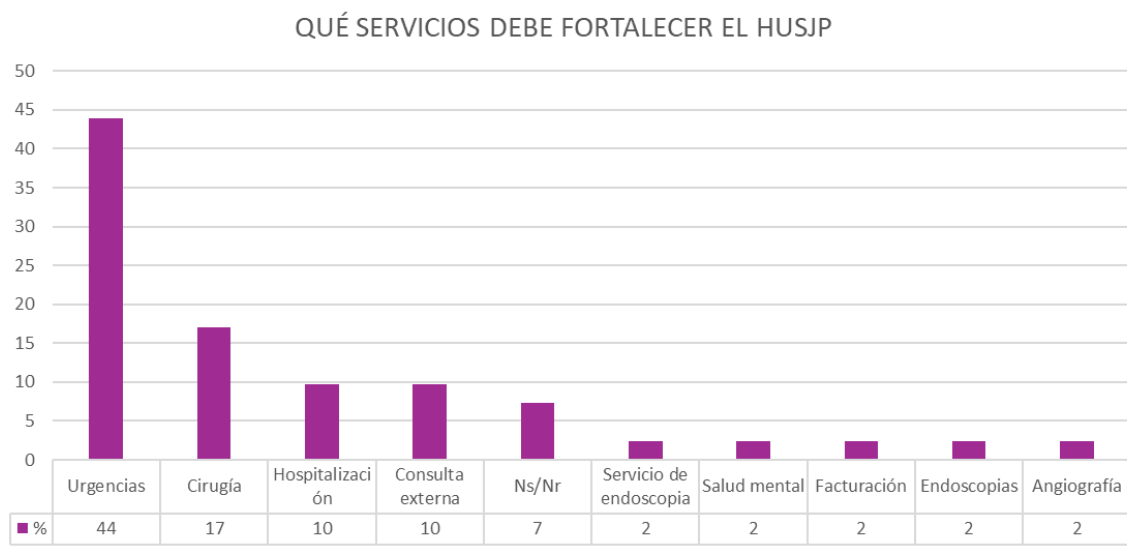


Expectativas de la comunidad frente nuevos servicios en el Hospital Universitario San José de Popayán durante el cuatrienio 2024-2028.

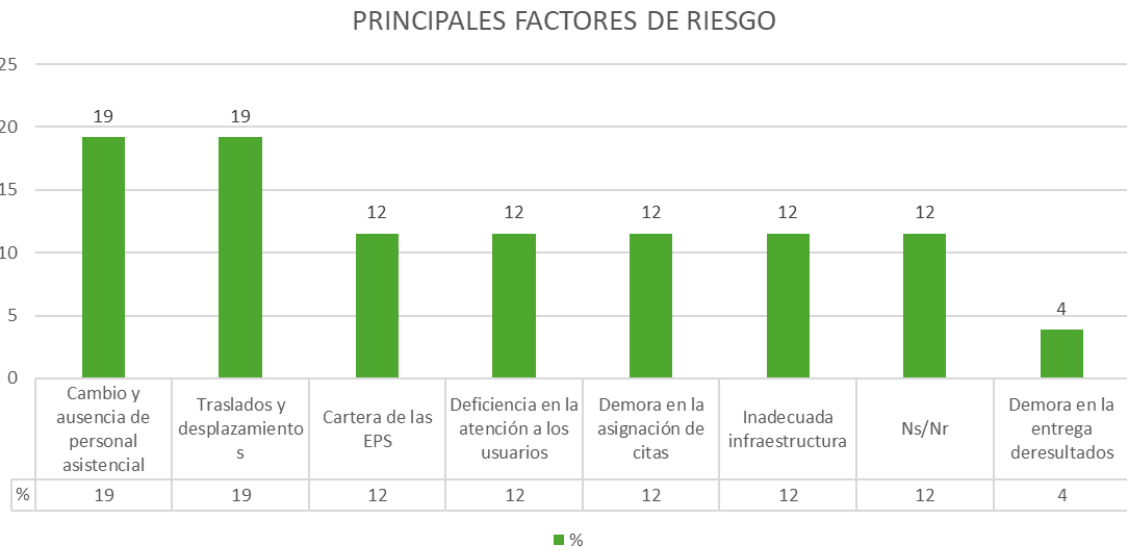
EXPECTATIVAS EN NUEVOS SERVICIOS



Percepción de los usuarios frente al desempeño del Hospital Universitario San José de Popayán durante el cuatrienio 2024-2028.



Percepción de los usuarios frente a los principales factores de riesgo que pueden afectar la prestación del servicio.



Frente a la accesibilidad los usuarios relacionaron los siguientes elementos como definitivos en el proceso de mejora en la atención del HUSJ:

Frente a la accesibilidad los usuarios relacionaron los siguientes elementos como definitivos en el proceso de mejora en la atención del HUSJ:



#ENALIANZAPORUNAATENCIÓNDIGNAEINTEGRAL

7.1.1. Matriz Dofa

FODA	Oportunidades		
		Normas y tendencias a la formalización laboral	
		Actualización de tecnología	
		Uso racional de agua y energía	
		Participar en proyectos que generen ingresos	
		Hospital amigable con el medio ambiente	

		Gestión de proyectos		
		Diversidad étnica		
		Energías renovables		
		Nuevas tendencias en tics		
		Recursos económicos existentes a nivel nacional gubernamental para financiación de proyectos		
		Alianzas estratégicas con ips		
		Hospital de referencia con telemedicina		
		Acceder al sistema de regalías para financiación de proyectos de inversión		
		Potencialidad de atención en medicina prepagada y planes especiales		
		Acceso a procesos de reconocimiento y certificación		
			Desabastecimiento de insumos	

Fortalezas	Estrategias ofensivas fo		
Talento humano calificado	Gestión de recursos económicos para la renovación de la tecnología biomédica, industrial, de la información y comunicaciones		
Complementariedad en la atención			
Infraestructura y equipos *tecnología biomédica	Autosostenibilidad financiera con adecuado recaudo y reinversión		

Proceso de acreditación enfoque al mejoramiento		
Actualización permanente personal asistencial	Consolidar la certificación en acreditación en salud y constituirse como hospital universitario	
Internación	Fortalecer el modelo de atención enfocado en el flujo de pacientes	
Closter de nefrología y servicio de neonatos		
Cuenta con proceso de investigación e innovación		
Hacer parte de la red global de hospitales verdes		
Desarrollo hemodinamia y angiografía trasplantes		
Central de mezclas farmacia		
Presentación ante Icontec par acreditación		
Compra de ambulancia		

Inicio construcción de nueva torre			
Desarrollo seguridad del paciente			
Alta demanda del servicio y confianza del usuario			
Cabeza red pública en el departamento			
Hospital universitario			
Servicios únicos> salud mental, quemados, sala de infusiones			
Equipo de prevención de iaas			
Contar con banco de sangre			
Enfoque diferencial			
Actualización del plan de obsolescencia			
Siau			
Señalética			

Servicios habilitados				
Espacios al aire libre				
Madre canguro, banco de leche, programa humanización				
Responsabilidad social				
Albergue casa de paso				
Desarrollo incipiente de prerrogativas				
Fortalecimiento cultura 5s				
Sin riesgo financiero ni endeudamiento				
Good Will institucional				
Colciencias				
Cuenta con dos bienes inmuebles como parte de su patrimonio				
Hogar de paso				

Tiene definido un modelo de atención				
Debilidades	Estrategias reorientación do			
Tipo de vinculación laboral, modelos de contratación afectan al t.h	Gestión del talento humano para lograr mejores competencias, compromiso con el mejoramiento continuo, cultura del servicio y enfoque diferencial en la atención			
Sistema de información deficiente	Gestión para el fortalecimiento del sistema de información institucional y de comunicaciones			
Seguridad informática	Coordinar acciones para dar cumplimiento a la formalización laboral			
Falta adherencia a protocolos institucionales	Desarrollo institucional con enfoque en objetivos de desarrollo sostenible			
Rotación personal	Fortalecimiento de los servicios que la institución es única en su prestación en el sector			
Educación continua institucional	Gerencia de procesos			
Falta espacio esparcimiento para el cliente interno				

Insuficiente personal para cubrir capacidad instalada			
Importunidad en cirugía			
Falta equipos de alta complejidad para fortalecer prestación de servicios			
Falta de un sistema de comunicación funcional incluido call center			
Modalidad de contratación que afecta los procesos			
Demora en proceso contractual en jurídica			
Carencia de traslado asistencial propio y oportuno			
Fallas en la conectividad			
Capacidad instalada en urgencias superada			
Inadecuada atención del paciente			

psiquiátrico en urgencias				
Falta comunicación entre procesos internos				
Deficiencia en la red hidráulica contra incendios				
Falta estabilidad laboral				
Falta de insumos suministros y dispositivos médicos				
Giro cama				
Cumplimiento de la política cero papel				
Cambio de procesos por cambio en la administración cada 4 años				
Alta cartera de difícil cobro				
Desabastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos				
Tanque de agua en quinto piso				

Falta de planos eléctricos, hidráulico sanitario s y de gases				
Pacientes en abandono social				
Aire acondicionado				
Riesgo de incendio				
Dependencia total de dgh , en caso de falla no existe otro sistema				
No competitivos en el mercado por tarifas				
Falta de competitividad por tarifas				
Celeridad en procesos administrativos				
Deficiente proceso de selección, evaluación y retiro del personal				
Bajo impacto del programa de capacitación y bienestar social				
Falta desarrollo del sistema de gerencia de				

la información y plataforma tecnológica				
Gestión por dependencias y no por procesos				
No se cuenta con un plan de reordenamiento físico y funcional para proyección de servicios				
Portafolio de servicios no acorde a las necesidades del usuario con base a la complejidad de la institución				
Falta de supervisión y auditoria a la prestación del servicio especialmente en los finés de semana				
No se cuenta con la certificación como hospital universitario				
Bajo desarrollo del proceso investigativo institucional				
Falta fortalecer la gestión del riesgo implementando el riesgo clínico				

Sistema de costos manual e inoportuno en su respuesta				
Falta cultura de servicio al cliente y humanización en la prestación del servicio				
Proceso de gestión documental				
Obsolescencia de equipos				
Colapso de algunos servicios por falta de reforzamiento estructural				
Subutilización de algunos servicios				
No se cuenta con estudio del estado del alcantarillado institucional				
No se cuenta con planta de manejo de aguas residuales				
No cuenta con suficiente oferta de transporte asistencial medicalizado				

Falta consistencia en la información estadística y epidemiológica				

7.1.2. Recopilación de información secundaria para el contexto interno

Objetivo: Reunir datos estadísticos y de contexto interno del hospital.

Datos recopilados:

- Estadísticas del hospital (atenciones, ocupación, servicios)
- Información epidemiológica
- Calidad de los servicios
- Situación administrativa
- Situación financiera

Metodología: Se revisaron los informes internos, las bases de datos del hospital y la información suministrada por cada una de las áreas.

Recolección de Datos: Se solicitó a cada coordinador de área información relevante y comparativa sobre la situación y el estado actual de su proceso con el fin de recopilar estadísticas internas del hospital.

Análisis de Datos: Se analizó la información, identificando fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora.

7.1.3. Recopilación de Información para el Contexto Externo

Objetivo: Analizar el entorno externo del hospital a nivel nacional, departamental y municipal.

Datos recopilados:

Políticas nacionales de salud

Planes de desarrollo nacional, departamental y municipal

Estadísticas y tendencias de salud pública

Metodología: Se revisaron documentos oficiales, estudios sectoriales y fuentes gubernamentales que permitieron determinar la situación actual del sistema de salud en el país y el territorio.

Investigación Documental: Se recopilaron y revisaron documentos relevantes del contexto externo como el Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud del Departamento del Cauca 2022, los Planes de Desarrollo y las políticas nacionales que articulan este componente.

Análisis de Contexto: Se evaluó la información para entender cómo impacta la institución.

7.1.4. Coherencia con Políticas y Planes de Desarrollo y Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Objetivo: Asegurar que el direccionamiento estratégico del hospital esté alineado con las políticas y planes de desarrollo nacional, departamental y municipal.

Metodología: Se realizó una comparación del borrador del direccionamiento estratégico con las políticas y planes de desarrollo garantizando que se encuentre alineado con los objetivos establecidos en los mismos.

Revisión Comparativa: Se verificó la alineación del direccionamiento estratégico con las políticas y planes permitiendo establecer una coherencia entre los mismos.

7.1.5. Construcción de la Versión Final del Plan Estratégico

Objetivo: Elaborar la versión final del plan estratégico del hospital.

Metodología: Integración de políticas, programas y objetivos estratégicos.

Revisión y Ajuste: Se revisaron los componentes del direccionamiento estratégico y se ajustaron con lo identificado en el diagnóstico para establecer su versión final.

7.1.6. Definición de Proyectos, Indicadores y Metas

Objetivo: Establecer proyectos, líneas base, indicadores de seguimiento y metas del plan estratégico.

Metodología: Con base en el diagnóstico participativo, en el análisis de datos y en los aportes realizados por los componentes asistencial, administrativo y los usuarios, se construyó la matriz estratégica del PDI.

Definición de Proyectos: Identificar y describir los proyectos necesarios para alcanzar los objetivos estratégicos.

Establecimiento de Indicadores: Determinar indicadores de seguimiento y líneas base.

Fijación de Metas: Establecer metas anuales y del cuatrienio para cada indicador.

7.1.7. Plan de Inversiones

Objetivo: Definir las inversiones necesarias para el cuatrienio.

Metodología: Se determinó de la mano de la Alta Gerencia las inversiones correspondientes al cuatrienio y se discriminaron en metas anuales.

Definición de Inversiones: Se determinó con la Alta Gerencia las inversiones necesarias por año para alcanzar las metas propuestas.

7.1.8. Socialización y Ajustes del Plan de Desarrollo

Objetivo: Socializar la propuesta del plan de desarrollo y realizar ajustes finales.

Metodología: Revisión y análisis participativo del plan con los grupos de interés que hicieron parte del proceso de construcción del mismo.

Presentación del Plan: Socializar el plan con la junta directiva y otros actores clave.

Revisión y Ajustes: Recoger comentarios para retroalimentar y realizar los ajustes necesarios.

Elaboración del Proyecto de Acuerdo: Se redactará el proyecto de acuerdo para la aprobación final por parte de la junta directiva y la implementación del Plan de Desarrollo Institucional 2024-2028.

8. Formulación de los componentes estratégicos del plan de desarrollo institucional

El plan de desarrollo institucional está organizado en cuatro líneas estratégicas que dan respuesta a los objetivos institucionales, consagrados en el acuerdo 002 de 2004 así:

- **En Alianza por la Excelencia en Salud**
- **En Alianza por un Buen Gobierno y Equilibrio Financiero**
- **En Alianza por un Hospital Universitario**
- **En Alianza por la innovación e investigación institucional**



8.1. Relación ods/matriz estratégica.



8.2. Componente Estratégico

A continuación, desarrollamos cada una de las líneas

En Alianza por la Excelencia en Salud: El Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E. debe Prestar servicios de salud con altos estándares de calidad, seguridad y humanización en la atención de los pacientes, hospital acreditado con elaboración e implementación del plan de mejora de las actividades presentadas en el informe final de la Junta de Acreditación, e implementación de la política de humanización y seguridad del paciente evaluadas y actualizadas.

Objetivo Estratégico: Garantizar la prestación de servicios de salud complementarios en el marco de la alta complejidad, mediante el fortalecimiento del modelo de atención y el alcance de niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad. Obteniendo el 100% de cumplimiento estándares de habilitación de los servicios que se ofrecen en salud

Programas:

- Reorganización física y funcional.
- Atención integral al paciente con patología oncológica.
- Fortalecimiento del portafolio de servicios de alta complejidad.
- Fortalecimiento de la infraestructura física hospitalaria.
- Innovación en tecnología y equipos médicos e industriales.
- Atención integral en salud humanizado y eficiente.
- Gestión para el Índice de Seguridad Hospitalaria - ISH.
- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud - SOGCS.
- Aseguramiento de la Calidad.

Línea estratégica	Programa	Meta del cuatrienio	Línea base	Unidad de medida	Nombre del Indicador	Área Responsable
En Alianza por la Excelencia en Salud.	Reorganización física y funcional.	Elaborar, aprobar y radicar ante el Ministerio de Salud el Plan Maestro de Inversiones en salud.	0	Número	Proyecto Plan Maestro de Inversiones en salud Radicado en MINSALUD	Subgerencia Administrativa

	Atención integral al paciente con patología oncológica.	Implementar en un 60% la Unidad Funcional de Cáncer del Adulto (UFCA) y la Unidad de atención de cáncer infantil (UACAI)	0	Porcentaje	Unidad Oncológica Implementada.	Subgerencia Científica Subgerencia Administrativa
	Fortalecimiento del portafolio de servicios de alta complejidad.	Incrementar en un 75% servicios de alta complejidad: Oncología, Cirugía Cardio Vascular, telemedicina y Trasplante.	20%	Porcentaje	Servicios de Alta Complejidad fortalecidos e implementados.	Subgerencia Científica Subgerencia Administrativa
	Fortalecimiento de la infraestructura física hospitalaria.	Acondicionar en un 80% la infraestructura física de los proyectos priorizados según estudio del Plan Maestro	vigencia 2024	Porcentaje	Infraestructura Física Hospitalaria	Subgerencia Científica
	Innovación en tecnología y equipos médicos e industriales y parque automotor.	Implementar en un 80% el plan de adquisición, renovación, innovación de tecnología biomédica, industrial y dotación de mobiliario Hospitalario.	0	Porcentaje	Porcentaje de implementación del Plan de adquisición, renovación, innovación de tecnología biomédica, industrial y dotación de mobiliario Hospitalario Dotación Hospitalaria implementado.	Tecnología Biomédica
	Atención integral en salud humanizado y eficiente.	7 rutas de atención implementadas por encima del 80%.	RIAS vigencia 2024	Porcentaje	Porcentaje de implementación de las Rutas de Integrales de Atención en Salud Implementadas.	Subgerencia Científica

	Gestión para el Índice de Seguridad Hospitalaria - ISH.	Implementar las acciones programadas en el plan del índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) el para llegar a un 0,8.	0,7	Número	índice de Seguridad Hospitalaria.	Mantenimiento Biomédica SST
	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud - SOGCS/SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	Llevar a 2,8 la medición de calidad para garantizar la certificación y acreditación en calidad	2,7	Número	Institución Acreditada en Altos Estándares de la Calidad.	Aseguramiento de la Calidad
	Sistema de Gestión de Calidad bajo la NTC ISO 9001: 2015	Realizar el 100% de las auditorías internas	0	Porcentaje	Desempeño del sistema de gestión de la calidad	Aseguramiento de la Calidad Control Interno

En Alianza por un Buen Gobierno y Equilibrio Financiero: El Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E. debe implementar sistemas de gestión eficiente de recursos, optimizar los procesos administrativos y clínicos, y realizar auditorías financieras regulares, además de garantizar rentabilidad, competitividad y sostenibilidad financiera, con procesos administrativos operando con base en eficiencia, rentabilidad y tarifas competitivas en los procesos de prestación de servicios.

Objetivo estratégico: Trabajar de manera integrada para el cumplimiento de los propósitos del buen gobierno corporativo, garantizando la sostenibilidad financiera, la seguridad de los datos, la gestión jurídica y del talento humano en procura de la oportuna y eficiente prestación de servicios de salud a la población del municipio de Popayán y el Cauca.

Programas:

- Contención y austeridad del gasto.
- Vigilancia y control para la sostenibilidad financiera.
- Comunicación como eje en la prestación de los servicios de salud.
- Ciberprotección institucional.
- Responsabilidad social empresarial (PRSE)
- Gestión ambiental
- Sistema de Gestión Institucional
- Gestión ambiental
- Protección legal institucional.
- Planeación y fortalecimiento del Talento Humano en salud.

	Programa	Meta del cuatrienio	Línea base	Unidad de medida	Nombre del Indicador	Área Responsable
En Alianza por un Buen Gobierno y Equilibrio Financiero.	Plan de Austeridad del gasto.	Plan de Austeridad Formulado e implementado	0	Porcentaje	Seguimiento al Plan de Austeridad	Subgerencia Administrativa Planeación
	Vigilancia y control para la sostenibilidad financiera.	Mantener el equilibrio presupuestal en un rango igual o menor a ≥ 1	1,04	Número	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Presupuesto
		Mantener el Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida en <0.9	0,86	Número	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida.	
	Ciberprotección Institucional	Implementar en un 50% el Plan de Gobierno de Datos que permita optimizar la gestión de la información.	0	Porcentaje	Porcentaje de implementación del Plan de gobierno de datos-Ciberprotección.	Sistemas
	Comunicación como eje en la prestación de los servicios de salud.	Implementar el 100% de las actividades del plan de comunicaciones.	0	Porcentaje	Porcentaje de implementación del Plan de comunicaciones	Comunicaciones
	Responsabilidad Social Empresarial (PRSE).	Mantener en 90% el Plan de Responsabilidad Social Empresarial.	90%	Porcentaje	Porcentaje de implementación del Plan de Responsabilidad Social Empresarial	Oficina Asesora de Planeación
	Gestión Ambiental	Implementar dos (2) estrategias encaminadas a fortalecer e innovar la gestión ambiental institucional. - PGIRASA.	0	Número	Índice de Estrategias encaminadas a fortalecer e innovar la gestión ambiental institucional.	Gestión Ambiental

	Protección legal institucional	Implementar el 100% de las acciones incluidas en la política de prevención del daño antijurídico	0	Porcentaje	Porcentaje de implementación de la política de prevención del daño antijurídico.	Oficina Asesora Jurídica
	Planeación y fortalecimiento del Talento Humano en salud	Implementar el Plan Estratégico de Talento Humano (PETH) en un 87%.	81%	Porcentaje	Porcentaje de implementación del Plan Estratégico de Talento Humano.	Talento Humano
		Formalizar 504 Personas del área asistencial.	0	Número	Formalización del Personal para el HUSJ	Talento Humano

En Alianza por un Hospital Universitario: El Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E. debe ejercer como un centro de aprendizaje práctico y teórico que garantice el desarrollo de capacidades personal en formación y profesionales en formación en las distintas disciplinas de la salud.

Objetivo estratégico: Mejorar la formación académica y profesional de estudiantes y personal del hospital.

Programa:

- Servicio y formación a colaboradores del Hospital, estudiantes y docentes.

Línea estratégica	Programa	Meta del cuatrienio	Línea base	Unidad de medida	Nombre del Indicador	Área Responsable
En Alianza por un Hospital Universitario.	Servicio y formación a colaboradores del Hospital, estudiantes y docentes	Hospital reconocido como Universitario por el MSPS	Hospital Universitario San José de Popayán no reconocido.	N/A	Reconocimiento como Hospital Universitario por parte del MSPS	Docencia Servicio Innovación e investigación

En Alianza por la innovación e investigación institucional: Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E. debe desarrollar prácticas innovadoras e investigaciones científicas para avanzar en el conocimiento médico, mejorar las prácticas de atención y desarrollar nuevas tecnologías o tratamientos.

Objetivo estratégico: Fortalecer la investigación científica y la innovación en salud para contribuir a la gestión del conocimiento

Programa:

Fomento a la cultura de la investigación y la innovación.

Línea estratégica	Programa	Meta del cuatrienio	Línea base	Unidad de medida	Nombre del Indicador	Área Responsable
En Alianza por la innovación e investigación institucional.	Fomento a la cultura de la investigación y la innovación.	Cumplimiento del programa para el fomento y la investigación y la innovación.	Grupo de investigación conformado	Porcentaje	Índice de innovación e investigación.	Innovación e investigación

Tabla de indicadores resultado:

INDICADORES DE RESULTADO

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	NOMBRE DEL INDICADOR	RESPONSABLE
"En Alianza por la Excelencia en Salud".	salud complementarios en el marco de la alta complejidad, mediante el fortalecimiento del modelo de atención y el alcance de niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad.	Acreditación en la prestación de los Servicios de Salud	Subgerencia Administrativa y Financiera Subgerencia Científica
"En Alianza por un Buen Gobierno y Equilibrio Financiero"	Trabajar de manera integrada para el cumplimiento de los propósitos del buen gobierno corporativo, garantizando la autosostenibilidad financiera, la seguridad de los datos, la gestión jurídica y del talento humano en procura de la oportuna y eficiente prestación de servicios de salud a la población del municipio de Popayán y el Cauca.	Hospital Universitario San José líder en buenas prácticas administrativas y gobierno corporativo.	Gerencia Subgerencia Administrativa y Financiera
"En Alianza por un Hospital Universitario"	Mejorar la formación académica y profesional de estudiantes y personal del hospital.	Reconocimiento como Hospital Universitario	Sugerencia Científica
"En Alianza por la innovación e investigación institucional"	Fortalecer la investigación científica y la innovación en salud para contribuir a la gestión del conocimiento. Sugerencia Científica	Número de proyectos y publicaciones científicas Presentadas a MINCIENCIAS	Sugerencia Científica

9. Plan de Inversiones

Está apalancado con base a la proyección de ingresos y gastos (presupuesto) del hospital, se toma como base el presupuesto del año 2024 el cual se ajusta con la inflación estimada por el banco de la república.

Las inversiones se distribuyen año a año para el cuatrienio 2024-2027, compuesto por recursos propios y fuentes de financiación externa que serán gestionadas por la alta gerencia del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. La inversión con fuentes de recursos propios se proyecta y se ajusta para apalancar el 100% del plan de inversión para el cuatrienio.

El programa de contención del gasto, el cual contiene el plan de austeridad, en la tabla se proyecta con un 0.1% anual sobre el gasto anual a partir del año 2025

PROYECCIÓN DE INGRESOS Y GASTOS 2024 -2027

CONCEPTO	2024	2025	2026	2027
INGRESOS ANUALES	\$ 409.074.000.000	\$ 432.063.958.800	\$ 445.328.322.335	\$ 462.696.126.906
DISPONIBILIDAD INICIAL	\$ 60.000.000.000	\$ 63.372.000.000	\$ 65.317.520.400	\$ 67.864.903.696
INGRESOS CORRIENTES	\$ 343.553.000.000	\$ 362.860.678.600	\$ 374.000.501.433	\$ 388.586.520.989
RECURSOS DE CAPITAL	\$ 5.521.000.000	\$ 5.831.280.200	\$ 6.010.300.502	\$ 6.244.702.222
GASTOS ANUALES	\$ 407.072.000.000	\$ 429.949.446.400	\$ 443.148.894.404	\$ 460.431.701.286
GASTO DE OPERACIÓN	\$ 391.063.850.152	\$ 404.850.791.039	\$ 419.127.400.672	\$ 435.678.407.000
SERVICIO A LA DEUDA PÚBLICA	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
INVERSIÓN	\$ 16.008.149.848	\$ 25.098.655.361	\$ 24.021.493.732	\$ 24.753.294.286
DISPONIBILIDAD FINAL	\$ 2.002.000.000	\$ 2.114.512.400	\$ 2.179.427.931	\$ 2.264.425.620
POLÍTICA DE AUSTERIDAD	\$ 0	\$ 429.949.446	\$ 443.148.894	\$ 460.431.701
DISPONIBILIDAD TOTAL CON POLÍTICA DE AUSTERIDAD	\$ 2.002.000.000,00	\$ 2.544.461.846,40	\$ 2.622.576.825,08	\$ 2.724.857.321,26

Se muestran en las tablas los programas con la distribución proyectada año a año de los recursos necesarios para su ejecución. y sus respectivas fuentes de financiación.

Programa	PLAN DE INVERSIONES					FUENTES DE FINANCIACIÓN		Proyecto/ Planes
	2024	2025	2026	2027	Total, Cuatrienio	8. Recursos de Gestión	1. Recursos propios	
Reorganización física y funcional	\$1.800.000.000	\$1.800.000.000	\$0	\$0	\$3.600.000.000		\$3.600.000.000	Plan Maestro De Reordenamiento Físico de Servicios e Infraestructura Hospitalaria, para el Hospital Universitario San José De Popayán.
Atención integral al paciente con patología oncológica.	\$2.500.000.000	\$2.500.000.000	\$2.500.000.000	\$2.500.000.000	\$10.000.000.000	\$10.000.000.000	\$0	Gestión del proyecto para la implementación de la UFCA y UACAI

Programa	PLAN DE INVERSIONES					FUENTES FINANCIACIÓN		Proyecto/ Planes
	2024	2025	2026	2027	Total, Cuatrienio	8. Recursos de Gestión	1. Recursos propios	
Fortalecimiento del portafolio de servicios de alta complejidad	\$0	\$13.800.000.000	\$5.500.000.000	\$2.000.000.000	\$21.300.000.000	\$20.000.000.000	\$1.300.000.000	Fortalecer y ampliar del servicio de cirugía cardiovascular

								Gestión del proyecto para la implementación del servicio de Unidad de Cuidado Intensivo Coronario
								Gestión del proyecto para la implementación del servicio de telemedicina
								Resonancia magnética nuclear Acelerador lineal - braquiterapia Trasplante

Programa	PLAN DE INVERSIONES					FUENTES DE FINANCIACIÓN			Proyecto/ Planes
	2024	2025	2026	2027	Total, Cuatrienio	Transferencias Nacionales	Recursos de Gestión	Recursos propios	
Fortalecimiento de la infraestructura física hospitalaria.									Ampliación y remodelación del servicio de Imágenes Diagnósticas
	\$2.500.000.000	\$20.500.000.000	\$14.500.000.000	\$13.000.000.000	\$50.500.000.000	\$ 0	\$44.500.000.000	\$6.000.000.000	Ampliación área física del servicio de Unidad mental del Hospital Universitario San José de Popayán
									Ampliación y remodelación de la infraestructura del servicio de Urgencias

									Ampliación área física del servicio de Cirugía, y Central de Esterilización del Hospital Universitario San José de Popayán
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Programa	PLAN DE INVERSIONES					1. Recursos propios	Proyecto/ Planes
	2024	2025	2026	2027	Total, Cuatrienio		
Gestión para el Índice de Seguridad Hospitalaria - ISH	\$5.000.000.000	\$5.281.000.000	\$5.655.408.641	\$5.892.938.804	\$21.829.347.445	\$21.829.347.445	Reducción del riesgo mediante el fortalecimiento y preparación para desastres y reducción de la vulnerabilidad en instalaciones sanitarias del Hospital Y adecuaciones y mantenimiento
Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud - SOGCS y Sistema único de Acreditación	\$2.150.000.000	\$2.650.000.000	\$2.235.800.000	\$2.300.000.000	\$9.335.800.000	\$9.335.800.000	Implementar el Sistema Único de Acreditación para lograr el reconocimiento por parte de ICONTEC
Sistema de Gestión de Calidad bajo la NTC ISO 9001: 2015	\$50.000.000	\$50.000.000	\$50.000.000	\$50.000.000	\$200.000.000	\$200.000.000	Implementar y certificar el sistema de gestión de calidad bajo la norma NTC ISO 9001: 2015
Contención y Austeridad en el gasto		\$50.000.000	\$60.000.000	\$60.000.000	\$170.000.000	\$170.000.000	Plan para la contención de costos y gastos
Vigilancia y control para la sostenibilidad Financiera	\$0	\$100.000.000	\$100.000.000	\$100.000.000	\$300.000.000	\$300.000.000	
Ciberprotección institucional	\$2.000.000.000	\$3.117.877.157	\$378.119.600	\$389.727.862	\$5.885.724.619	\$5.885.724.619	Adquisición de software y hardware para el blindaje del sistema de información institucional.

Programa	PLAN DE INVERSIONES					Fuente Financiac ión	Proyecto/ Planes
	2024	2025	2026	2027	Total, Cuatrienio	Recursos propios	
Comunicación como eje en la prestación de los servicios de salud.	\$180.000.000	\$190.116.000	\$195.952.561	\$203.594.711	\$769.663.272	\$769.663.272	Plan de medios de comunicación y redes sociales, comunicación interna y externa, rendición de cuentas
Responsabilidad social empresarial (PRSE)	\$400.000.000	\$435.450.136	\$452.432.691	\$471.474.834	\$1.759.357.661	\$1.759.357.661	Hospital San José en pro de la sostenibilidad
Gestión ambiental	\$600.000.000	\$633.720.000	\$653.175.204	\$4.754.975.972	\$6.641.871.176	\$14.336.193.418	Ampliación y adecuación de la central de almacenamiento de Residuos del HUSJ.
							Proyecto de campañas educativas para el cuidado del ambiente y los recursos naturales.

Programa	PLAN DE INVERSIONES					Recursos propios	Proyecto/ Planes
	2024	2025	2026	2027	Total, Cuatrienio		
Protección legal institucional	\$0	\$100.000.000	\$100.000.000	\$100.000.000	\$300.000.000	\$300.000.000	Política con un enfoque jurídico hacia la defensa institucional
Planeación y fortalecimiento del Talento Humano en salud	\$365.397.547	\$385.932.889	\$397.781.028	\$413.294.489	\$1.562.405.953	\$1.562.405.953	Gestión del talento humano para el desarrollo de competencias, compromiso con el mejoramiento continuo, cultura del servicio y enfoque diferencial en la atención.
	\$0	\$1.200.000.000	\$12.500.000.000	\$8.500.000.000	\$22.200.000.000	\$22.200.000.000	Coordinar acciones para dar cumplimiento a la formalización laboral del talento humano en salud del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E.

Programa	PLAN DE INVERSIONES					FUENTE DE FINANCIACIÓN	Proyecto/ Planes
	2024	2025	2026	2027	Total, Cuatrienio	1. Recursos propios	
Servicio y formación a colaboradores del Hospital, estudiantes y docentes	\$140.000.000	\$147.868.000	\$152.407.558	\$158.351.442	\$598.627.000	\$598.627.000	Desarrollar programas de capacitación continua
							Integrar la simulación clínica en la formación

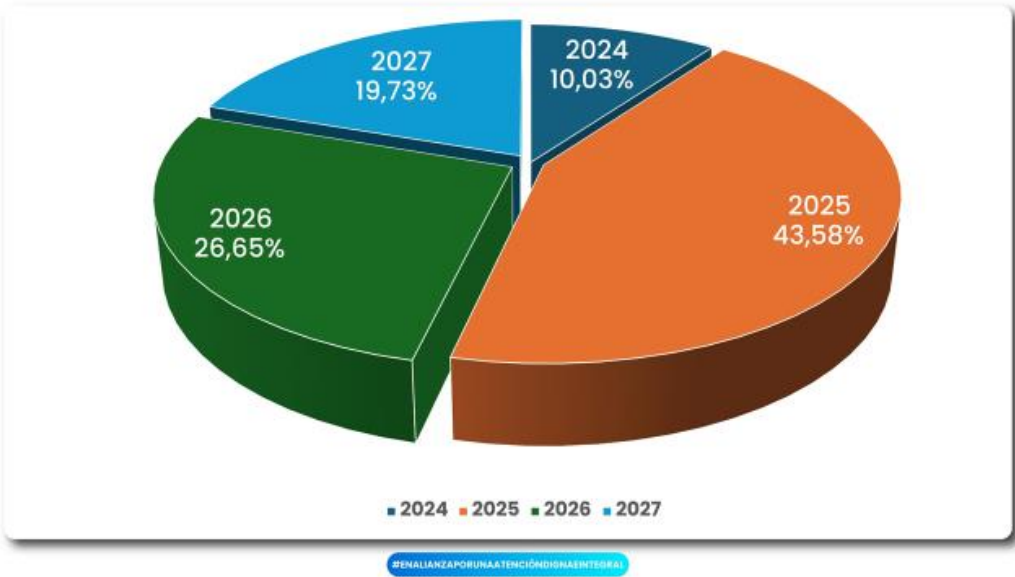
							Rotaciones clínicas estructuradas
							Implementar programas de evaluación y mejora continua
							Evaluaciones externas de calidad
Fomento a la cultura de la investigación y la innovación en el HUSJ.	\$0	\$200.000.000	\$250.000.000	\$300.000.000	\$750.000.000	\$750.000.000	Participación y éxito en proyectos de investigación y desarrollo que involucren a estudiantes, residentes y personal.

	PLAN DE INVERSIONES				FUENTES DE FINANCIACIÓN			
AÑO	2024	2025	2026	2027	Total Cuatrienio	Cofinanciación	Recursos de Gestión	Recursos propios
TOTALES	\$ 21.008.149.848	\$ 91.263.165.462	\$ 55.805.999.546	\$ 41.324.152.345	\$ 209.401.467.201	\$ 80.000.000	\$ 122.500.000.000	\$ 86.821.467.201
%	10,03%	43,58%	26,65%	19,73%	100%	0,04%	59%	41%

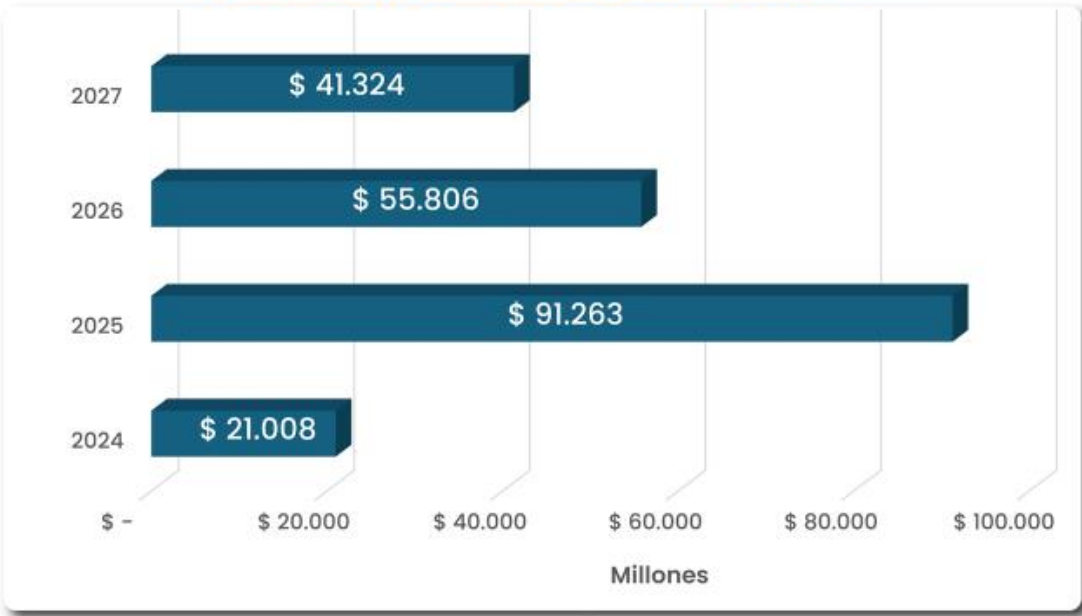
TOTAL INVERSIÓN PLAN DESARROLLO 2024-2028



PLAN DE INVERSIONES PARA EL CUATRENIO

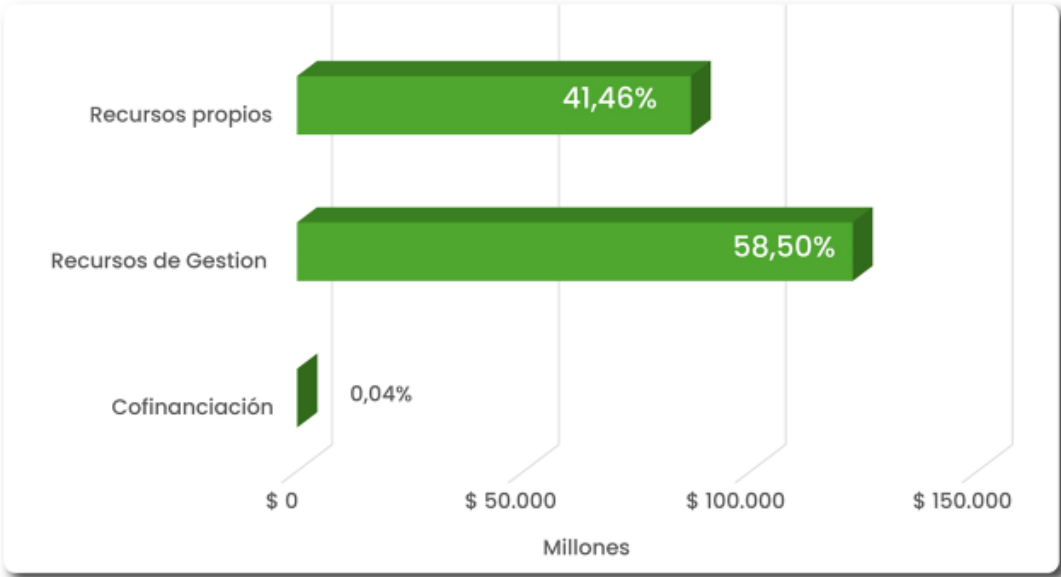


PLAN DE INVERSIONES 2024-2028 (EN PESOS)



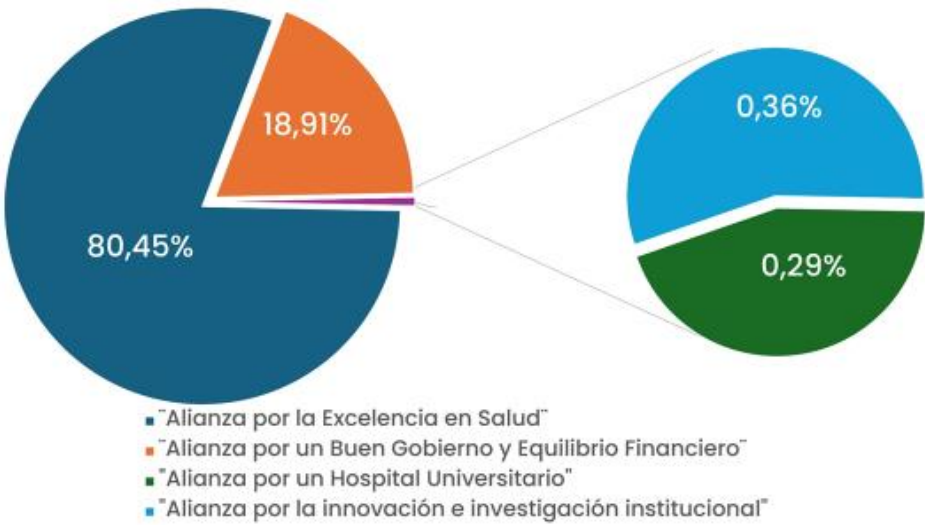
#ENALIANZAPORUNAATENCIÓNDIGNAEINTEGRAL

PLAN INVERSIONES 2024-2028
POR FUENTES FINANCIACIÓN



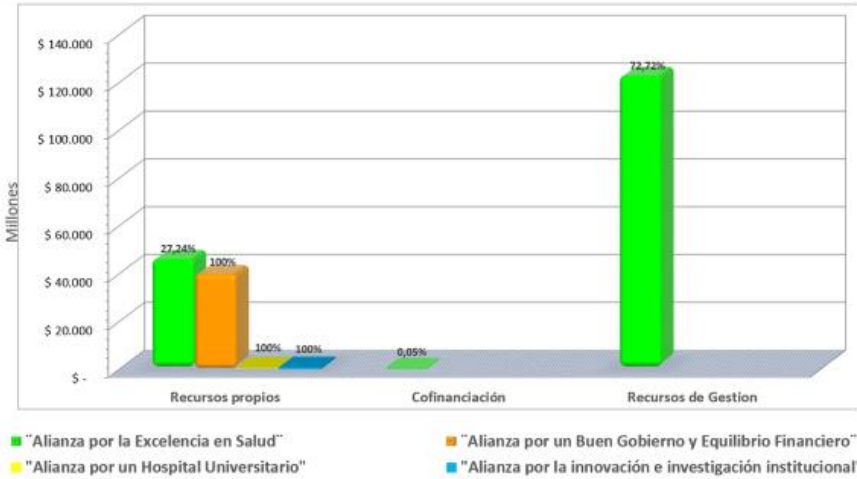
#ENALIANZAPORUNAATENCIÓNDIGNAEINTEGRAL

PLAN DE INVERSIÓN POR LÍNEAS ESTRATÉGICA



#ENALIANZAPORUNAATENCIÓNDIGNAEINTEGRAL

INVERSIÓN POR LINEA ESTRATÉGICA 2024-2028



#ENALIANZAPORUNAATENCIÓNDIGNAEINTEGRAL

10. Monitoreo y seguimiento

Este Plan se formuló de manera participativa vinculando los actores claves que permitieron identificar las acciones específicas en las cuatro (4) grandes áreas del Hospital.

Una vez aprobado, para garantizar su cumplimiento y el logro de las metas aquí propuestas es vital contar con un mecanismo de monitoreo y seguimiento que además de permitir conocer el avance de las metas permita tomar acciones correctivas en su implementación y comunicar a través de la rendición de cuentas a la ciudadanía el avance, barreras y logros obtenidos en el proceso de implementación. En este marco los subprocesos elaborarán el plan indicativo -instrumento de gestión que permitirá planificar las metas año a año-, que será el insumo para el monitoreo, seguimiento a la gestión y evaluación de resultados.

Este importante rol de monitoreo y seguimiento está a cargo de la Oficina Asesora de Planeación quien, a través de un tablero de control, recopilará la información que estará disponible para la toma de decisiones de la Junta Directiva, la Alta Gerencia y el equipo de trabajo.

El acopio de la información para la elaboración del informe de seguimiento y evaluación tendrá una periodicidad semestral de acuerdo con el siguiente calendario:

Periodo	Fecha para la recepción de información	Publicación del informe
Vigencia 2024	febrero 2025	marzo 2025
Vigencia 2025	febrero 2026	marzo 2026
Vigencia 2026	febrero 2027	marzo 2027
Vigencia 2027	febrero 2028	marzo 2028

Anualmente se realizarán ejercicios de rendición de cuentas a la comunidad y la Junta Directiva, el documento de informe de gestión será publicado en la página Web. Finalizada la gestión se elaborará un informe del cuatrienio el cual será socializado y presentado en las mismas instancias y medios.

La administración pública a través de estos procesos garantiza la transparencia en el uso de los recursos, la participación ciudadana y la efectividad de las acciones.

Periódicamente, se harán públicos los informes de seguimiento al plan cumpliendo con la 1757 de 2015 “Estatuto de Participación Ciudadana” y la Ley 1712 de 2014 de la Ley de Transparencia y del Derecho

de Acceso a la Información Pública Nacional la cual establece que los datos abiertos son todos aquellos datos primarios o sin procesar, que se encuentran en formatos estándar e interoperables que facilitan su acceso y reutilización, asegurando así el diálogo con la ciudadanía y la apertura para la consulta de información pública.

BIBLIOGRAFÍA:

- **OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (AGENDA 2030).** Organización de las Naciones Unidas.
- **PLAN NACIONAL DE DESARROLLO: COLOMBIA POTENCIA MUNDIAL DE LA VIDA 2022-2026.** Presidencia de la República de Colombia.
- **PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO: LA FUERZA DEL PUEBLO 2024-2027.** Gobernación del Cauca.
- **PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL: ALIANZA CON POPAYÁN 2024-2027.** Alcaldía Municipal de Popayán.
- **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA 2023– (ASIS CAUCA).** Secretaría de Salud del Cauca.
- **PLAN DECENAL DE SALUD 2022-2031.** Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
- **POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.** Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.