



Plan de **Desarrollo**

2024-2027



“Sembrando futuro en salud”

Jairo Mauricio Santoyo Gutiérrez
Gerente



ESE
Hospital
Regional de Duitama

Sitio web: <https://www.hrd.gov.co/>
Correo electrónico: contactenos@hrd.gov.co
Tel: (608) 7632323
Avenida las Américas carrera 35 Duitama, Boyacá.

Sara Lorena Vega Florez

Delegada del Gobernador

Oscar Manuel Jiménez Espinosa

Secretario de Salud de Boyacá

Alvaro Estupiñán Mejía

Representante del Sector Científico Interno

Eveanna Janneth Camacho Bustos

Representante del Sector Científico Externo

Gloria Esperanza Camargo Quintero

Representante de las Asociaciones o Alianzas de Usuarios

Jorge Armando Fonseca Hernández

Representante de los Gremios de Producción



TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	9
2. JUSTIFICACIÓN.....	9
3. MARCO LEGAL	10
4. ARTICULACION PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL Y NACIONAL	12
4.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible:.....	12
4.2 Articulación con el Plan Nacional de Desarrollo 2022 -2026 – Colombia, Potencia Mundial de la Vida: 14	
4.3 Articulación Plan Departamental 2024-2027 “Nuestro Gran Plan Es Boyacá”	15
5. METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO	17
5.1 Mecanismos de Escucha y Participación activa en la Formulación del Plan de Desarrollo	17
5.1.1 Taller de Futuro deseado, Nuestro Hospital en 10 años	17
5.1.2 Taller de Design Thinking	20
6. DIAGNOSTICO ORGANIZACIONAL.....	22
6.1 Diagnostico Organizacional Externo	22
6.1.1 Benchmarking.....	23
6.1.1.1 Benchmarking Regional	23
6.1.1.2 Benchmarking Nacional	25
6.1.1.3 Benchmarking Internacional.....	30
6.1.2 Estudio de Mercado – Necesidades no Satisfechas en la Población.....	35
6.2 Diagnostico Organizacional Interno	35
6.2.1 Ubicación	35
6.2.2 Accesibilidad Geográfica.....	37
6.2.3 Población Objeto y Caracterización de la Población.....	39
6.2.3.1 Perfil Demográfico Subred 7	39
6.2.4 Caracterización de la Población Atendida por la E.S.E. Hospital Regional de Duitama	41
6.2.4.1 Atención por Unidad Funcional	41
6.2.4.2 Atención por Municipio	42
6.2.4.3 Atención por edad y género	43
6.2.4.4 Atención por Régimen y Entidad Responsable de Pago.....	44
6.2.5 Perfil epidemiológico	45
6.2.5.1 Morbilidad	46
6.2.5.1.1 Morbilidad en Hospitalización	46
6.2.5.1.2 Morbilidad en Consulta Externa	47
6.2.5.1.3 Morbilidad en Urgencias.....	47
6.2.5.2 Natalidad	48
6.2.5.3 Mortalidad	50
6.2.6 Portafolio de servicios y capacidad instalada	53



6.2.6.1 Servicios de mediana complejidad sede Duitama	54
6.2.6.2 unidad de gestión del riesgo integral Santa Rosa de Viterbo:	55
6.2.6.3 Servicios de la unidad básica de atención, centro de salud Sativa Sur	56
6.2.7 Prestación de servicios	57
6.2.7.1 Producción	57
6.2.7.2 Modelo de Atención	57
6.2.7.3 Humanización en la atención.....	59
6.2.7.4 Seguridad del Paciente	60
6.2.7.5 Programas Asistenciales	60
6.2.7.5.1 Clínica de Piel, Heridas y Ostromías	61
6.2.7.5.2 Soporte Nutricional.....	61
6.2.7.5.3 Egreso Seguro	62
6.2.7.5.4 Indicadores de resultado	62
6.2.7.5.5 IAMII – Institución Amiga de la Mujer y la Infancia con Enfoque Integral	63
6.2.7.6 Demanda insatisfecha.....	63
6.2.7.6.1 Demanda insatisfecha Pacientes con necesidades de Remisión por No Servicio o Especialidad Habilitadas	64
6.2.7.6.2 Demanda Insatisfecha por Infraestructura o Capacidad Instalada - Emergencia Funcional... 66	
6.2.7.6.2.1 Emergencia funcional en hospitalización.....	67
6.2.7.6.2.2 Emergencia funcional en urgencias	67
6.2.7.7 Programas de gestión para la prestación del servicio.....	68
6.2.7.6.1 Programa de Monitoreo Hospitalario Torre de Control.....	68
6.2.8 Sistema de Atención al Usuario	69
6.2.8.1 Análisis de implementación de la estrategia de enfoque diferencial dentro de la Institución 2023-2024.	70
6.2.8.2 Análisis de Implementación de la Política de Participación Ciudadana dentro de la institución 2023-2024.....	70
6.2.8.2.1 Política de Participación Social:	70
6.2.8.2.2 Servicio de Información y Atención:	71
6.2.8.2.3 Comité de Ética Hospitalaria:.....	71
6.2.8.2.4 Asociaciones de Usuarios:	71
6.2.8.3 Diagnóstico de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones con análisis consolidado y comparativo 2023 – 2024.	72
6.2.9 Sistema de mejoramiento continuo	72
6.2.9.1 Diagnóstico Situacional de la Gestión de Mejoramiento Continuo desde la vigencia 2023 - 2024.	72
6.2.9.2 Avances representativos de los diferentes grupos de estándares de acreditación.	74
6.2.9.2.1 Equipo Cliente Asistencial (PACAS):	74
6.2.9.2.1.1 Eje atención centrada en la persona:	75
6.2.9.2.1.2 Eje Seguridad del paciente:	75
6.2.9.2.1.3 Otros:	75
6.2.9.2.2 Direccionamiento y Gerencia:	75
6.2.9.2.2.1 Eje Humanización:	76
6.2.6.1.2.2 Eje Gestión del Riesgo:	76



6.2.6.1.2.3 Eje Transformación Cultural:.....	76
6.2.9.2.3 Ambiente Físico:	76
6.2.9.2.4 Talento Humano.	76
6.2.9.2.5 Tecnología:.....	77
6.2.9.2.6 Información:	77
6.2.9.2.7 Calidad:	77
6.2.9.2.7.1 Eje Mejoramiento Continuo:	77
6.2.9.2.8 Avance de Autoevaluación de PAMEC 2020 - 2024	78
6.2.9.2 Gestión por procesos.....	78
6.2.9.3 Gestión del Riesgo	79
6.2.9.3.1 Gestión del riesgo clínico y asistencial.....	79
6.2.9.3.2 Gestión del riesgo administrativo	81
6.2.9.4 MIPG Y FURAG	82
6.2.9.5 Análisis de Situación Financiera.....	84
6.2.9.5.1 Ingresos y Gastos	84
8.2.9.5.1.1 Comportamiento gasto comprometido:	84
9.2.9.5.1.2 Comportamiento Ingreso Reconocido:.....	85
6.2.9.5.2 Venta de Servicios.....	86
6.2.9.5.3 Recaudo	86
6.2.9.5.4 Cuentas por Cobrar	87
6.2.9.5.5 Cuentas por Pagar	88
6.2.9.5.6 Rotación de Inventarios	89
6.2.9.5.7 Ejecución presupuestal	90
6.2.9.5.8 Indicadores Financieros	90
6.2.9.5.9 Necesidades y expectativas de las partes interesadas	91
6.3 Análisis Estratégico	94
6.3.1 Matriz DOFA.....	94
7. PLATAFORMA ESTRATEGICA	98
7.1 Misión	98
7.2 Visión	98
7.3 Promesa de Servicio	98
7.4 Principios.....	98
7.5 Valores	99
7.6 Políticas institucionales.....	99
7.7 Mapa de Procesos	100
8. ESTRUCTURA DEL PLAN DE DESARROLLO.....	101
8.1 Ejes estratégicos	102
8.1.1 Excelencia Clínica:.....	102
8.1.2 Atención Humanizada Centrada en las Personas:.....	103
8.1.3 Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo:	103
8.1.4 Gestión de la Tecnología y la Información:	104
8.1.5 Mejoramiento Continuo:	104



8.1.6 Responsabilidad Social Empresarial:	105
8.1.7 Transformación Cultural:	106
8.1.8 Gestión de la Infraestructura y Ambientes Humanizados:	106
8.1.9 Gestión del Conocimiento, Investigación e Innovación:	107
8.1.10 Gestión Administrativa Eficiente:.....	108
8.5 Resultados de impacto e indicadores estratégicos	108
9. MECANISMOS DE SOCIALIZACIÓN Y APROPIACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO	114
10. MECANISMOS DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO	114
11. MECANISMOS DE EVALUACION DEL PLAN DE DESARROLLO	114

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Objetivos del Desarrollo Sostenible articulados con el Plan de Desarrollo	13
Ilustración 2: Esquema de Seguridad Humana – Plan de Desarrollo Nacional 2022 – 2026	15
Ilustración 3: Estructura Plan de Desarrollo Departamental 2024 - 2027	16
Ilustración 4: Taller de Futuro Deseado 1	18
Ilustración 5: Ilustración 4: Taller de Futuro Deseado 2	18
Ilustración 6: Ilustración 4: Taller de Futuro Deseado 3	19
Ilustración 7: Ilustración 4: Taller de Futuro Deseado 4	19
Ilustración 8: Futuro Deseable, Hospital Universitario de Duitama	20
Ilustración 9: Metodología Design Thinking para resolución de retos o problemas de la Institución... ..	21
Ilustración 10: Cuales deberían ser los Grandes Retos del Plan de Desarrollo	22
Ilustración 11: Mapa Político de Boyacá	35
Ilustración 12: División del departamento por subredes de atención en salud.....	36
Ilustración 13: Municipios pertenecientes a subred 7 de prestación de servicios de salud de Boyacá. ..	37
Ilustración 14: Ubicación geográfica de la ESE Hospital Regional de Duitama	38
Ilustración 15: ubicación Hospital Regional de Duitama	39
Ilustración 16: Pirámide poblacional 2024 - Subred 7 Tundama.....	40
Ilustración 17: usuarios atendidos en 2023 por servicio	42
Ilustración 18: Atenciones vigencia 2023 según municipio de residencia	43
Ilustración 19: atenciones por grupo etáreo - vigencia 2023	44
Ilustración 20: Atenciones según régimen de aseguramiento – 2023	45
Ilustración 21: Atenciones según Aseguradora – I Trimestre 2024.....	45
Ilustración 22: Mortalidad por todas las causas	52
Ilustración 23: Distribución de muertes no fetales por servicio durante el año 2023.....	52
Ilustración 24: Distribución de muertes no fetales por servicio durante el año 2024.....	53
Ilustración 25: Modelo de Atención Hospital Regional de Duitama	58
Ilustración 26: Programa de Humanización "Servir es Amar"	59
Ilustración 27: Especialidades solicitadas en trámites de remisión	66
Ilustración 28: Programa de Monitoreo Hospitalario – Torre de Control HRD	68



Ilustración 29: Satisfacción de los usuarios con la Institución	69
Ilustración 30: Indicador Promedio de autoevaluación de los Estándares de Acreditación 2020-2024	73
Ilustración 31: Efectividad en la Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud (PAMEC)	74
Ilustración 32: Resultados desempeño en autoevaluación por grupo de estándares SUA 2020-2024.	78
Ilustración 33: Mapa de Procesos Hospital Regional de Duitama.....	79
Ilustración 34: Mapa de riesgos clínicos y asistenciales	80
Ilustración 35: Clasificación de probabilidad de materialización de riesgos clínicos y asistenciales	80
Ilustración 36: Riesgos Administrativos Hospital Regional de Duitama	81
Ilustración 37: Riesgo Inherente - Riesgos Administrativos.	82
Ilustración 38: Riesgo Residual - Riesgos administrativos.....	82
Ilustración 39: Resultados generales 2022 E.S.E Hospital Regional de Duitama	83
Ilustración 40: Índice de las dimensiones 2022 E.S.E Hospital Regional de Duitama	83
Ilustración 41: Expectativas del Paciente y su Familia	91
Ilustración 42: Expectativas de las EAPB.....	92
Ilustración 43: Expectativas de Proveedores y Contratistas	92
Ilustración 44: Expectativas de Entes de Control	92
Ilustración 45: Expectativas de los Colaboradores	93
Ilustración 46: Expectativas de la Junta Directiva	93
Ilustración 47: Expectativas de Estudiantes y Universidades.....	94
Ilustración 48: Mapa de Procesos	101

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Benchmarking regional	23
Tabla 2: Benchmarking Nacional	25
Tabla 3: Población – Subred 7 Tundama, clasificada por grupo etario y género, Proyecciones DANE 2024	39
Tabla 4: Principales causas de atención en Hospitalización.....	46
Tabla 5: Principales causas de atención en Consulta Externa.....	47
Tabla 6: Principales causas de atención en Urgencias	47
Tabla 7: Consolidado general de Nacimientos presentados durante el año 2023.....	49
Tabla 8: Consolidado general de Nacimientos presentados durante el año 2024.....	50
Tabla 9: Consolidado general de defunciones presentadas durante el año 2023	51
Tabla 10: Oferta de Servicios Ambulatorios – Sede Duitama.....	54
Tabla 11: Oferta de Servicios Quirúrgicos - Sede Duitama.....	54
Tabla 12: Oferta de Servicios de Imágenes diagnósticas ionizantes y no ionizantes y Complementación Terapéutica – Sede Duitama	54
Tabla 13: Oferta de Consulta Especializada modalidad telemedicina	55
Tabla 14: Servicio de Urgencias - Sede Duitama.....	55
Tabla 15: Servicios de Internación Sede Duitama	55
Tabla 16: Transporte Asistencial.....	55
Tabla 17: Servicios Ambulatorios - Sede Santa Rosa de Viterbo.....	55



Tabla 18: Servicio de Urgencias- Sede Santa Rosa de Viterbo	55
Tabla 19: Traslado asistencial - Sede Santa Rosa de Viterbo	55
Tabla 20: Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica - Sede Santa Rosa de Viterbo	55
Tabla 21: Protección Específica y Detección Temprana - Sede Santa Rosa de Viterbo	56
Tabla 22: Servicios Ambulatorios - Sede Sativa Sur	56
Tabla 23: Traslado asistencial - Sede Sativa Sur	56
Tabla 24: Apoyo Diagnostico y complementación Terapéutica sede Sativa Sur	56
Tabla 25: Protección Específica y Detección Temprana Sede Sativa Sur	56
Tabla 26: Integrantes de la Asociación de Usuarios	71
Tabla 27: Gasto Comprometido	84
Tabla 28: Ingresos Reconocidos	85
Tabla 29: Venta de Servicios	86
Tabla 30: Recaudo	87
Tabla 31: Cartera Deudores	88
Tabla 32: Cuentas por Pagar	89
Tabla 33: Rotación de Inventarios	89
Tabla 34: Ejecución Presupuestal	90
Tabla 35: Indicadores Financieros	91
Tabla 36: Matriz DOFA.....	94
Tabla 37: Eje Estratégico de Excelencia Clínica.....	102
Tabla 38: Eje Estratégico de Atención Humanizada Centrada en las Personas	103
Tabla 39: Eje Estratégico de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo	103
Tabla 40: Eje Estratégico de Gestión de la Tecnología y la Información	104
Tabla 41: Eje Estratégico de Mejoramiento Continuo	105
Tabla 42: Eje Estratégico de Responsabilidad Social Empresarial	105
Tabla 43: Eje Estratégico de Transformación Cultural	106
Tabla 44: Eje Estratégico de Gestión de la Infraestructura y Ambientes Humanizados	106
Tabla 45: Eje Estratégico de Gestión del Conocimiento, Investigación e Innovación.....	107
Tabla 46: Eje Estratégico de Gestión Administrativa Eficiente	108
Tabla 47: Roles y Responsabilidades en el Plan de Desarrollo.....	115



1. INTRODUCCIÓN

EL Plan de Desarrollo “**SEMBRANDO FUTURO EN SALUD 2024-2027**” está encaminado a mejorar la calidad de vida de la población de la Subred Tundama, su estructura se enmarca en la misión institucional y el cumplimiento de la normatividad vigente que permite prestar servicios de salud de mediana complejidad comprometidos con la satisfacción del paciente.

La E.S.E Hospital Regional de Duitama, se constituyó como Empresa social del Estado del Departamento de Boyacá mediante Decreto 001525 del 27 de diciembre de 1995, durante su historia ha venido evolucionando siendo hoy el segundo hospital público más grande de la red de prestación de servicios del Departamento, el reto a futuro es implementar un hospital desarrollado, acreditado y universitario con posicionamiento e imagen corporativa sólida y brindando servicios de salud de alta complejidad acorde a las necesidades de la población.

En el marco del documento se presenta el diagnóstico organizacional de la E.S.E Hospital Regional de Duitama, las estrategias propuestas en el plan de desarrollo, sus mecanismos de seguimiento y evaluación. Se elaboró con la participación activa de colaboradores de la entidad que promovieron diseñar ejes y objetivos estratégicos alineados con los ejes de acreditación y las necesidades de desarrollo del Hospital, que servirán de ruta durante este cuatrienio 2024-2027. Las metas se encuentran articuladas con los planes de desarrollo nacional “COLOMBIA POTENCIA MUNDIAL DE LA VIDA 2022-2026” y departamental “NUESTRO GRAN PLAN ES BOYACA 2024-2027”. Asimismo, se tienen en cuenta los objetivos de desarrollo sostenible y el marco legal vigente asociado al sector salud.

De esta forma se presenta a los integrantes de la Junta Directiva del hospital, una herramienta orientada al compromiso de asumir retos en salud, el manejo eficiente de los recursos, crecimiento interinstitucional, que además de solucionar los problemas de salud se aporte a la construcción de futuro social y se garantice un mayor grado de calidad para la vida de los Boyacenses.

2. JUSTIFICACIÓN

La atención en Salud en Colombia y en el mundo cada vez más demanda de atributos de calidad y de humanización en la atención que ayuden a brindar una mejor prestación del servicio, fortaleciendo la implementación del Modelo de Atención, el posicionamiento e imagen institucionales, certificaciones por parte de sociedades científicas o por entes de control o autoridades en salud, seguridad en la atención, productividad, ventajas competitivas y sostenibilidad financiera.

Desde la óptica de las aseguradoras y entidades responsables de pago, contratar la prestación de servicios con instituciones que tengan políticas de seguridad, prestación de servicios, humanización implementadas puede contribuir con eficiencia de los recursos invertidos en salud, al lograr una mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes afiliados.



Para los colaboradores del sistema de salud tener el entrenamiento en trabajo colaborativo y apoyo interprofesional tiene efectos positivos en desarrollo de habilidades, construcción de conocimiento, confianza y satisfacción. Igualmente, el entrenamiento en habilidades de comunicación y atención humanizadas aportan a disminuir el burnout, aumentar la percepción de la calidad de servicios prestados, fortalecer la auto realización y construir una relación médico – paciente más sólida, que finalmente se va a reflejar en una disminución de quejas, demandas y requerimientos y en un incremento del reconocimiento, felicitaciones e imagen fortalecida como recurso humano en salud.

Para la subred de prestación de servicios y para el Departamento de Boyacá es de gran valor fortalecer y desarrollar el Hospital Regional de Duitama, proyectar la institución con servicios de alta complejidad, crecimiento de capacidad instalada, fortalecimiento de procesos, implementación de programas de gestión del riesgo clínico, perfeccionamiento de políticas de atención humanizada centrada en las personas y gestión de la mejora continua a todo nivel de la organización sin lugar a dudas aporta a sembrar futuro en salud, al desarrollo social del Departamento y al crecimiento personal y profesional de todos los Colaboradores, el presente Plan de Desarrollo “Sembrando Futuro en Salud” pretende encaminar la institución a transformar la Institución en el Hospital que soñamos.

3. MARCO LEGAL

El marco jurídico en el cual se fundamenta el Plan de Desarrollo “*SEMBRANDO FUTURO EN SALUD 2024-2027*” la E.S.E Hospital Regional de Duitama, como se expone a continuación:

Constitución Política de Colombia 1991: Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

LEY 1474 DE 2011 ART. 78 LITERAL B: Modifíquese el artículo 32 de la Ley 489 de 1998, que quedará así: Todas las entidades y organismos de la Administración Pública tienen la obligación de desarrollar su gestión acorde con los principios de democracia participativa y democratización de la gestión pública. Para ello podrán realizar todas las acciones necesarias con el objeto de involucrar a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil en la formulación, ejecución, control y evaluación de la gestión pública.

LEY 100 DE 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones: Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015, Ley 1753 de 2015, Decreto 429 de 2016.

LEY 1122 DE 2007: Por la cual se regula el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se dictan otras disposiciones.

LEY 152 de 1994: Por la cual se establece la ley orgánica del plan de desarrollo y tiene como propósito establecer procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo.





LEY 1438 DE 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. En sus artículos 72, 73 y 74, estableció los términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación de los planes de gestión de los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

LEY 1797 DE 2016: Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

LEY 2294 DE 2023: Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026. “Colombia, potencia mundial de la vida”.

LEY 1751 de 2015: Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

DECRETO 139 DE 1996: Por el cual se establecen los requisitos y funciones para los Gerentes de Empresas Sociales del Estado y Directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público y se adiciona el Decreto número 1335 de 1990.

DECRETO 1876 DE 1994: Reglamentación de las Empresas Sociales del Estado.

DECRETO 1011 DE 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 1499 DE 2017: Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.

DECRETO 780 DE 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del sector salud y Protección Social.

DECRETO 1427 DE 2016: por el cual se sustituye las secciones 5 y 6 del Capítulo 8 Título 3 Parte 5 Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

RESOLUCIÓN 710 DE 2012. Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.

RESOLUCIÓN 743 DE 2013. Por medio del cual se modifica la Resolución 710 de 2012. Y se reglamentan los indicadores y estándares por áreas de gestión



RESOLUCIÓN 2082 DE 2014. Por medio de la cual se establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para acreditar sus servicios e implementar el componente de Acreditación.

RESOLUCIÓN 1441 DE 2016. Por medio de la cual se disponen las recomendaciones para Habilitación de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.

RESOLUCIÓN 408 DE 2018: Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

RESOLUCIÓN 1097 DE 2018. Por medio de la cual se corrige la Resolución 408 de 2018 en relación a riesgo fiscal y financiero.

RESOLUCIÓN 5095 DEL 19 DE NOVIEMBRE DE 2018. Por medio de la cual se adopta el Manual de acreditación en Salud Ambulatorio y hospitalarios de Colombia Versión 3.1 y establece en el artículo No 2 que la evaluación a las IPS ambulatorias y hospitalarias que deseen acreditarse en el marco del Sistema único de acreditación del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud debe realizarse con dicho manual.

RESOLUCIÓN 3100 DE 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud

RESOLUCIÓN 2626 DE 2019: Por el cual se modifica la atención integral en salud PAIS- y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE.

ORDENANZA 009 DE 2024: “Por la cual se adopta el Plan Departamental de Desarrollo de Boyacá - NUESTRO GRAN PLAN ES BOYACÁ 2024-2027”

CIRCULAR EXTERNA 2023151000000008-5 DE 2023. Por el cual se actualizan las instrucciones a impartir a los gerentes y/o directores, así como a las Juntas Directivas de las ESE, en relación con la presentación, aprobación y evaluación de los planes de gestión.

4. ARTICULACION PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL Y NACIONAL

4.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible:



Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, también conocidos como Objetivos Mundiales, se adoptaron por todos los Estados Miembros de la Organización de Naciones Unidas en 2015, (de la cual Colombia es miembro) como un llamado universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad para 2030.

En total son 17 objetivos de desarrollo sostenible de los cuales en el presente plan se articula a 4 de ellos, los cuales se relacionan a continuación:

Ilustración 1: Objetivos del Desarrollo Sostenible articulados con el Plan de Desarrollo



Fuente: Elaboración propia a partir de ODS un.org



Objetivo 2: Hambre cero → Detección e intervención de afecciones nutricionales en pacientes, principalmente en población materno infantil.



Objetivo 3: Salud y Bienestar: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades. → principal ODS articulado con la Misión de prestar servicios de Salud bajo atributos de la calidad y con humanización.





Objetivo 4: Educación de Calidad → Educación en Salud de Calidad, con investigación e innovación en salud.



Objetivo 5: Igualdad de género → Implementación de estrategia de enfoque diferencial en la Institución. Colaboradores mayoritariamente del género femenino.



Objetivo 6: Agua limpia y saneamiento → Responsabilidad social y sostenibilidad, adecuado manejo de recursos y residuos.



Objetivo 8: Trabajo Decente y Crecimiento Económico → Avance hacia la formalización laboral, empresa familiarmente responsable y mantenimiento de la sostenibilidad financiera.



Objetivo 9: Industria e Innovación e infraestructura: construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación → Mejora y renovación de la infraestructura, proyectos de ampliación de la capacidad instalada, Transformación de la Infraestructura Humanizada.



Objetivo 11: Sociedades y Comunidades Sostenibles → Programa de Responsabilidad Social y Sostenibilidad

4.2 Articulación con el Plan Nacional de Desarrollo 2022 -2026 – Colombia, Potencia Mundial de la Vida:

El proyecto del plan de Desarrollo de la E.S.E Hospital Regional de Duitama SEMBRANDO FUTURO EN SALUD 2024-2027 garantiza aportar acciones en cumplimiento al eje de transformación *Seguridad Humana y Justicia Social*, algunas metas se articulan con el habilitador estructural *Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar* incorporado en el Plan Nacional de desarrollo “**Potencia Mundial de la Vida 2022-2026**” que permiten garantizar el desarrollo humano con el acceso a servicios de salud como condición para la dignidad humana.



Ilustración 2: Esquema de Seguridad Humana – Plan de Desarrollo Nacional 2022 – 2026

Fuente: DNP 2022

A continuación, se mencionan los componentes a los cuales se va a contribuir la institución para la implementación del modelo *Hacia un sistema de salud garantista, universal, basado en un modelo de salud preventivo y predictivo*, que permitirán fortalecer el sistema de salud de Colombia.

- Colombia como territorio saludable con APS a partir de un modelo preventivo y predictivo
- 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
- Fortalecimiento de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud

4.3 Articulación Plan Departamental 2024-2027 "Nuestro Gran Plan Es Boyacá"



Ilustración 3: Estructura Plan de Desarrollo Departamental 2024 - 2027

Para la formulación del Plan de Desarrollo “SEMBRANDO FUTURO EN SALUD 2024-2027” es importante la articulación con el Plan Departamental “Nuestro Gran Plan Es Boyacá”, teniendo en cuenta que asociamos nuestras metas al cumplimiento de la estrategia de desarrollo “*TIERRA PARA VIVIR DIGNAMENTE Y SEGURA*” la cual contempla aspectos como la inversión en el sistema de salud alineada al Plan nacional de Desarrollo ya que el *gobierno actual adelanta inversiones importantes en la red hospitalaria en Duitama, Tunja, Sogamoso, Soatá y otros municipios*, lo anterior encaminado a mejorar la infraestructura, equipamiento, capital humano y proyectos para mejorar la calidad de vida de los Boyacenses.

El plan está alineado a la dimensión de desarrollo **Territorio Saludable**, que hace parte de la estrategia mencionada *TIERRA PARA VIVIR DIGNAMENTE Y SEGURA*, para la formulación de nuestros ejes estratégicos formulados, tales como EXCELENCIA CLINICA, GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTES HUMANIZADOS y SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DEL RIESGO que apuntan a la apuesta “Por Boyacá grande comprometida con los entornos saludables y que tiene como objetivo: *Liderar acciones y gestionar a nivel sectorial, intersectorial y transectorial, intervenciones que impacten positivamente sobre los determinantes sociales de la salud mediante la gestión de políticas públicas participativas*” teniendo en cuenta que prevalecen factores como **Instalaciones de Salud** que permiten aperturar y prestar servicios de salud con calidad para mejorar las condiciones de vida de la población de la Red 7 Tundama.

Además, se fortalecerá el cumplimiento a la Apuesta por Boyacá Grande, con atención integral en salud basada en la “Atención primaria en salud centrada en la familia y la comunidad”, a través de los ejes RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL, TRANSFORMACIÓN CULTURAL y GESTIÓN ADMINISTRATIVA EFICIENTE, direccionando de manera objetiva y eficiente a la institución para el logro de mejores resultados y generando valor agregado al Departamento de Boyacá.



5. METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO

5.1 Mecanismos de Escucha y Participación activa en la Formulación del Plan de Desarrollo

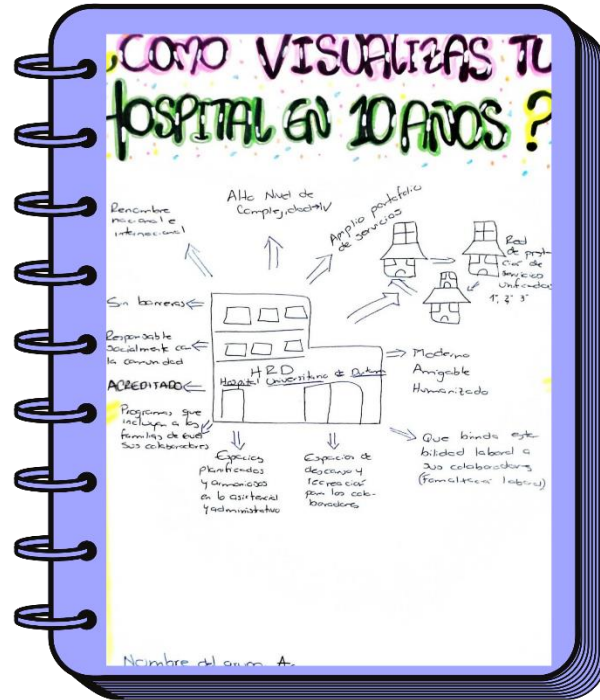
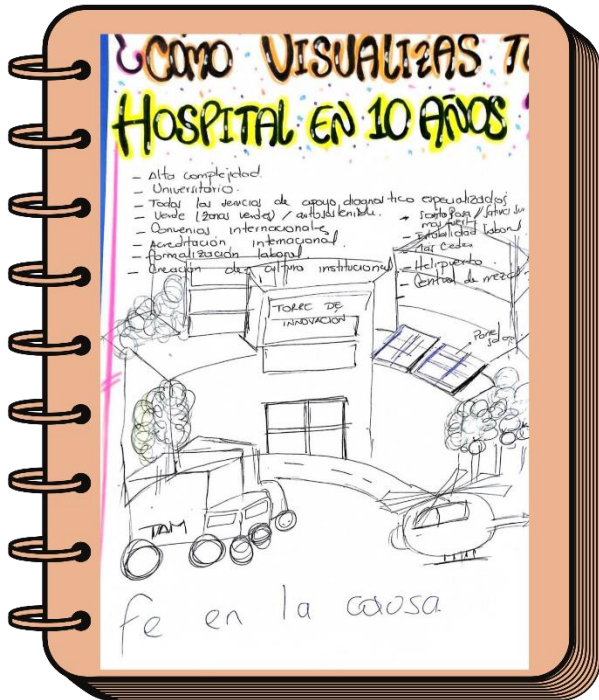
Para la construcción de un Plan de Desarrollo que dé respuesta a las necesidades de la Institución, la Comunidad y los Colaboradores, es necesario articular mecanismos de escucha y participación activa, donde se propongan estrategias para afrontar los problemas complejos del sistema y de la Institución, ya sea por dificultades presentes o retos a resolver.

5.1.1 Taller de Futuro deseado, Nuestro Hospital en 10 años

Para construir un futuro deseado, primero hay que soñarlo, visualizarlo, compartirlo y lograr entusiasmar a cada líder y colaborador, es por esto que se realiza taller de futuro deseado, un ejercicio en el que los colaboradores, líderes y el equipo directivo visualizan el Hospital que quieren y necesitan en 10 años, el Hospital que entre todos tenemos que desarrollar, con el fin de que el presente Plan de Desarrollo sea el camino a recorrer para avanzar en al menos el 50% de lo que queremos en 10 años, un Hospital a la altura de lo que nuestros Pacientes se merecen.

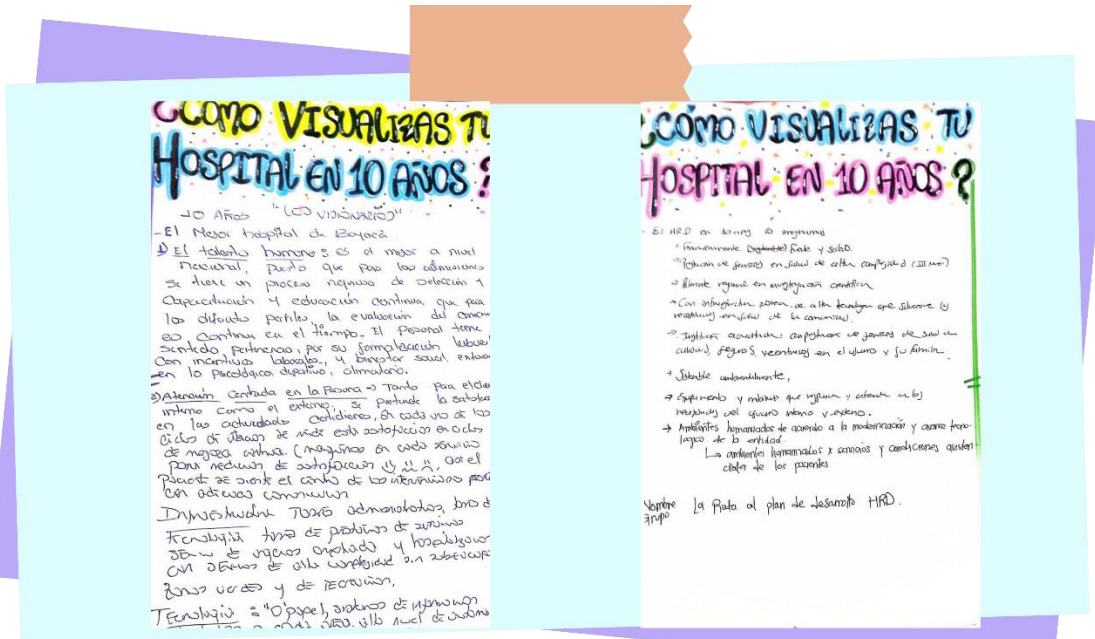


Ilustración 4: Taller de Futuro Deseado 1



Fuente: Elaboración propia a partir de construcción colectiva en taller de Futuro Deseado

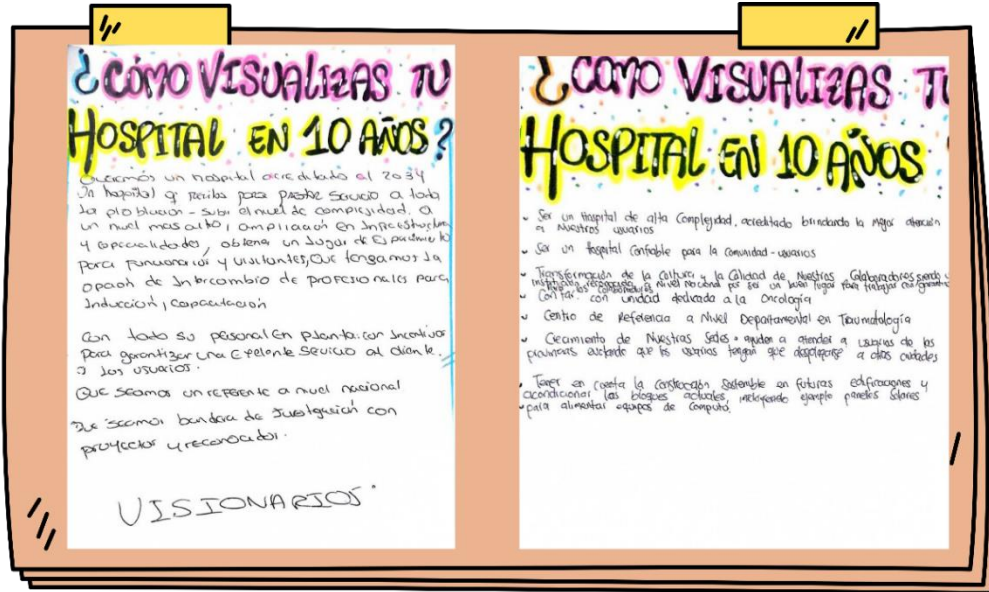
Ilustración 5: Ilustración 4: Taller de Futuro Deseado 2





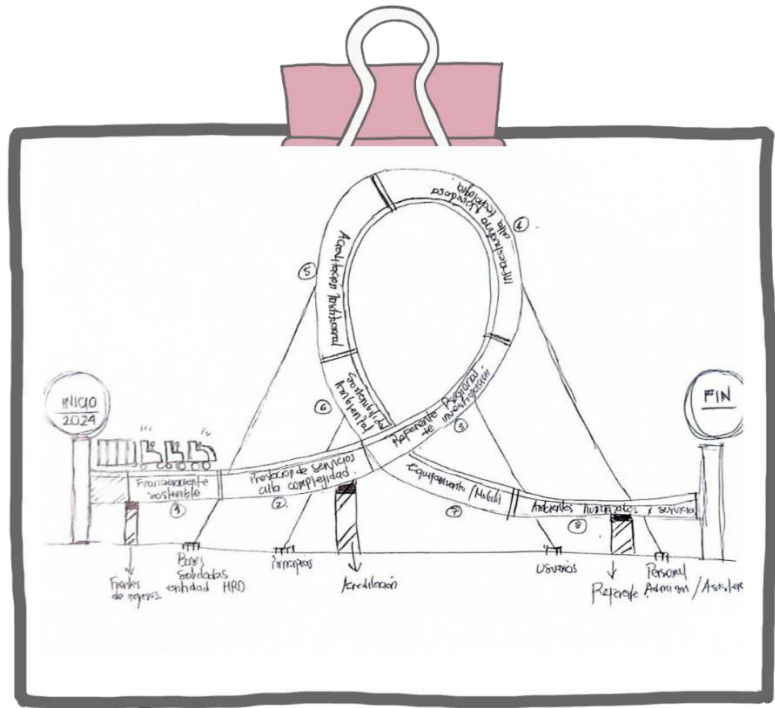
Fuente: Elaboración propia a partir de construcción colectiva en taller de Futuro Deseado

Ilustración 6: Ilustración 4: Taller de Futuro Deseado 3



Fuente: Elaboración propia a partir de construcción colectiva en taller de Futuro Deseado

Ilustración 7: Ilustración 4: Taller de Futuro Deseado 4





Fuente: Elaboración propia a partir de construcción colectiva en taller de Futuro Deseado

Una vez escuchadas las expectativas, necesidades y deseos para el Desarrollo del Hospital, se procede a resumir el Futuro Deseable a 10 años.

Ilustración 8: Futuro Deseable, Hospital Universitario de Duitama

Taller de Futuro Deseado Hospital Regional de Duitama en 10 años Hospital Universitario de Duitama



Fuente: Elaboración Propia

5.1.2 Taller de Design Thinking

Se realiza ejercicio de Ideación mediante metodología Design Thinking, con la participación activa de Líderes y Colaboradores, con representación de perfiles estratégicos, tácticos y operativos a nivel



institucional, con el fin de encontrar Ideas Potencialmente Innovadoras para resolver problemas y retos de la Institución.

Ilustración 9: Metodología Design Thinking para resolución de retos o problemas de la Institución.



Fuente: elaboración propia

- La estrategia Design Thinking se utiliza para resolver los siguientes happy problems o retos y problemas:
- ¿Cómo transformamos la Cultura Organizacional?
- ¿Cómo gestionamos la Responsabilidad Social Empresarial?
- ¿Cómo fortalecemos el Posicionamiento Institucional?
- ¿Cómo fortalecemos la Gestión por Procesos?
- ¿Cómo podemos inspirar, incentivar y comprometer a los Líderes?
- ¿Cómo direccionamos la Transformación Digital?
- ¿Cómo conectamos el conocimiento especializado con los primeros niveles de atención?
- ¿Cómo aportamos al fortalecimiento del Capital Humano?
- ¿Cómo Fortalecemos la Comunicación en la organización?
- ¿Qué nuevos programas o estrategias fortalecerían la excelencia clínica y la prestación de servicios?
- ¿Cómo nos transformamos hacia una Infraestructura Humanizada?
- ¿Qué nuevas Estrategias fortalecerían la Seguridad del Paciente?
- ¿Cómo vinculamos a los Pacientes en el Programa de Humanización?
- ¿Cómo fortalecemos la Gestión del Conocimiento, Investigación e Innovación?
- ¿Cuáles crees que deberían ser los Grandes Retos de este Plan de Desarrollo?



Ilustración 10: Cuales deberían ser los Grandes Retos del Plan de Desarrollo



Fuente: elaboración propia

Se realizan mesas de trabajo colaborativo e ideación donde se empatiza con cada uno de los problemas para mediante Brainstorming proponer posibles soluciones, las cuales se analizan para tener las Ideas Potencialmente Innovadoras a implementar mediante programas y proyectos.

Se realiza adicionalmente diligenciamiento de Matriz DOFA y otras herramientas de diagnóstico organizacional para seleccionar posteriormente las estrategias a implementar.

6. DIAGNOSTICO ORGANIZACIONAL

6.1 Diagnostico Organizacional Externo

En el diagnóstico organizacional externo se busca evaluar el estado de la institución en comparación con sus competidores, con Hospitales referentes reconocidos por sus buenas prácticas en calidad y resultados en salud, tanto a nivel nacional como internacional, por medio del Benchmarking.



6.1.1 Benchmarking

6.1.1.1 Benchmarking Regional

A nivel regional, se realiza Benchmarking con Instituciones Hospitalarias dentro del Departamento de Boyacá que prestan servicios de salud de similar o mayor complejidad. Se encuentra que competitivamente el Hospital muestra algunas ventajas en comparación con otras entidades de mediana complejidad, en relación con instituciones de mayor complejidad, se encuentra que, aunque se ha venido fortaleciendo portafolio de servicios, este crecimiento debe continuar, igualmente se encuentran fortalezas en relación con certificaciones y reconocimientos, igualmente en equipos de respuesta rápida.

Tabla 1: Benchmarking regional

BENCHMARKING								
HOSPITAL	ATRIBUTOS, SERVICIOS O PROCESOS CLAVES							
	PROMESA DE VALOR	SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	PROGRAMAS ESPECIALES	RESPONSABILIDAD SOCIAL	CERTIFICACIONES	RECONOCIMIENTOS	EDUCACIÓN	I+D+i
	*Propuestas de valor o promesa de servicio	*Servicios adicionales a los habilitados en el HRD	*Programas clínicos *Centros de excelencia *Programas administrativos	*Programas de responsabilidad social *Líneas estratégicas en la Responsabilidad Social	*Acreditación en salud *Atención Centrada en la Persona *Certificación ambiental o sostenible *Otras certificaciones	*Reconocimientos regionales *Reconocimientos nacionales *Reconocimientos internacionales	*Hospital Universitario *Programas de especialidades médicas *Educación continua	*proceso o programa I+D+i *publicaciones *ensayos clínicos *Centro de investigación



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	no tiene	Urgencias hospitalización UCI adultos Cirugía Servicios ambulatorios Laboratorio clínico Imagenología	Clínica de Heridas Soporte nutricional Programa de monitoreo hospitalario - torre de control Egreso seguro Programa de humanización IAMII Código Ictus Código trauma Código sepsis Programa de donación de órganos	no existe	hospital no acreditado Certificación IAMII en proceso de recertificación en el pasado hospital verde	*Concurso Atención Centrada en la Persona - Foro internacional - Planetree *Foro Internacional de Excelencia en salud - conferencia programa de monitoreo hospitalario torre de control *Reconocimiento por el Concejo de Bogotá por su compromiso con la donación de órganos y tejidos humanos, con el primer lugar de la Orden Civil al Mérito Responsabilidad Social "Dona Bogotá" 2023 y nuevamente 2024 *Paradas de Seguridad Quirúrgica - Simposio Internacional de Seguridad del Paciente SCARE 2022 *Briefing y Debriefing - Simposio Internacional de Seguridad del Paciente SCARE 2024	No certificado como hospital universitario pero se encuentra en proceso es centro de prácticas formativas de estudiantes de la salud en pregrado y posgrado	Inicia en 2023 con subproceso de innovación, investigación clínica y gestión del conocimiento ya cuenta con líder experto y un grupo a cargo inicia a dar frutos en publicaciones y estudios
HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO	no tiene	UCI Neonatal	IAMII	no existe, información encontrada en página web no es concordante con la responsabilidad social	hospital no acreditado no certificaciones vigentes en el pasado hospital sostenible Certificación IAMII	no existe	No certificado como hospital universitario pero se encuentra en proceso es centro de prácticas formativas de estudiantes de la salud en pregrado y posgrado	no existe
CLÍNICA BOYACÁ	no tiene	no es superior	no tiene	no existe o no se encuentra en página web	hospital no acreditado	no existe	No certificado como hospital universitario ni se encuentra en proceso no es centro de práctica en formación en salud	no existe



HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	no tiene	UCI Pediátrica UCI Neonatal Plan Canguro Cirugía Pediátrica Cirugía de tórax	Programa madre canguro Clínica de obesidad Clínica de heridas Programa de soporte nutricional NUTRE IAMII Código Ictus Código trauma	no existe o no se encuentra en página web	Hospital no acreditado Certificaciones vigentes: red global de hospitales verdes y saludables Certificaciones vencidas: ISO 9001 - 2015, ISO 14001 - 2015, ISO 45001 - 2018, certificación IAMII	Mención de honor - premio nacional de alta gerencia 2018 - programa de soporte nutricional	Está certificado como hospital universitario pero no cumple todos los criterios para serlo, no surtió el proceso para recibir certificación sino que este fue por ordenanza de la asamblea es centro de prácticas formativas de estudiantes de la salud en pregrado y posgrado	Cuenta con grupo de investigación y publicaciones recientes, sin embargo corresponden en su mayoría a reportes de caso tiene programa de innovación e investigación y recurso humano con destinación específica
CLÍNICA MEDILASER	"Ser forjadores de futuro trabajando por la salud, el bienestar y los sueños que transforman vidas"	Hemodinamia UCI cardiovascular UCI Neonatal Cirugía oncológica Oncología y unidad de quimioterapia	no tiene	cuenta con informe de responsabilidad social vigencia 2022, muestran actividades propias de la misión de la entidad, algunas ambientales poco estructuradas	hospital no acreditado	no encontrados	No certificado como Hospital Universitario	no encontrado

Fuente: Elaboración propia con información encontrada en páginas web de los hospitales revisados

6.1.1.2 Benchmarking Nacional

En el ejercicio de Benchmarking Nacional se evidencia que no solo la institución sino en general los hospitales del departamento se encuentran con grandes brechas, principalmente a nivel de medicina de alta complejidad, donde en Boyacá aún no se ha realizado el primer trasplante, cuando en otros departamentos ya hace más de 50 años se han llevado a cabo, otra gran brecha es a nivel de certificaciones de acreditación ya sea nacional o internacional y a nivel de investigación e innovación, al ser instituciones universitarias.

Esto permite determinar un norte, que si bien es cierto no puede ser alcanzado en un periodo tan corto como lo son cuatro años, si permite sentar las bases para forjar el desarrollo en salud del Departamento y plantear estrategias y políticas que permitan aportar a sembrar futuro en salud. Así las cosas, dentro del presente plan de desarrollo se tendrá gran compromiso en encaminar la institución a lograr la acreditación institucional de alta calidad, en certificarse como Hospital Universitario y en fortalecer el desarrollo clínico, no solo desde la infraestructura sino en programas de salud que en un futuro puedan certificarse como centros de excelencia.

Tabla 2: Benchmarking Nacional

BENCHMARKING



HOSPITAL	ATRIBUTOS, SERVICIOS O PROCESOS CLAVES							
	PROMESA DE VALOR	SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	PROGRAMAS ESPECIALES	RESPONSABILIDAD SOCIAL	CERTIFICACIONES	RECONOCIMIENTOS	EDUCACIÓN	I+D+i
	*Propuestas de valor o promesa de servicio	*Servicios adicionales a los habilitados en el HRD	*Programas clínicos *Centros de excelencia *Programas administrativos	*Programas de responsabilidad social *Líneas estratégicas en la Responsabilidad Social	*Acreditación en salud *Atención Centrada en la Persona *Certificación ambiental o sostenible *Otras certificaciones	*Reconocimientos regionales *Reconocimientos nacionales *Reconocimientos internacionales	*Hospital Universitario *Programas de especialidades médicas *Educación continua	*proceso o programa I+D+i *publicaciones *ensayos clínicos *Centro de investigación
HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	no tiene	Urgencias hospitalización UCI adultos Cirugía Servicios ambulatorios Laboratorio clínico Imagenología	Clínica de Heridas Soporte nutricional Programa de monitoreo hospitalario - torre de control Egreso seguro Programa de humanización IAMII Código Ictus Código trauma Código sepsis Programa de donación de órganos	no existe	hospital no acreditado Certificación IAMII en proceso de recertificación en el pasado hospital verde	*Concurso Atención Centrada en la Persona - Foro internacional - Planetree *Foro Internacional de Excelencia en salud - conferencia programa de monitoreo hospitalario torre de control *Reconocimiento por el Concejo de Bogotá por su compromiso con la donación de órganos y tejidos humanos, con el primer lugar de la Orden Civil al Mérito Responsabilidad Social "Dona Bogotá" 2023 y nuevamente 2024 *Paradas de Seguridad Quirúrgica - Simposio Internacional de Seguridad del Paciente SCARE 2022 *Briefing y Debriefing - Simposio Internacional de Seguridad del Paciente SCARE 2024	No certificado como hospital universitario pero se encuentra en proceso es centro de prácticas formativas de estudiantes de la salud en pregrado y posgrado	Inicia en 2023 con subproceso de innovación, investigación clínica y gestión del conocimiento ya cuenta con líder experto y un grupo a cargo inicia a dar frutos en publicaciones y estudios



<p>FUNDACIÓN SANTA FÉ DE BOGOTÁ</p>	<p>Más y mejor salud para Colombia y la región.</p>	<p>Todas las especialidades clínicas y quirúrgicas de IV nivel Trasplantes</p>	<p>Hospitalización domiciliaria unidad de quemados unidad de trasplantes Centros de cuidado clínico - canal lumbar estrecho, clínica de obesidad, trasplante hepático, hidrocefalia, tromboembolia venosa, diabetes, ACV, artritis reumatoide</p>	<p>Cuenta con informe de gestión sostenible estructurado, https://fundacionsantafede bogota.org/sites/ins-titucional/files/2023-04/informe_de_gestion_sostenible_2022_-_0.pdf,</p>	<p>Hospital acreditado, Acreditación ICONTEC - ISQua - 2008 y reacreditación con excelencia para el Hospital Universitario y por primera vez para el Instituto de Cáncer Carlos Ardilla Lülle - 2019 *desde el año 2013, el ente acreditador internacional, Joint Commission International - JCI, ha certificado en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, 12 Centro de Cuidado Clínico, esto nos posiciona como la Institución a nivel internacional, por fuera de Estados Unidos con mayor número de Centros certificados *Acreditación Joint Commission International - 2010 y "Academic Medical Center Hospital" - 2016 Joint Commission International - 2010 En 2010, el Hospital Universitario recibió por primera vez la acreditación de estándares superiores de calidad por parte del ente internacional Joint Commission International (JCI). En los años 2013, 2016 y 2019, JCI ratificó su compromiso e innovación con la reacreditación como "Academic Medical Center Hospital" por la prestación de servicios en salud con los más altos estándares de calidad y seguridad. *Designación Planetree Nivel Oro por Excelencia en Cuidado Centrado en la Persona - 2018 *Certificación LEED Healthcare LEED (Leadership in Energy & Environmental Design) se ha posicionado como el sistema más importante en certificación sostenible en el mundo</p>	<p>*En el estudio de reputación elaborado por Merco en 2016, la Fundación Santa Fe de Bogotá obtuvo por segundo año consecutivo el segundo lugar en reputación en el país *el 2017 La Fundación Santa Fe de Bogotá fue reconocida por el Concejo de Bogotá por su compromiso con la donación de órganos y tejidos humanos, con el primer lugar de la Orden Civil al Mérito Responsabilidad Social "Dona Bogotá" * "The American Architecture Prize 2017", en la categoría Diseño Arquitectónico de Edificios Dedicados al Cuidado de la Salud. Fue reconocido por la innovación y funcionalidad al servicio de los pacientes y sus familias y la comunidad. *premio internacional DNA Paris Design Awards 2020 en la categoría "Arquitectura de Hospitales". *La Unidad de Cuidados Intensivos recibió el premio ICU Design Citation Award, donde se dió reconocimiento a su UCI que combina el diseño funcional y la atención humanitaria. *Este premio rinde homenaje a una unidad de cuidados críticos que combina el diseño funcional de la UCI con la entrega humanitaria de cuidados intensivos *Certificación Centro de Cuidado Clínico de Orto geriatría - Capture the fracture en la Categoría Silver - 2019 *Reconocimiento Gold Angels al Centro de Cuidado Clínico de ACV - 2019 *Galar dón a la Excelencia en Nutrición Hospitalaria</p>	<p>reacreditación con excelencia para el Hospital Universitario Centro de formación de pregrado, posgrado y fellow</p>	<p>Investigación Científica La experiencia de más de 20 años en investigación de la Fundación Santa Fe de Bogotá, le ha permitido avanzar continuamente en la generación de nuevos espacios de discusión, estudio e impacto positivo en la comunidad académica y comunidades vulnerables. Así genera valor superior. La Fundación Santa Fe de Bogotá cuenta con un grupo de investigación reconocido por Colciencias - categoría B de Salud Pública, el cual fue creado en 1996, como el Centro de Estudios e Investigación en Salud (CEIS). Este se caracteriza por su alta capacidad para liderar estudios especializados en Salud Pública, en Colombia y Latinoamérica, tanto de investigación como intervención que puedan ser un insumo para la formulación y adaptación en Políticas Públicas. El CEIS tiene cinco líneas de investigación en: enfermedades crónicas, enfermedades infecto - contagiosas, materno - infantil, nutricional, economía de la salud y políticas públicas. Realizan congreso de innovación en salud</p>
--	---	--	---	--	--	---	--	--





<p>CLÍNICA VALLE DE LILLY</p>	<p>"Excelencia en salud al servicio de la Comunidad"</p>	<p>Todas las especialidades clínicas y quirúrgicas de IV nivel Medicina Nuclear y Radioterapia</p>	<p>Cínica de acretismo placentario, clínica de anticoagulación, clínica de falla cardiaca, Clínica de género para niños y adolescentes, Clínica de gliomas, Clínica de heridas, Clínica de infusiones, clínica de menopausia, clínica de tumores SNC, clínica de dolor</p>	<p>Cuenta con responsabilidad social empresarial, líneas estratégicas:</p> <p>hospital padrino nutrición infantil - alimentando esperanzas apoyo a población vulnerable, educación aula Lilly, operación sonrisa, cirugía de columna, semillero de talentos Lilly talentos, donaciones externas</p> <p>https://valledellili.org/nuestra-institucion/responsabilidad-social-y-empresarial/</p>	<p>*Certificación Huella de Carbono: demuestra el compromiso de la Fundación Valle del Lili con el logro de los objetivos nacionales de reducir la emisión de gases de efecto invernadero. Icontec certificó el informe de emisión de gases de efecto invernadero periodo 2014 y cumple con el GHG protocol y la ISO 14064-3:2006.</p> <p>certificación excelencia para la fundación valle del Lili, acreditación en salud con excelencia Certificación International Childbirth Initiative ICI</p> <p>*Certificación empresa familiarmente responsable</p> <p>*certificación IAMII</p>	<p>Best Work Places 2023</p>	<p>Desde el año 2017, se cuenta con la certificación de Hospital Universitario, emitido por el Comité Intersectorial para el Talento Humano en Salud en nombre del Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de salud y protección social.</p> <p>Centro de formación en pregrado, posgrado y Fellow</p>	<p>Programa de investigación e innovación, publicaciones en revistas indexadas</p>
--------------------------------------	--	--	--	--	---	------------------------------	--	--





<p>HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA</p>	<p>no encontrada</p>	<p>Centro de trasplantes, Hematooncología, unidad de quimioterapia adultos y pediátrica, radioterapia, cirugía cardiovascular, Todas las especialidades clínicas y quirúrgicas de alta complejidad</p>	<p>Centros de excelencia en asistencia ventricular, ECMO, falla cardiaca, IAM, trasplante cardiaco, trasplante hepático, revascularización miocárdica, trasplante renal, ACV, enfermedad inflamatoria intestinal</p>	<p>Cuenta con modelo de responsabilidad social empresarial, líneas estratégicas: actuar integral con gobierno corporativo, desarrollo del talento humano, relaciones con los clientes, cuidar el planeta, gestión de cadenas de valor, aportar a la comunidad</p> <p>Alineados con algunos ODS</p>	<p>Joint Commission International Centro de Excelencia en: Trasplante Renal, Trasplante Hepático y Revascularización Miocárdica</p> <p>Certificación EMRAM 7 HIMSS SOLUTION</p> <p>Joint Commission International Organization accredited</p> <p>World Stroke Organization Sociedad Iberoamericana de Enfermedad Cerebrovascular</p> <p>Acreditación en Salud Acreditación Nacional en Salud, otorgada por ICONTEC y el Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>Joint Commission International Centro de Excelencia en: Infarto y ACV</p> <p>Center of Excellence in Extracorporeal Life Support - ELSO</p> <p>ISQua accreditation organisation ISQua - The International Society for Quality in Health Care</p> <p>Acreditación en Salud Acreditación Nacional en Salud, otorgada por ICONTEC y el Ministerio de Salud y Protección Social al Hospital Internacional de Colombia (HIC)</p> <p>Joint Commission International Centro de Excelencia en: Falla Cardíaca, Asistencia Ventricular y Trasplante Cardíaco</p>	<p>Reconocimiento A la Vanguardia en categoría Empresario del año Víctor Castillo</p> <p>1 LUGAR en Reconocimientos A la Vanguardia categoría Nuevas Tecnologías</p> <p>Premio Costo Efectividad 2023. Medicina Basada en Valor en Infarto Agudo al Miocardio.</p> <p>Premio Colombiano de Sostenibilidad a las Buenas Prácticas Laborales</p> <p>1 LUGAR en el Ranking de Innovación Empresarial Sector Salud</p> <p>1er. puesto en Cardiología, 3er. mejor hospital de Colombia y 6to. mejor hospital en Latinoamérica.</p>	<p>Recientemente certificado como Hospital Universitario</p> <p>Centro de formación en pregrado, posgrado y Fellow</p>	<p>Cuenta con investigación:</p> <p>Grupo de Investigación en Subespecialidades Pediátricas Atenea: Ética, Bioética y Responsabilidad Científica Grupo Cirugía Cardiovascular QUIRON Grupo de Bioingeniería Grupo de Ciencias Neurovasculares Grupo de Estudios Epidemiológicos y Salud Pública Grupo de Investigación Biomédica Tradicional Soporte Extracorpóreo y Cuidado Crítico (ECMOCRIT) Grupo de Investigación en Dolor, Cuidado Paliativo e Intervencionismo en Dolor Grupo de Investigación en Ciencias Cardiovasculares Grupo de Investigación y Desarrollo de Conocimiento en Enfermería Grupo de Medicina Genómica y Metabolismo Grupo Elite de Desarrollo en Salud Grupo EMICON Investigación Médica en Enfermedades Hemato-Oncológicas Especialidades Médico Quirúrgicas</p> <p>INNOVACIÓN</p> <p>3. FCV lidera la innovación en educación médica y recibe reconocimiento internacional (FCV) Skilled Awards 2023,</p>
--	----------------------	--	--	--	--	---	--	---





<p>FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL</p>	<p>no encontrada</p>	<p>Trasplantes Cirugía cardiovascular todas las especialidades clínicas y quirúrgicas de alta complejidad</p>	<p>Programa de excelencia en hepatocarcinoma</p>	<p>programa de cirugías cardiacas a pacientes más vulnerables, con alianzas con fundaciones y donaciones para cubrir todos los gastos de pacientes infantiles con patologías cardiacas, cobertura internacional</p> <p>Compromiso Social: Con la responsabilidad social y el cuidado del medio ambiente. Somos una institución comprometida con la comunidad, y trabajamos para mejorar la salud y el bienestar de las personas no solo en nuestra área de influencia. Hemos implementado políticas y prácticas sostenibles que nos permiten reducir nuestro impacto ambiental y ser una institución más responsable.</p>	<p>JOINT COMMISSION INTERNATIONAL Desde el año 2013 la Fundación Cardioinfantil está acreditada con uno de los reconocimientos más relevantes en términos de calidad de servicios asistenciales por parte de la Joint Commission International. En Colombia, es la tercera institución en recibir este reconocimiento por su desarrollo en las estrategias para optimizar la experiencia de los pacientes y sus familias.</p> <p>ACREDITACIÓN NACIONAL EN SALUD Desde el año 2013 la Fundación Cardioinfantil está acreditada con uno de los reconocimientos más relevantes en términos de calidad de servicios asistenciales por parte de la Joint Commission International. En Colombia, es la tercera institución en recibir este reconocimiento por su desarrollo en las estrategias para optimizar la experiencia de los pacientes y sus familias.</p> <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO Desde el 2016, La Fundación Cardioinfantil – LaCardio ha sido reconocida como Hospital Universitario por el Comité Intersectorial para el Talento Humano en Salud, con el aval de los ministerios de Salud y Educación de Colombia.</p>	<p>Premio del concejo de Bogotá como primer centro de trasplante de Colombia</p>	<p>Hospital Universitario</p> <p>Programas de posgrado</p> <p>especialidades y supreespecialidades médicas</p> <p>Hospital simulado</p>	<p>19 Grupos de investigación 120 investigaciones activas Ensayos clínicos en curso Certificaciones:</p>
---	----------------------	---	--	---	---	--	---	--

6.1.1.3 Benchmarking Internacional

Realizar un Benchmarking internacional nos aporta humildad, visión y compromiso; la diferencia en resultados en salud a gran escala tiene tantos determinantes y además desventajas a nivel poblacional y social, sin embargo, conocer las buenas prácticas de los mejores del mundo puede aportar en estrategias de gestión e investigación, igualmente deja claro que las patologías se enfocan por grupos de expertos en centros de excelencia y que la educación, investigación e innovación son los nodos de desarrollo de las instituciones.



BENCHMARKING

HOSPITAL	PROMESA DE VALOR	SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	PROGRAMAS ESPECIALES	RESPONSABILIDAD SOCIAL	CERTIFICACIONES	RECONOCIMIENTOS	EDUCACIÓN	I+D+i
		*Propuestas de valor o promesa de servicio	*Servicios adicionales a los habilitados en el HRD	*Programas clínicos *Centros de excelencia *Programas administrativos	*Programas de responsabilidad social *Líneas estratégicas en la Responsabilidad Social	*Acreditación en salud *Atención Centrada en la Persona *Certificación ambiental o sostenible *Otras certificaciones	*Reconocimientos regionales *Reconocimientos nacionales *Reconocimientos internacionales	*Hospital Universitario *Programas de especialidades médicas *Educación continua
HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	no tiene	Urgencias hospitalización UCI adultos Cirugía Servicios ambulatorios Laboratorio clínico Imagenología	Clínica de Heridas Soporte nutricional Programa de monitoreo hospitalario - torre de control Egreso seguro Programa de humanización IAMII Código Ictus Código trauma Código sepsis Programa de donación de órganos	no existe	hospital no acreditado Certificación IAMII en proceso de recertificación en el pasado hospital verde	*Concurso Atención Centrada en la Persona - Foro internacional - Planetree *Foro Internacional de Excelencia en en salud - conferencia programa de monitoreo hospitalario torre de control *Reconocimiento por el Concejo de Bogotá por su compromiso con la donación de órganos y tejidos humanos, con el primer lugar de la Orden Civil al Mérito Responsabilidad Social "Dona Bogotá" 2023 y nuevamente 2024 *Paradas de Seguridad Quirúrgica - Simposio Internacional de Seguridad del Paciente SCARE 2022 *Briefing y Debriefing - Simposio Internacional de Seguridad del Paciente SCARE 2024	No certificado como hospital universitario pero se encuentra en proceso es centro de prácticas formativas de estudiantes de la salud en pregrado y posgrado	Inicia en 2023 con subproceso de innovación, investigación clínica y gestión del conocimiento ya cuenta con líder experto y un grupo a cargo inicia a dar frutos en publicaciones y estudios





<p>VALLE DE HEBRÓN ESPAÑA</p>	<p>El paciente en el centro de todo</p>	<p>supraespecialidades en todas las áreas de la medicina Centros de excelencia Unidad de trasplantes, Unidad de Oncología de las mejores del mundo</p>	<p>120 especialidades, centros de excelencia en todas las áreas - Soporte Nutricional Unidad de Angioedema Hereditario Unidad de Arritmias Unidad de Cirugía Fetal Unidad de Críticos Cardiovasculares Unidad de cuidados coronarios Unidad del Sueño Unidad de Diabetes y Gestación Unidad de Diagnóstico Prenatal Unidad de Ensayos Clínicos (UAC) Unidad de Hospitalización Pediátrica y Pediatría Hospitalaria Unidad de Inflamación y Autoinmunidad Unidad de Medicina y Cirugía Fetal Unidad de Metabolismo Óseo Unidad de Obstetricia Social Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría Unidad de Prevención de la Prematuridad Unidad de Reumatología Pediátrica Unidad de Salud Mental Perinatal Unidad de Técnicas y Ecografía Muculoesquelética Unidad de urgencias pediátricas Urgencias General Urgencias Obstetricia y Ginecología Urgencias de Traumatología, Rehabilitación y Quemados Urología Urología y Trasplante Renal Pediátrico Uveítis e Inflamación Ocular Referentes internacionales Fortaleza en manejo de cáncer</p>	<p>cuenta con propósito de poner en el centro la salud, el bienestar, la igualdad y la dignidad de las personas, y así contribuir a conseguir una sociedad innovadora, sostenible y responsable programa de responsabilidad social ligado a objetivos ODS ONU</p>	<p>La mejora continua, la seguridad y la satisfacción de los pacientes son los pilares que sustentan el modelo de gestión del Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus. Por eso, la institución trabaja según las normas de la Organización Internacional de Normalización (ISO, por sus siglas en inglés) en determinados ámbitos de actuación, tanto con respecto al Hospital como a los centros de investigación. Asimismo, el Hospital también dispone de la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña, inspirada en el modelo EFQM 2013 el Hospital posee otras de carácter internacional, como por ejemplo la acreditación de los procesos de trasplante hematopoyético pediátrico y en el adulto (según el modelo JACIE [Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT]) o la certificación en fase 1D de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) los centros de investigación del Campus, el Vall d'Hebron Instituto de Investigación (VHIR) y el Vall d'Hebron Instituto de Oncología (VHIO) disponen de acreditaciones por encima de los estándares. Ambos están reconocidos como Institutos de Investigación Sanitaria (IIS) por el Instituto de Salud Carlos III. el compromiso del Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus va más allá. Por eso, sigue trabajando en nuevos proyectos, como la designación Comprehensive Cancer Center (Centro Oncológico Integral, CCC), dentro de la Organización Europea de Institutos de Cáncer (OEIC, por sus siglas en inglés). Este proyecto integra Vall d'Hebron en una comunidad de centros líderes en Europa para compartir buenas prácticas y mejorar la respuesta a las necesidades de los pacientes con cáncer.</p>	<p>Hospital Universitario Programas de posgrado especialidades y supraespecialidades médicas Formación en todas las ramas de la medicina Cuentan con programas propios En el Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus generamos, transformamos y transmitimos conocimiento en todos los ámbitos de las ciencias de la salud. Desde el Hospital Universitario, los centros de investigación y los servicios especializados queremos formar a los futuros profesionales de la salud. Mediante varios programas, desde el nivel universitario, pasando por la residencia y formación especializada, a la vez que apostando por la formación continuada de los profesionales. Tenemos 550 residentes propios, 150 residentes externos al mes y 170 estancias formativas de especialistas nacionales y extranjeros.</p>	<p>86 Grupos de investigación 1.377 Ensayos clínicos activos 1.800 Publicaciones científicas al año Ellos son quienes prueban las nuevas moléculas antes de salir al mercado Trabajamos para comprender las enfermedades En Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus apostamos por la investigación como herramienta para aportar soluciones a los retos que nos encontramos día a día en el campo de la asistencia médica. Tenemos tres institutos de investigación dedicados a trasladar los problemas de la consulta al laboratorio, y las soluciones que encontramos directamente a las y los pacientes. Trabajamos para comprender las enfermedades, saber cuál es su funcionamiento y crear mejores tratamientos que podamos aplicar a la realidad del paciente. El gran potencial de nuestro Campus Hospitalario en el ámbito de la investigación recae en la excelencia del trabajo en paralelo de los centros de investigación y hospitales. Tenemos la oportunidad de conocer de primera mano las afecciones y trabajar para facilitar las soluciones de estas. La innovación y el desarrollo de nuevos tratamientos dependen directamente de la investigación clínica. Existen más de 1.000 ensayos clínicos activos.</p>
-------------------------------	---	--	---	--	--	--	--



<p>HOSPITAL ALBERT EINSTEIN - BRASIL</p>	<p>no encontrada</p>	<p>supraespecialidad es en todas las áreas de la medicina Centros de excelencia Unidad de trasplantes</p>	<p>Centros de excelencia en todas las áreas - Referentes internacionales Cirugía robótica, clínica de falla cardiaca, cirugía de trasplantes, etc</p>	<p>Cuenta con responsabilidad social, entre otras contiene:</p> <p>Colaboraciones públicas Hospital Municipal Dr. Moisés Deutsch Hospital Municipal Vila Santa Catarina Programa de trasplantes PROADI-SUS Asistencia médica ambulatoria (AMA) Centros de Atención Sicosocial Estrategia Salud de la Familia Acciones filantrópicas Voluntariado Informe de sustentabilidad Asociaciones con programas gubernamentales Programa de Ética y Cumplimiento Sistema Einstein de Calidad y Seguridad del Paciente</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. AABB – American Association of Blood Banks (Departamento de Hemoterapia). El Programa de Acreditación Internacional de la AABB evalúa la calidad y seguridad de las actividades de extracción, procesamiento, almacenamiento, distribución, pruebas de laboratorio, infusión de sangre y hemocomponentes, actividades relacionadas con las células progenitoras hematopoyéticas, sangre del cordón umbilical y de la placenta, proficiencia en inmunohematología, todo ello por medio de rigurosos estándares establecidos. Desde 1998. 2. ACR – American College of Radiology (Departamento de Imagen). Esta entidad controla la calidad del servicio de imagen de la Institución. Actualmente, el Hospital Einstein posee dicha certificación en Mamografía, Ecografía y Tomografía. Desde 2009. 3. CAP – College of American Pathologists, Laboratorio (desde 2009) y Hemoterapia (desde 2010). 4. FACT – Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy. Constata las mejores prácticas del proceso de Trasplante de Médula Ósea (desde 2012) y el proceso de Hemoterapia (desde febrero de 2014). 5. ISO 14001 – Certificación Ambiental Institucional, Unidad Morumbi y Externas. Estándares de calidad relativos a cuestiones ambientales y de sustentabilidad. Desde 2003. 6. Joint Commission International, Hospitalaria, Unidad Morumbi y Externas. El Hospital Einstein fue el primer hospital fuera de Estados Unidos que obtuvo esta acreditación en 1999. ETC. 	<p>Hospital Universitario</p> <p>Programas de posgrado</p> <p>especialidades y supraespecialidades médicas</p> <p>Formación en todas las ramas de la medicina</p> <p>El Programa de Posgrado en Ciencias de la Salud de la Sociedad de Beneficencia Israelita Brasileña Albert Einstein ofrece programas de maestrías y doctorados. El objetivo del programa es preparar estudiantes graduados para carreras de investigación y docencia en instituciones de educación superior, centros de investigación, compañías sanitarias y biotecnológicas y del sector de gestión de la salud.</p> <p>El Programa de Posgrado en Ciencias de la Salud cuenta con una única área de concentración dedicada a la Investigación en Ciencias Médicas. El programa incluye líneas de investigación y proyectos que abarcan desde enfoques básicos y fisiopatología hasta aspectos del diagnóstico y la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Los consejeros académicos son investigadores y profesores responsables del trabajo de áreas específicas</p>
---	----------------------	---	---	--	---	--



<p>HOSPITAL JOHN HOPKINS - EEUU</p>	<p>Mejorar la salud de la comunidad y del mundo</p>	<p>supraespecialidad es en todas las áreas de la medicina Centros de excelencia</p>	<p>Centros de excelencia en todas las áreas - Referentes internacionales</p> <p>principales centros de excelencia: Alergias clínica de sueño Enfermedades infecciosas Lesiones deportivas Trasplante Cáncer de colon Cáncer gástrico</p>	<p>La Oficina de Sostenibilidad de Servicios Generales del Hospital Johns Hopkins promueve la sostenibilidad ambiental en todo el hospital. Estamos comprometidos a evitar daños a la salud humana, promover una atmósfera segura para los pacientes y mejorar la calidad ambiental mediante la mejora de políticas, programas y prácticas para todas las actividades comerciales del hospital.</p> <p>Nuestro objetivo es crear una cultura de sostenibilidad en la toma de decisiones, planificación y acciones. Esperamos que adopte prácticas ecológicas en el lugar de trabajo, en el hogar y en la comunidad.</p>	<p>La acreditación de la Comisión Conjunta Los hospitales de Johns Hopkins han obtenido el Sello de Aprobación de Oro® de la Comisión Conjunta en varias áreas de especialidad. El Sello de Oro refleja el compromiso de una organización de atención médica de brindar atención segura y de calidad y preparar a los pacientes y sus cuidadores para el alta.</p> <p>Todos los días, Johns Hopkins Medicine trabaja para brindar atención compasiva, segura y de alta calidad a nuestros pacientes y nuestras comunidades. Contamos con muchos miembros del equipo enfocados en alcanzar esos objetivos, respaldados por expertos del Instituto Johns Hopkins Armstrong para la Seguridad y Calidad del Paciente. Compartimos la información a continuación para que pueda comprender cómo le está yendo a Johns Hopkins Medicine para alcanzar esos objetivos.</p> <p>Experiencia del paciente Según los resultados de la encuesta de pacientes anteriores, puede ver cómo otros calificaron su experiencia de atención en un hospital de Johns Hopkins Medicine o en un proveedor de atención médica domiciliaria.</p> <p>Prevención de infecciones Estas medidas incluyen la tasa de CLABSI, una infección del torrente sanguíneo prevenible y el porcentaje de lavado de manos observado o uso de desinfectante para manos antes y después de atender a un paciente.</p> <p>Atención al parto y al recién nacido Estas medidas son estándares nacionales de procesos de atención y tratamiento para el parto y la atención del recién nacido. El cumplimiento muestra con qué frecuencia un hospital sigue cada uno de estos pasos.</p>	<p>JOHNS HOPKINS Y EL PREMIO NOBEL 29 Premios Nobel afiliados a Johns Hopkins</p> <p>16 Premios Nobel de fisiología o medicina</p> <p>3 premios nobel de química</p> <p>4 Premios Nobel actualmente en Johns Hopkins</p> <p>Gregg L. Semenza, MD, Ph.D. de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins recibió el Premio de Investigación Médica Básica Albert Lasker 2016 de la Fundación Albert y Mary Lasker</p>	<p>Cuenta con escuela propia de medicina</p> <p>Nuestra comunidad de la Facultad de Medicina La Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins se ubica constantemente entre las mejores del país en educación. Estos números son importantes, pero somos más que números: somos una comunidad de buscadores y soñadores. Utilizando las últimas herramientas y enseñanzas disponibles para científicos y médicos, nos convertimos en sanadores, cuidadores, descubridores e inventores.</p>	<p>LA INVESTIGACIÓN Y LA EDUCACIÓN ESTÁN FINAMENTE ENTRELAZADAS Pioneros en la investigación Desde investigación básica hasta traslacional y clínica, nuestros estudiantes de medicina y posgrado, residentes y becarios estudian con premios Nobel, ganadores del premio Lasker y miembros de la Academia Nacional de Ciencias.</p> <p>El Centro de Innovación Tecnológica (TIC) colabora con investigadores y proveedores de atención médica para crear soluciones de atención médica digitales en Johns Hopkins.</p> <p>El personal de TIC es una combinación única:</p> <p>Diseñadores centrados en el ser humano Desarrolladores de software con enfoque clínico Analizadores de datos sanitarios Cultura de los líderes en innovación. El TIC presta servicios a los proveedores y administradores del Sistema de Salud Johns Hopkins y a sus pacientes. El TIC trabaja para brindar capacitación y recursos de innovación en software médico y al mismo tiempo crear vías para implementar cambios positivos en la atención médica a través de la tecnología y la comercialización.</p>
--	---	---	--	---	--	---	--	--



6.1.2 Estudio de Mercado – Necesidades no Satisfechas en la Población

Se identifican vacíos en el mercado en relación con la oferta de servicios de Unidad de Cuidado Neonatal, con constante alerta roja en las instituciones hospitalarias del departamento, además de ausencia de este servicio dentro de la subred 7 de prestación de servicios, igualmente existe ausencia de oferta de servicios de hemodinamia y UCI Coronaria en las provincias Tundama, Sugamuxy, Lengupá y en Departamento de Arauca. También hay falta de atención en patologías oncológicas, tanto desde el punto de vista clínico como quirúrgico, existiendo vacíos desde la detección temprana hasta el tratamiento específico.

Dentro de la subred no hay programas de excelencia clínica por patologías priorizadas o gestión del riesgo clínico ambulatorio y la oferta de servicios clínicos y quirúrgicos supraespecializados es escasa, obligando a gran parte de la población con patologías crónicas de difícil manejo a migrar a otras ciudades o departamentos.

6.2 Diagnostico Organizacional Interno

6.2.1 Ubicación

Ilustración 11: Mapa Político de Boyacá



Duitama es un municipio ubicado en el departamento de Boyacá, situado en el centro-oriente de Colombia, en la región del Alto Chicamocha. Es la capital de la provincia del Tundama. Es el puerto



transportador terrestre más importante del oriente colombiano al encontrarse sobre la Troncal Central del Norte, y es un punto estratégico de las relaciones industriales y comerciales de esta región del país. Según el DANE, sólo el 8,99% de la población vive con necesidades básicas insatisfechas (NBI), lo que significa para Duitama el sexto lugar a nivel nacional entre los municipios con menores índices de NBI.

Ilustración 12: División del departamento por subredes de atención en salud



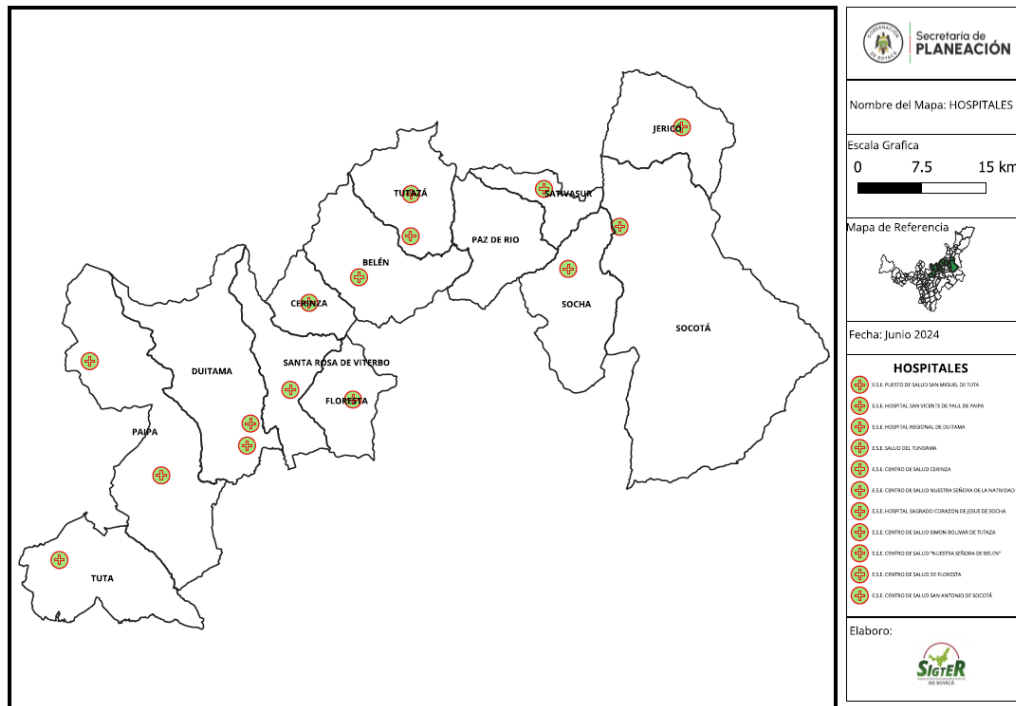
Su localización geográfica estratégica como cabeza de la provincia del Tundama y parte fundamental del corredor industrial de las cuatro provincias de mayor desarrollo del Departamento de Boyacá (Occidente, provincia del Centro, Tundama y Sugamuxi) así como sus fortalezas en la producción y sus tradiciones históricas, reflejadas principalmente en su patrimonio cultural, histórico, natural y paisajístico y, en la prestación y la tradición de los servicios educativos, le han permitido consolidarse como la ciudad de mayor jerarquía de su provincia y polo de desarrollo regional. Limita por el norte con el departamento de Santander, Municipios de Charalá y Encino; por el sur con los Municipios de Tibasosa y Paipa; por el oriente con los Municipios de Santa Rosa de Viterbo y Belén; y por el occidente con el Municipio de Paipa.

La población del municipio de Duitama a través del tiempo ha tenido una evolución importante en su grado de urbanización: mientras que el censo del año 1985 reportaba que el 77% de la población residía en el área urbana, el censo del año 2005 reportó un 87% de la población residente en esta área, con una proyección para el año 2015 que asciende al 95%. El proceso de industrialización, el desarrollo económico en las ciudades y la búsqueda de mejores condiciones de vida ha llevado a un importante crecimiento de los núcleos urbanos.



Bajo esta dinámica, el sector salud debe estar preparado para enfrentar el impacto de la expansión urbana en el proceso de salud-enfermedad, teniendo en cuenta la relación existente entre la salud y el lugar en que se habita. La evolución de la ciudad conlleva a problemas como exposición a ruido, episodios altos de contaminación, disponibilidad restringida de agua potable y falta de espacios abiertos estas condiciones, pueden tener impactos negativos para la salud si no se cuenta con adecuados sistemas de planificación urbana y de gestión de medidas sanitarias a nivel municipal.

Ilustración 13: Municipios pertenecientes a subred 7 de prestación de servicios de salud de Boyacá



Fuente: documento de red SSB

El presente plan de desarrollo se adelantará en la Sede principal de la ESE Hospital Regional de Duitama, la cual se encuentra ubicada en la Avenida de las Américas Carrera 35, Duitama, Boyacá y en las sedes de primer nivel de Santa Rosa de Viterbo y Sativasur.

6.2.2 Accesibilidad Geográfica

Duitama es capital de provincia del Tundama y por su ubicación es punto estratégico para las relaciones industriales y comerciales de esta región del país. El Municipio es punto convergente de las vías de comunicación con diferentes poblaciones del departamento y fuera de él, además es el despegue de



las diversas carreteras del oriente colombiano. Por su posición estratégica como puerto terrestre se comunica:

- **Sur:** Troncal central del Norte – Bogotá - Tunja-Paipa
- **Norte:** Troncal Central de Norte – comunica con Santa Rosa de Viterbo – Belén – Soatá – Málaga – Pamplona – Cúcuta – Venezuela.
- **Oriente:** Nobsa – Tibasosa – Sogamoso – Yopal – Casanare – Arauca.
- **Occidente:** Carretera de Torres – Charalá – San Gil – Bucaramanga

Ilustración 14. Ubicación geográfica de la ESE Hospital Regional de Duitama

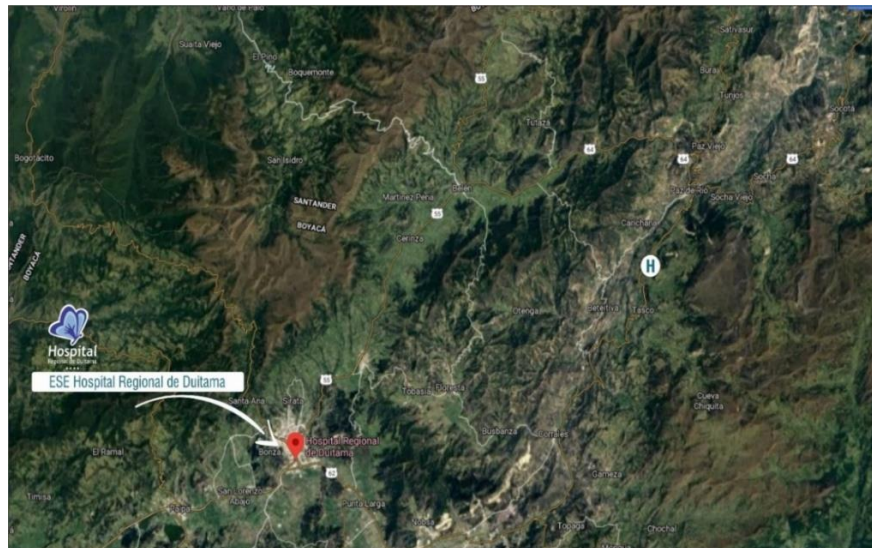
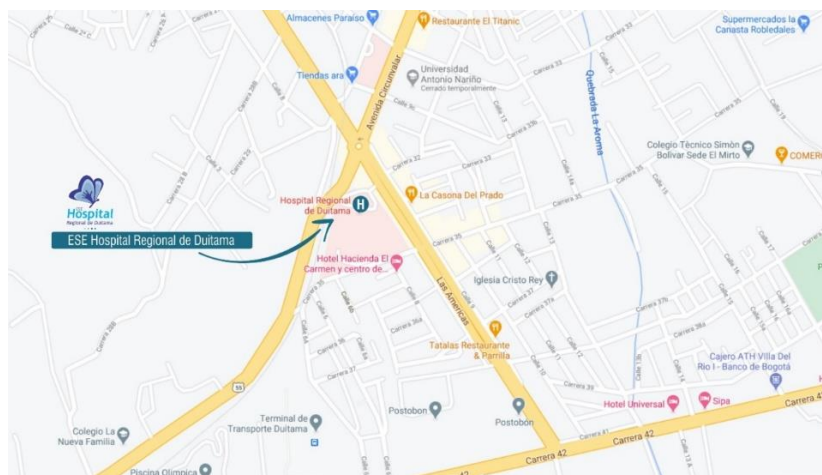


Ilustración 15: ubicación Hospital Regional de Duitama



6.2.3 Población Objeto y Caracterización de la Población

6.2.3.1 Perfil Demográfico Subred 7

El siguiente es un análisis de la población objeto de la ESE HRD que está definida por el total de personas que conforman la Subred 7 Tundama, sin desconocer que a la Institución no solamente accede población de la Subred, sino por el contrario, población de municipios circunvecinos como Tibasosa, Sogamoso, Nobsa, etc. y población de paso, sin embargo, según proyecciones de población del DANE 2024, se identifica una población objeto de la Subred 7 de, 244.802 distribuidas por edad y género así:

Tabla 3: Población – Subred 7 Tundama, clasificada por grupo etario y género, Proyecciones DANE 2024

MUNICIPIO	Total Hombres	Total Mujeres	Total Población
Duitama	63376	69518	132894
Jericó	2178	1990	4168
Tuta	4361	4554	8915
Tutazá	1057	1136	2193
Paz de Río	2229	2286	4515
Floresta	1644	1817	3461
Ceranza	1930	2015	3945
Belén	3826	4161	7987
Santa Rosa de Viterbo	7390	6738	14128
Sativasur	532	631	1163

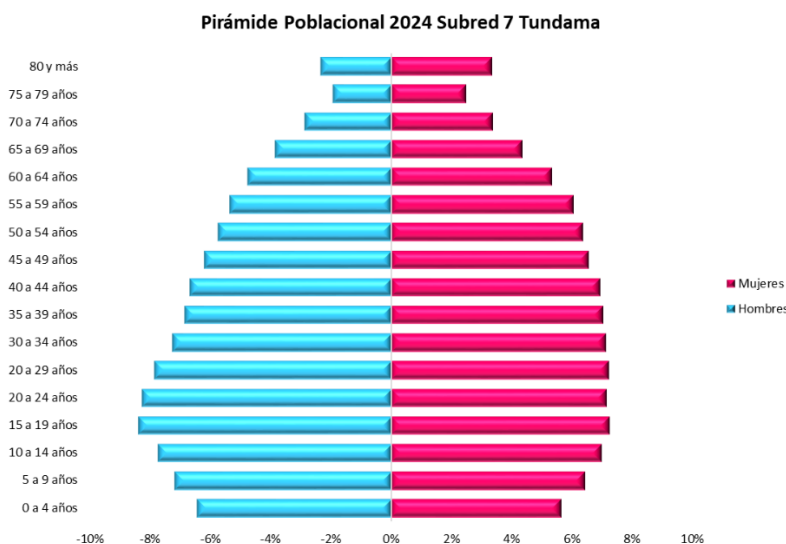


Sotaquirá	4541	4250	8791
Paipa	17661	18768	36429
Socotá	4088	3600	7688
Socha	4246	4279	8525
TOTAL SUBRED 7			244802

Fuente: DANE

Como características importantes a reconocer en la región, se puede observar la siguiente clasificación demográfica para la población objeto:

Ilustración 16: Pirámide poblacional 2024 - Subred 7 Tundama



Fuente: elaboración propia con datos del DANE

Según lo anterior se puede calcular como Índices demográficos:

- **Relación hombres/mujer:** En Población DANE por cada 100 mujeres hay 94 hombres.
- **Razón niños mujer:** En Población DANE por cada 100 mujeres en edad fértil (15-49años) hay 27 niños y niñas entre 0 y 4 años.
- **Índice de juventud:** En Población DANE por cada 100 personas hay 23 personas entre 15 a 29 años.
- **Índice de vejez:** En Población DANE por cada 100 personas hay 11 personas mayores de 65 años.



- **Índice de envejecimiento:** En Población DANE por cada 100 personas menores de 15 años, hay 51 personas mayores de 65 años
- **Índice demográfico de dependencia:** En Población DANE por cada 100 personas entre los 15 a 64 años, hay 50 personas menores de 15 años y mayores de 65 años (dependientes).
- **Índice de dependencia infantil:** En Población DANE por cada 100 personas entre los 15 a 64 años, dependen 33 menores de 15 años.
- **Índice de dependencia mayores:** En Población DANE de cada 100 personas entre los 15 a 64 años dependen 17 personas mayores de 65 años.

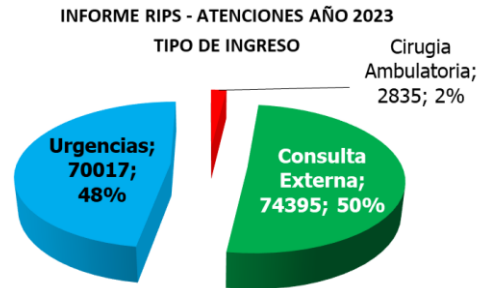
6.2.4 Caracterización de la Población Atendida por la E.S.E. Hospital Regional de Duitama

La prestación de servicios en la ESE Hospital Regional de Duitama durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2023 y 31 de marzo de 2024, incorporando la vigencia 2023 a completitud y el I trimestre de la vigencia 2024; visibilizando el comportamiento general de la demanda de los servicios de salud, las condiciones de salud de la población atendida así como las estadísticas de natalidad y morbimortalidad necesarias para vigilar y proponer acciones de intervención oportunas para mejoramiento de la prestación.

6.2.4.1 Atención por Unidad Funcional

Durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2023, la ESE Hospital Regional de Duitama realizó 147.247 atenciones, usuarios que ingresaron desde los servicios de consulta externa, urgencias y cirugía ambulatoria, donde se evidencia la mayor concentración de ingresos desde el servicio de Consulta Externa con un 50% de atenciones, correspondientes a 74.395 ingresos, desde el servicio de Urgencias con un 48%, con 70.017 de los ingresos y en tercer lugar, se evidencia las atenciones del servicio de cirugía programada con 2%, correspondiente a 2835 atenciones. Para lo transcurrido del 1 de enero a 31 de marzo de 2024, se dieron 33.699 atenciones, número correspondiente al 22,8% en comparación con el total de atenciones que existe un comportamiento con estacionalidad en que el último trimestre de cada año la demanda de los servicios es históricamente menor y para el inicio de nueva vigencia, se da inicio a la reactivación de contratos con EAPB; sin embargo, algunas de las mismas presentan demoras en reiniciar contratación de servicios por diferentes razones, además del control del gasto ante incertidumbre por parte de las aseguradoras. En el I trimestre de 2024, se evidencia la mayor concentración de ingresos desde el servicio de Urgencias con un 53,6%, con 18.077 de los ingresos y en segundo lugar, las atenciones del servicio de Consulta Externa con un 45% con 15.164 atenciones y cirugía programada con 1,4%, correspondiente a 458 atenciones.



Ilustración 17: usuarios atendidos en 2023 por servicio*Fuente: informe de RIPS, sistema DGH*

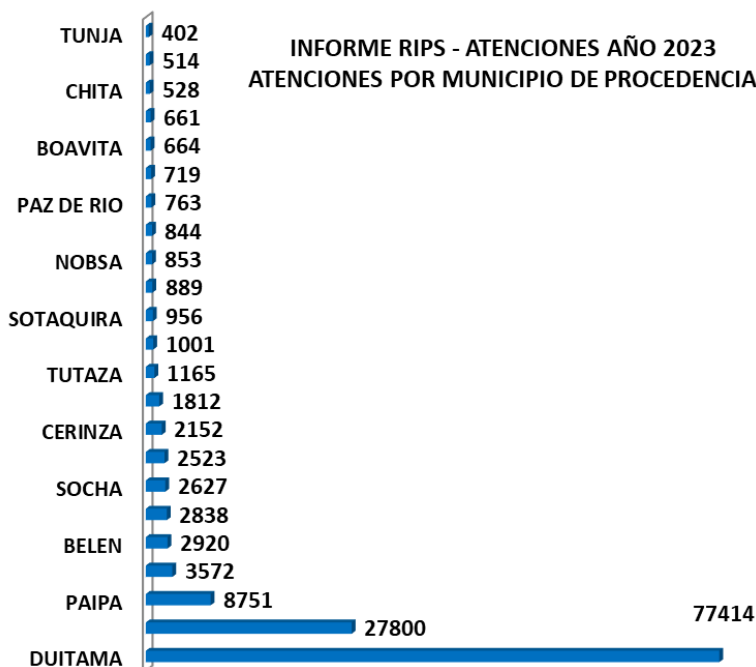
6.2.4.2 Atención por Municipio

En el análisis del acceso de pacientes por municipio de procedencia, es importante diferenciar el acceso de la población proveniente de los 14 municipios que hacen parte de la subred 7 del Tundama, en cumplimiento del rol delegado como centro de referencia dentro de la propuesta de organización de la Red de prestadores de servicios de salud departamental vigente, así como el acceso de población de otros municipios, puesto que se realizaron atenciones de pacientes provenientes de ciudades como Tunja y Bogotá. Los principales municipios de donde provinieron los pacientes atendidos son Duitama, Santa Rosa de Viterbo, Paipa, Sativasur, Belén, Tibasosa y Socha, seguidos de los presentados a continuación:





Ilustración 18: Atenciones vigencia 2023 según municipio de residencia

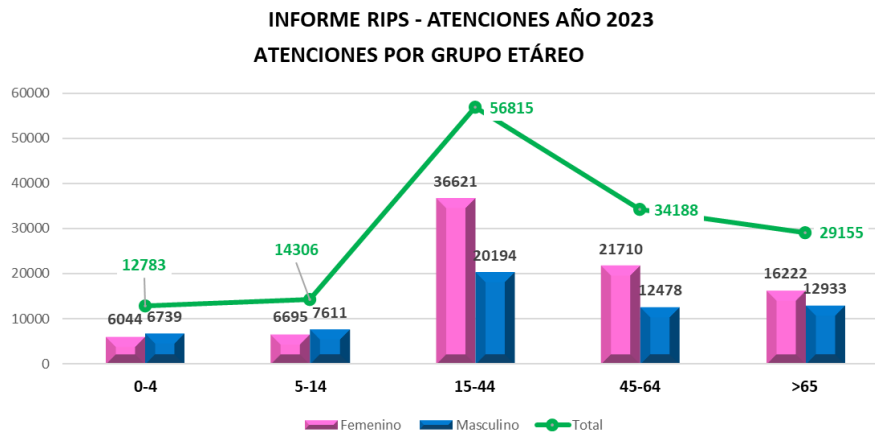


Fuente: RIPS 2023. Oficina de Sistemas E.S.E HRD

Para el I trimestre de 2024, el comportamiento es similar, teniendo en cuenta que, de las atenciones prestadas, 17.483 (51,87%) corresponden a usuarios procedentes del municipio de Duitama, siendo aquellos que la proceden en mayor número de atenciones: Santa Rosa de Viterbo, Paipa y Sativa Sur al igual que en la vigencia 2023, y en quinto lugar en cambio de Belén, el municipio de Tibasosa, en el grafico 4 se presentan dichos resultados.

6.2.4.3 Atención por edad y género



Ilustración 19: atenciones por grupo etáreo - vigencia 2023

Fuente: RIPS IV trimestre 2023. Oficina de Sistemas E.S.E HRD.

Con respecto a la distribución por edad y género, se evidencia para la vigencia 2023 un acceso en mayor proporción a los servicios del grupo poblacional en edades de 15 a 44 años, representando un 38,58% del total de pacientes atendidos; sin embargo, se cuenta con usuarios en otras etapas del ciclo de vida asistentes a la entidad, los cuales se presentan en el gráfico 5. Para el I trimestre de 2024, se identificó un acceso importante del grupo poblacional en edades de 15 a 44 años, con un 39,4% del total de pacientes atendidos; resaltando que para la mayoría de grupos poblacionales atendidos excepto los grupos entre 0 y 14 años de edad, las atenciones se dan principalmente en el género femenino, con un total de 19.231 atenciones, correspondientes al 57% de las atenciones realizadas.

6.2.4.4 Atención por Régimen y Entidad Responsable de Pago.

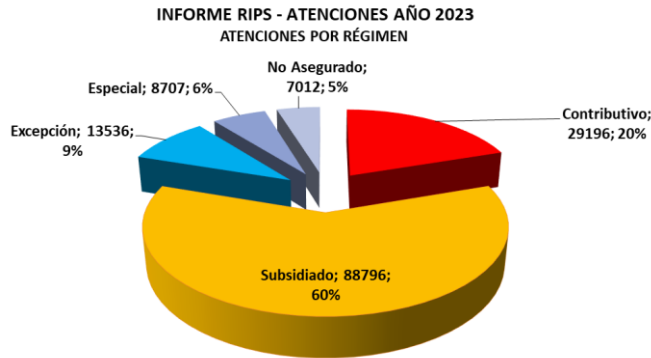
En lo referente a régimen de atención, se evidencia que para la vigencia 2023, del total de población atendida, el 60% de la población se encontraba afiliada al régimen subsidiado, seguida por el 20% correspondiente al régimen contributivo, siendo los grupos con mayor número de atenciones; respecto al régimen de Excepción correspondió se encuentra un 9% de proporción en atenciones y el Especial en 6%. En relación a la población sin aseguramiento, la cantidad de población, pese a ser de 5% ha venido en leve pero constante disminución durante la anualidad, destacando la gestión que se adelanta por la entidad y facilidades que se han incorporado a través de la oficina de aseguramiento.

Por su parte, durante el I trimestre de 2024, el comportamiento es similar con una leve disminución en el porcentaje de población atendida afiliada al régimen subsidiado (54%), que se vio compensada por aquellos usuarios afiliados al régimen contributivo (23%), régimen de Excepción correspondió a un 11% y el Especial en 7%.





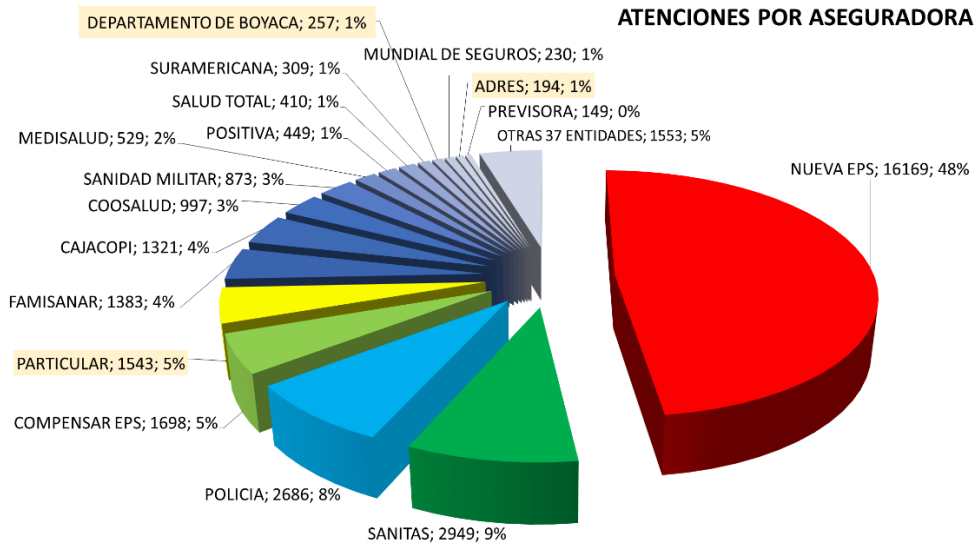
Ilustración 20: Atenciones según régimen de aseguramiento – 2023



Fuente: informe RIPS 2023 - DGH

Asociado a lo anterior, es necesario aclarar que las principales empresas responsables de pago para la ESE Hospital Regional de Duitama durante la vigencia expuesta fueron Nueva EPS, Coosalud, Sanitas, Compensar, Cajacopi y Policía Nacional.

Ilustración 21: Atenciones según Aseguradora – I Trimestre 2024



Fuente: RIPS I Trimestre 2024. Oficina de sistemas E.S.E HRD

6.2.5 Perfil epidemiológico



6.2.5.1 Morbilidad

Se presentan las 10 primeras causas de ingreso a los 3 ámbitos principales de atención de la ESE Hospital Regional Duitama para la vigencia 2023 – I Trimestre de 2024 y su respectivo análisis:

6.2.5.1.1 Morbilidad en Hospitalización

La primera causa de atención en el servicio de hospitalización para la vigencia 2023 fue la Atención del Parto, seguida de estados postoperatorios asociados a intervenciones de especialidades quirúrgicas habilitadas en la entidad; en tercer lugar, infección de vías urinarias, seguida de infección respiratoria baja (Correspondiente a Neumonías bacterianas). La prevalencia de infección de piel y tejidos blandos (celulitis) y Enfermedad Pulmonar Crónica con exacerbación, al igual que la bronquiolitis en menores continúan con similar prevalencia que vigencias previas, teniendo en cuenta que dicha información es retomada para el proceso de adopción e implementación de guías de práctica clínica que orientan la prestación de los servicios. En adición, dentro de las principales causas de atención, las enfermedades de origen infeccioso tienen importante prevalencia, con el reporte de un importante número de atenciones por colitis y gastroenteritis, finalmente, la hemorragia gastrointestinal.

Tabla 4: Principales causas de atención en Hospitalización

PRIMERAS CAUSAS DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	
1	Parto único espontáneo / seguimiento postparto, de rutina
2	Otros estados postquirúrgicos especificados
3	Infección de vías urinarias, sitio no especificado
4	Infección aguda de las vías respiratorias inferiores / neumonías
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada
6	Bronquiolitis aguda, no especificada
7	Celulitis de otras partes de los miembros
8	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación
9	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado
10	Hemorragia gastrointestinal, no especificada

Fuente: RIPS. Subproceso de Sistemas E.S.E HRD

Para 2024, la primera causa de atención en hospitalización continúa siendo la atención del parto, en donde la infección de vías urinarias se ha ubicado en segundo lugar en comparación con la vigencia 2023 a cambio de estados postoperatorios.



6.2.5.1.2 Morbilidad en Consulta Externa

Las atenciones en consulta externa para la vigencia 2023 se asociaron principalmente al seguimiento de patologías como la Hipertensión Arterial, hiperplasia prostática y otras enfermedades como la rinitis crónica, trastornos otorrinolaringológicos, patologías en manejo por neurocirugía y atenciones en gestantes, lo cual es coherente con el perfil epidemiológico del Departamento de Boyacá.

Tabla 5: Principales causas de atención en Consulta Externa

	PRIMERAS CAUSAS DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA
1	Hipertensión esencial (primaria)
2	Hiperplasia de la próstata
3	Rinitis crónica
4	Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta
5	Hipotiroidismo, no especificado
6	Lumbago no especificado
7	Supervisión de embarazo de alto riesgo
8	Hipoacusia neurosensorial, bilateral
9	Otros dolores abdominales y los no especificados
10	Insuficiencia renal no especificada

Fuente: RIPS. Oficina de Sistemas E.S.E HRD

Cabe resaltar que, pensando en el futuro de la institución, en las propuestas de valor y la responsabilidad institucional con la salud pública y la comunidad, estas patologías deben ser consideradas para el desarrollo de programas de control del riesgo clínico, los cuales apuntan a reducir las tasas de complicaciones, progresión de la enfermedad, mortalidad, atenciones en urgencias y costos para el sistema de salud.

6.2.5.1.3 Morbilidad en Urgencias

La morbilidad en el servicio de urgencias para 2023 mantuvo como primera causa de atención el Dolor Abdominal, seguido de cefalea, patologías infecciosas de las vías respiratorias, lumbago y dolor torácico, resaltando nuevamente que las patologías de origen infeccioso tienen una importante proporción entre los motivos de ingreso por urgencias al agruparse en estas: las infecciones respiratorias, gastrointestinales, urinarias y los motivos de consulta por fiebre en que se identifica mayormente un origen infeccioso.

Tabla 6: Principales causas de atención en Urgencias

	PRIMERAS CAUSAS DE ATENCIÓN EN URGENCIAS
--	---



1	Otros dolores abdominales y los no especificados
2	Cefalea
3	Amigdalitis aguda, no especificada
4	Infección aguda de las vías respiratorias superiores
5	Lumbago no especificado
6	Rinofaringitis aguda (resfriado común)
7	Dolor en el pecho, no especificado
8	Infección de vías urinarias, sitio no especificado
9	Fiebre, no especificada
10	Otra otitis media aguda, no supurativa

Fuente: RIPS. Oficina de Sistemas E.S.E HRD

6.2.5.2 Natalidad

Durante el año 2023, se certificaron en la plataforma RUAF 1,032 nacimientos. El mes con el mayor número de atenciones fue septiembre, con 98 nacimientos, seguido de agosto y diciembre, ambos con 96 nacimientos, por género, se certificaron 533 nacimientos del género masculino, lo que representa el 51.6%, y 499 del género femenino, equivalente al 48.4%.

El 99.6% de los partos fue atendido en una institución de salud, el 0.3% en domicilio y el 0.1% en otros lugares, la edad materna en la que más se presentaron atenciones de parto fue entre 20 y 34 años, representando el 73.4% del total de los partos. Le siguieron las usuarias de 15 a 19 años con el 14.5% de los casos y las mayores de 35 años con el 12.2%. Se atendieron 3 partos en menores de 14 años, lo cual representa el 0.3% restante.

El 91.9% de los recién nacidos tenía un peso superior a los 2,500 gramos, el 60.2% de las pacientes asistió a la atención del parto con 7 o más controles prenatales.



Tabla 7: Consolidado general de Nacimientos presentados durante el año 2023

Mes	N° nacimientos	Genero		Lugar de atención del parto			Nacimientos según edad de la madre				Peso del recién nacido			Nacimientos según N° de controles prenatales			
		Masculino	Femenino	Institución de salud	Domicilio	Otro	< 14 años	15 a 19 años	20 a 34 años	35 y + años	Nacidos vivos con Peso < 2500 grs	N° niños con BPNT	Nacidos vivos con Peso > 2500 grs	Cero (0)	1 a 3	4 a 6	7 o +
Enero	83	46	37	83	0	0	0	11	62	10	7	7	76	3	11	23	46
Febrero	71	41	30	70	1	0	0	10	50	11	7	3	64	3	8	16	44
Marzo	94	49	45	93	1	0	0	8	73	13	4	4	90	3	6	25	60
Abril	86	42	44	85	0	1	0	15	62	9	10	6	76	2	7	33	44
Mayo	82	46	36	82	0	0	0	15	62	9	8	4	74	4	7	20	51
Junio	83	40	43	83	0	0	0	8	67	8	8	5	75	3	7	23	50
Julio	84	46	38	83	1	0	0	23	52	9	9	7	75	2	13	32	37
Agosto	96	40	56	96	0	0	0	12	66	18	6	6	90	1	10	27	58
Septiembre	98	49	49	98	0	0	2	17	69	10	8	4	90	5	11	25	57
Octubre	72	34	38	72	0	0	1	10	50	11	7	7	65	2	6	22	42
Noviembre	87	46	41	87	0	0	0	9	68	10	5	3	82	2	4	18	63
Diciembre	96	54	42	96	0	0	0	12	76	8	5	2	91	3	2	22	69
Total	1032	533	499	1028	3	1	3	150	757	126	84	58	948	33	92	286	621
Distribución		51,6	48,4	99,6	0,3	0,1	0,3	14,5	73,4	12,2	8,1	5,6	91,9	3,2	8,9	27,7	60,2

Fuente: RUAF ND

Durante lo transcurrido del año 2024, se han certificado 468 nacimientos, con una importante tendencia al aumento de partos evidenciada en el mes de mayo, teniendo en cuenta que a partir de este mes nuestra institución es la única que quedó habilitada para la atención de partos en el municipio. Por género, se certificaron 252 nacimientos del género masculino, lo que representa el 53.8%, y 216 del género femenino, equivalente al 46.2%, el 100% de los partos fue atendido en una institución de salud, la edad materna en la que más se presentaron atenciones de parto fue entre 20 y 34 años, representando el 70.3% del total de los partos, le siguieron las usuarias mayores de 35 años con el 12.2% y las usuarias de 15 a 19 años con el 10.7%. El 88.2% de los recién nacidos tuvo un peso superior a los 2,500 gramos, el 55.8% de las pacientes asistió a la atención del parto con 7 o más controles prenatales.



Tabla 8: Consolidado general de Nacimientos presentados durante el año 2024

Mes	N° nacimientos	Genero		Lugar de atención del parto			Tipo de parto			Nacimientos según edad de la madre				Peso del recién nacido		Nacimientos según N° de controles prenatales			
		Masculino	Femenino	Institución de salud	Domicilio	Otro	Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	< 14 años	15 a 19 años	20 a 34 años	35 y + años	Nacidos vivos con Peso < 2500 gr's	Nacidos vivos con Peso > 2500 gr's	Cero (0)	1 a 3	4 a 6	7 o +
Enero	84	48	36	84	0	0	56	28	0	0	9	64	11	5	79	4	5	20	55
Febrero	68	31	37	68	0	0	43	25	0	0	7	53	8	3	65	1	11	14	42
Marzo	79	55	24	79	0	0	48	31	0	0	8	60	11	4	75	0	2	32	45
Abril	85	51	34	85	0	0	54	29	2	0	7	41	6	1	53	2	8	29	30
Mayo	152	67	85	152	0	0	112	40	0	1	19	111	21	11	141	4	15	44	89
Total	468	252	216	468	0	0	313	153	2	1	50	329	57	24	413	11	41	139	261
Distribución		53,8	46,2	100,0	0,0	0,0	66,9	32,7	0,4	0,2	10,7	70,3	12,2	5,1	88,2	2,4	8,8	29,7	55,8

Fuente, RUAF ND 2.0

6.2.5.3 Mortalidad

Durante el año 2023, ingresaron a la plataforma RUAF un total de 563 defunciones, de las cuales el 33.7% fueron fetales y el 66.3% no fetales. El mes con más defunciones certificadas fue septiembre, con 59 registros, principalmente de muertes no fetales, mayo fue el mes con menos defunciones certificadas, con 36 registros ingresados en la plataforma RUAF. Por género, la distribución general fue del 33% para defunciones masculinas, 34.8% femeninas y el 32.2% restante indeterminado.

El 94% de las defunciones ocurrieron en una institución de salud, el 4.3% en domicilio y el 1.6% en otros lugares. Esta distribución se debe a algunas muertes fetales registradas en lugares distintos a una institución de salud.

El grupo de edad con más defunciones fue el de personas mayores de 60 años, con el 56.8% del total de muertes, seguido por adultos de 27 a 59 años, con el 11%. También se certificaron 3 defunciones en la primera infancia, 1 en la infancia y 3 en la juventud, que representan el 1.2% restante de muertes no fetales. No se certificaron muertes en la adolescencia



Tabla 9: Consolidado general de defunciones presentadas durante el año 2023

Mes	N° Defunciones	Tipo de Defunción		Género		N° de Defunciones según sitio de Defunción					Ciclo vital (N° de Defunciones)					
		Fetal	No fetal	Masculino	Femenino	Institución de salud	Casa o Domicilio	Vía pública	Lugar de trabajo	Otro	Primera Infancia (0 a 5 años)	Infancia (6 a 11 años)	Adolescencia (12 a 18 años)	Juventud (14 a 26 años)	Adultez (27 a 59 años)	Persona mayor (60 años y más)
Enero	47	11	36	15	21	39	6	0	0	1	0	0	0	0	4	31
Febrero	53	19	34	15	21	51	1	0	0	0	0	0	0	0	3	31
Marzo	47	15	32	20	12	46	1	0	0	0	0	0	0	0	6	41
Abril	40	11	29	12	17	36	4	0	0	0	1	0	0	0	8	20
Mayo	36	10	26	13	13	32	1	0	0	3	1	0	0	0	4	21
Junio	42	13	29	15	16	38	1	0	0	3	0	0	0	0	4	25
Julio	51	18	33	20	14	49	2	0	0	0	1	1	0	0	5	26
Agosto	49	22	27	12	15	46	2	0	0	1	0	0	0	1	7	20
Septiembre	59	20	39	19	22	58	0	0	0	1	0	0	0	0	8	31
Octubre	45	16	29	16	15	45	1	0	0	0	0	0	0	0	6	23
Noviembre	42	17	25	11	14	40	2	0	0	0	0	0	0	0	2	23
Diciembre	52	18	34	18	16	49	3	0	0	0	0	0	0	2	5	28
Total	563	190	373	186	196	529	24	0	0	9	3	1	0	3	62	320
Distribución		33,7	66,3	33,0	34,8	94,0	4,3	0,0	0,0	1,6	0,5	0,2	0,0	0,5	11,0	56,8

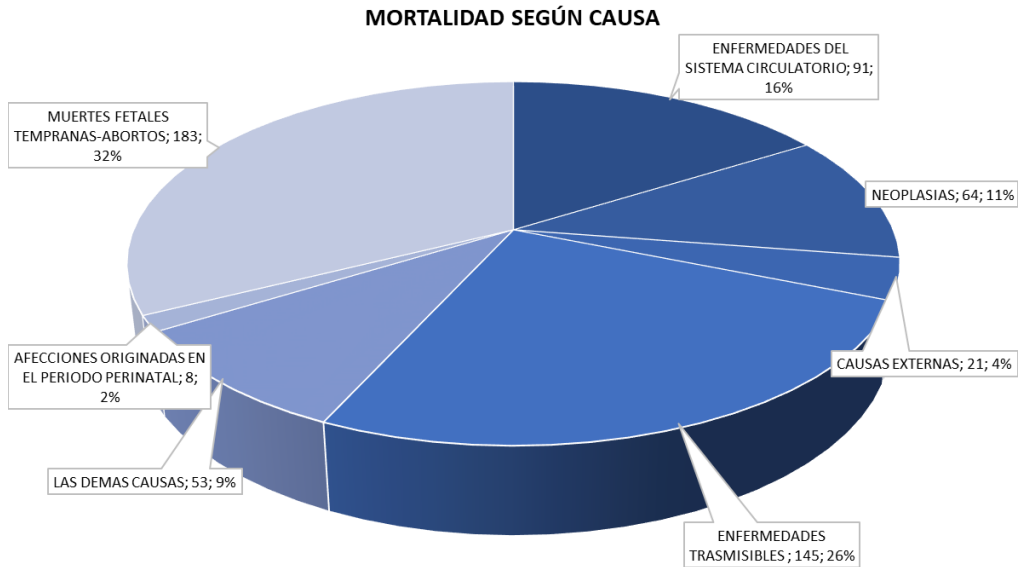
Fuente: RUAF ND

A continuación, se presenta el consolidado de defunciones según causa básica agrupada:

- Enfermedades del Sistema Circulatorio: Enfermedades hipertensivas, cardíacas, ACV, aterosclerosis, insuficiencia cardíaca, enfermedad cardiopulmonar, isquemias cardíacas.
- Neoplasias: Tumores, leucemias.
- Causas Externas: Accidentes de transporte, caídas, ahogamientos, agresiones, intoxicaciones, corriente eléctrica, suicidios.
- Enfermedades Transmisibles: Infecciones intestinales, TBC, transmitidas por vectores, zoonosis, meningitis, septicemia, VIH, IRA, infecciones y parasitarias.
- Otras Causas: Diabetes mellitus, deficiencias nutricionales, enfermedades crónicas de vías respiratorias, apendicitis, enfermedades del sistema urinario, sistema nervioso excepto meningitis, hiperplasia prostática, malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.
- Afecciones Originadas en el Periodo Perinatal: Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas, complicaciones obstétricas, sepsis bacteriana del recién nacido, trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, retardo del crecimiento fetal, gestación corta, bajo peso al nacer.
- Muertes Fetales Tempranas: Abortos tempranos, embarazos ectópicos.
- De acuerdo a lo anterior, durante el año 2023, la mayor causa agrupada de muertes no fetales fueron las enfermedades transmisibles (145), seguidas por las enfermedades del sistema cardiovascular (91) y las neoplasias (64).



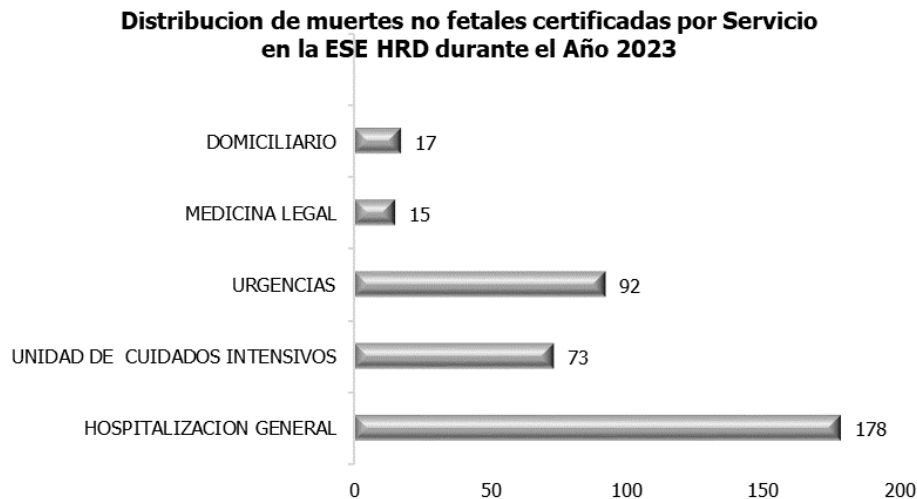
Ilustración 22: Mortalidad por todas las causas



Fuente: estadísticas vitales

El servicio en el que más se certifican defunciones No fetales es hospitalización general, seguido por el servicio de urgencias de acuerdo a lo observado en la siguiente gráfica.

Ilustración 23: Distribución de muertes no fetales por servicio durante el año 2023



Fuente: estadísticas vitales

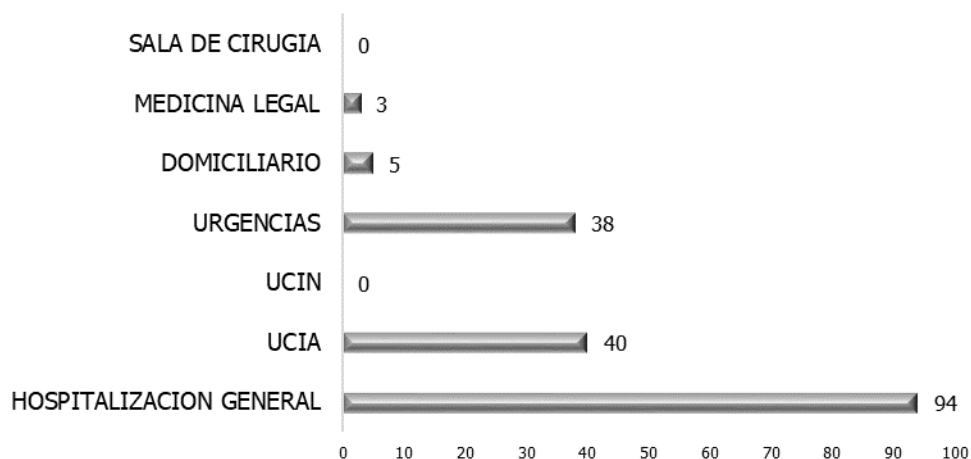


Durante lo corrido del año 2024 la mayor causa agrupada de muertes No fetales fue por enfermedades transmisibles (61), seguidas por las enfermedades del sistema cardiovascular (50) y las demás causas (37)

El servicio en el que más se certifican defunciones No fetales es hospitalización general, seguido por el servicio de urgencias de acuerdo con lo observado en la siguiente gráfica, con una relación de 2.8 muertes en hospitalización por 1 muerte en urgencias.

Ilustración 24: Distribución de muertes no fetales por servicio durante el año 2024

Distribución de muertes no fetales certificadas por servicio en la ESE HRD durante el año 2024



Fuente: estadísticas vitales

En resumen, los datos muestran una alta tasa de nacimientos en mujeres jóvenes que requieren mayores controles de seguimiento prenatal.

Se concluye que una concentración de defunciones en personas mayores, se destaca la importancia de las enfermedades transmisibles y cardiovasculares, así como infecciosas como principales causas de muerte. Las instituciones de salud desempeñan un papel crucial tanto en los nacimientos como en las defunciones, lo que subraya la necesidad de continuar manteniendo y mejorando la infraestructura y los servicios de salud.

6.2.6 Portafolio de servicios y capacidad instalada

El siguiente es el detalle por grupo de servicios, de los servicios habilitados por la ESE Hospital Regional de Duitama, en su sede principal y sedes adscritas de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019:



6.2.6.1 Servicios de mediana complejidad sede Duitama

Tabla 10: Oferta de Servicios Ambulatorios – Sede Duitama

Enfermería	Nutrición y dietética
Medicina General	Psicología
Anestesiología	Cardiología
Cirugía general	Ortopedia y/o traumatología
Ginecobstetricia	Otorrinolaringología
Medicina física y rehabilitación	Pediatría
Medicina interna	Psiquiatría
Gastroenterología	Urología
Cirugía Plástica y Estética	Neurocirugía
Neurología	Clínica de heridas y terapia enterostomal
Dermatología	Cirugía Maxilofacial
Neumología	Coloproctología
Medicina Familiar	Endocrinología
Nefrología	Medicina Física y del Deporte
Cardiología Pediátrica	Oftalmología
Dolor y Cuidados Paliativos	Neumología Pediátrica
Infectología	Hemodiálisis

Fuente: REPS

Tabla 11: Oferta de Servicios Quirúrgicos - Sede Duitama

Cirugía general	Cirugía otorrinolaringología
Cirugía ginecológica	Cirugía urológica
Cirugía neurológica	Cirugía Plástica y estética
Cirugía ortopédica	Cirugía Maxilofacial
Cirugía coloproctología	Cirugía Dermatológica

Fuente: REPS

Tabla 12: Oferta de Servicios de Imágenes diagnósticas ionizantes y no ionizantes y Complementación Terapéutica – Sede Duitama

Diagnóstico cardiovascular	Laboratorio clínico
Radiología e imágenes diagnosticas	Toma de muestras de laboratorio clínico
Transfusión sanguínea	Servicio farmacéutico
Ultrasonido	Electro diagnóstico
Endoscopia	Terapia respiratoria
Ecocardiografía	Fisioterapia
Terapia ocupacional	Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje

Fuente: REPS



Tabla 13: Oferta de Consulta Especializada modalidad telemedicina

Neurología

Fuente: REPS

Tabla 14: Servicio de Urgencias - Sede Duitama

Servicio de Urgencias de mediana complejidad	Observación pediátrica
Observación adultos	Sala EDA-ERA

Fuente: REPS

Tabla 15: Servicios de Internación Sede Duitama

General adultos	Obstetricia (con atención del parto)
General pediátrica	Unidad de Cuidados Intermedios
Unidad de Cuidados Intensivos	

Fuente: REPS

Tabla 16: Transporte Asistencial

Transporte asistencial básico	Transporte asistencial medicalizado
-------------------------------	-------------------------------------

Fuente: REPS

6.2.6.2 unidad de gestión del riesgo integral Santa Rosa de Viterbo:

Tabla 17: Servicios Ambulatorios - Sede Santa Rosa de Viterbo

Enfermería	Medicina general
Odontología general	Psicología
Consulta prioritaria	

Fuente: REPS

Tabla 18: Servicio de Urgencias- Sede Santa Rosa de Viterbo

Urgencias de Baja complejidad

Fuente: REPS

Tabla 19: Traslado asistencial - Sede Santa Rosa de Viterbo

Transporte asistencial básico

Fuente: REPS

Tabla 20: Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica - Sede Santa Rosa de Viterbo

Laboratorio clínico



Tamización de cáncer de cuello uterino
--

Fuente: REPS

Tabla 21: Protección Específica y Detección Temprana - Sede Santa Rosa de Viterbo

Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)
Detección temprana - alteraciones del embarazo	Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)
Protección específica – vacunación	Protección específica - atención preventiva en salud bucal
Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	

Fuente: REPS

6.2.6.3 Servicios de la unidad básica de atención, centro de salud Sativa Sur

Tabla 22: Servicios Ambulatorios - Sede Sativa Sur

Enfermería	Medicina general
Odontología general	Vacunación

Fuente: REPS

Tabla 23: Traslado asistencial - Sede Sativa Sur

Transporte asistencial básico

Fuente: REPS

Tabla 24: Apoyo Diagnostico y complementación Terapéutica sede Sativa Sur

Toma de muestras de laboratorio clínico	Servicio Farmacéutico
Tamización de cáncer de cuello uterino	

Fuente: REPS

Tabla 25: Protección Específica y Detección Temprana Sede Sativa Sur

Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)
Detección temprana - alteraciones del embarazo	Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)



Protección específica - atención preventiva en salud bucal	Protección específica atención en planificación familiar hombres y mujeres
Protección específica- atención del recién nacido	

Fuente: REPS

6.2.7 Prestación de servicios

6.2.7.1 Producción

Los datos de producción de la E.S.E Hospital Regional de Duitama son el reflejo de todos los registros individuales de prestación de servicios que se brindan en la sede principal, así como en las Unidades Básicas de Atención (Santa Rosa de Viterbo y Sativasur), estos datos se extraen desde diversas fuentes de información, en su mayoría de la Plataforma de Aplicativos y Consultas, abarcando las distintas actividades que se cuantifican acorde al decreto 2193.

Esta medición se realiza de forma mensual, para ser cargada trimestralmente a la plataforma nacional SIHO y presentada con igual periodicidad en los espacios dispuestos para el análisis por los líderes diferentes líderes de Unidades funcionales y altos directivos, especialmente en el Comité de prestación de servicios y gestión clínica multidisciplinaria con el objetivo de evaluar tendencias, cambios no esperados en el comportamiento y así plantear estrategias para mejorar la producción en la Institución; así como eliminación de barreras administrativas.

Los resultados asociados a producción han reflejado un incremento importante en la producción de servicios para la vigencia 2023; mostrando un incremento favorable en la producción de consultas por medicina especializada y general tanto de forma urgente como electivas, lo que representa un reto adecuadamente asumido en tanto que a la vez que la demanda de estos servicios aumentó, la oportunidad en la atención también mejoró y se mantuvo, debido a implementación continua de programas como la Torre de Control y seguimiento con retroalimentación a las especialidades médicas.

Uno de los principales grupos de actividades de producción que impacta mayormente la facturación de la institución son las actividades quirúrgicas, en que la institución mostró incremento notorio del 16% recordando que de 2021 a 2022 había sido del 32%, reflejando la importancia atribuida a aumentar la oferta de especialidades y subespecialidades médicas, así como a aumentar la capacidad técnica y científica de realizar procedimientos quirúrgicos cada vez más complejos.

Finalmente, los indicadores de producción asociados a sedes de primer nivel, continúan siendo un reto en la prestación de los servicios, con requerimiento de acciones que permitan favorecer la demanda inducida.

6.2.7.2 Modelo de Atención





El Modelo de atención "Cuidar tu salud", tiene el objetivo de enfocar la prestación de los servicios de salud por medio del ciclo de atención y aplicando los pilares de atención en salud basados en los atributos de la calidad, la humanización, buscando brindar una mejor experiencia en la atención del Paciente y su Cuidador, con enfoque de riesgo clínico en la ESE Hospital Regional de Duitama y con la finalidad de favorecer la satisfacción del usuario. Desde mayo de 2022, el Modelo de Atención institucional ha sido implementado en ciclo de mejora continua con objetivos que incluyen evaluar el cumplimiento sobre cada atributo de la calidad en las diferentes unidades funcionales realizando retroalimentación directa con líderes y logrando con decisiones directivas importantes mejoras en la atención favoreciendo también la creación seguimiento y mejora de programas y procedimientos institucionales. Su implementación ha incorporado la socialización de sus lineamientos a toda la organización a través de procesos de inducción, reinducción y jornadas de capacitación continuada al talento humano.

El modelo de atención cuenta con diferentes indicadores, los cuales evalúan el desempeño institucional en función de cada atributo de calidad y cada unidad funcional, reflejando resultados que desde el inicio de la implementación muestran mejora progresiva que han llevado al porcentaje de cumplimiento del modelo de atención en la institución, sobre el 75%, siendo un resultado propenso a continuar mejorando; sin embargo, que ha permitido evaluar de forma objetiva la calidad en la prestación de servicios, potenciar el desarrollo de estrategias como ingreso y egreso seguro, entre otros, que impactan en la seguridad en la atención y la mejora continua de los procesos.

Ilustración 25: Modelo de Atención Hospital Regional de Duitama



Fuente: Modelo de Atención HRD

6.2.7.3 Humanización en la atención

El programa de humanización “Servir es Amar” se concibe como la herramienta principal con la que cuenta la Institución para favorecer la implementación efectiva de una atención humanizada, con enfoque en acreditación basada en el fomento del buen trato, el acompañamiento clínico, psicológico, espiritual y administrativo que permita brindar un cálido y oportuno servicio, la preservación de la dignidad de los usuarios, la intervención de conductas no humanizantes, la comunicación asertiva, la prevención del cansancio en los colaboradores, la adecuación de ambientes humanizados y espacios de comunicación enfocados en lograr una mejor atención.

Ilustración 26: Programa de Humanización "Servir es Amar"



Fuente: Programa de Humanización HRD

Como respuesta a la Política Institucional, el programa inició su consolidación dentro de los estándares de la acreditación y bajo el ciclo PHVA en el año 2022, teniendo presente la cultura previa y un análisis de las necesidades y expectativas del cliente interno y externo, planteando acciones por medio de estrategias que, sustentadas en la evidencia y con soporte en experiencias exitosas de instituciones acreditadas a nivel mundial las cuales fueron adoptadas y documentadas generando manuales, procedimientos, planes de servicio, protocolos, instructivos entre otros y estableciendo un fuerte proceso de seguimiento a lo documentado a través de la generación de 48 indicadores de productividad, eficacia y eficiencia que han mostrado un desempeño para la vigencia 2023 tendiente a la mejora, con una cultura que se ve día a día fortalecida, avances en relación a entornos humanizados, dotación de ludoteca “pedialandia” seguimiento a conductas no humanizantes, reconocimiento a colaboradores, adherencia a código lila, respeto por voluntades anticipadas y un programa que es reconocido y



apropiado por la mayoría de colaboradores, entre otros. En adición, y con el objetivo de favorecer la implementación del programa, para la anualidad se formuló el cronograma de implementación del mismo, con un desempeño del 99%, evidenciando el compromiso de la organización y visibilizando la importancia del mismo para la organización.

6.2.7.4 Seguridad del Paciente

La política de seguridad del paciente actualizado de forma anual cuenta con 10 líneas estratégicas proyectadas a fin de favorecer la cultura y estructura el despliegue del Programa institucional de seguridad del paciente: Línea 1: Fortalecer la estructura organizacional de seguridad del paciente a través del comité de Seguridad del paciente y gestión clínica. Línea 2: Fortalecimiento de la cultura de reporte de sucesos de seguridad de interés. Línea 3: Aprendizaje organizacional a partir del análisis de sucesos de seguridad. Línea 4: Fomentar un entorno seguro en la prestación de servicio a través de la implementación de las buenas prácticas de seguridad involucrando al trabajador, paciente y familia. Línea 5: Educar, capacitar y empoderar al personal de la E.S.E Hospital Regional de Duitama en la política de seguridad del paciente a través de espacios propios y diferenciados para el programa. Línea 6: Fomentar cultura y clima de seguridad del paciente. Línea 7: Gestión del riesgo. Línea 8: Realización de búsqueda activa de eventos adversos. Línea 9: Comunicación y abordaje del paciente y su familia durante la ocurrencia de sucesos relacionados con la seguridad del paciente. Línea 10: Abordaje de la segunda y tercera víctima en la ocurrencia de sucesos relacionados con la seguridad del paciente.

La implementación del programa ha tenido un crecimiento importante en el último cuatrienio, obteniendo para 2023 un total de 1888 reportes de indicios de atención insegura, lo cual refleja la fortalecida cultura de reporte entre colaboradores; teniendo en cuenta que cada reporte cuenta con gestión completa de análisis a partir de la metodología de protocolo de Londres, mesas de análisis que permitieron la formulación de 514 acciones de mejora, con cumplimiento de 98% a las mismas durante la vigencia. Por su parte, la implementación de buenas prácticas de seguridad se ha fortalecido a través de la medición de adherencia específica con promedio general para la vigencia 2023 de 92% y seguimiento a través del comité de seguridad del paciente, que permite de forma continua la incorporación de las acciones correctivas y de mejora con oportunidad.

6.2.7.5 Programas Asistenciales

Los programas de: Programa clínica de piel, heridas y ostomías, programa de adopción e implementación de guías de práctica clínica, programa de conciliación y seguimiento farmacoterapéutico, programa de donación de órganos – Hospital generador de vida, programa de egreso seguro asistido, programa de excelencia operacional y gestión por procesos, programa de gestión del riesgo clínico, programa de manejo óptimo de la sepsis – código sepsis, programa de monitoreo hospitalario torre de control, programa de humanización “servir es amar”, programa de soporte metabólico y nutricional, programa estrategia IAMII: institución amiga de la mujer y la infancia integral, programa para la optimización de los antimicrobianos, programa prevención y control de





infecciones y programa de seguridad del paciente, potencian el despliegue del modelo de atención a fin de garantizar la continuidad y fortalecer la calidad en la prestación de los servicios.

6.2.7.5.1 Clínica de Piel, Heridas y Ostomías

El programa Clínica de Piel, Heridas y Ostomías, tiene el objetivo de prevenir la aparición de lesiones cutáneas relacionada con la dependencia (LCRD), brindar cuidado integral al paciente hospitalizado y ambulatorio con heridas complicadas, agudas o crónicas, limpias o infectadas y proporcionar cuidados especiales al paciente con ostomías, mediante el manejo protocolizado, multidisciplinario y con uso de tecnología con altos estándares de calidad, para acelerar el tiempo de recuperación, mejorar los desenlaces clínicos, disminuir el riesgo de complicaciones, optimizar los recursos y mejorar la experiencia del usuario.

Para el año 2023, se da paso a la creación como programa del equipo de trabajo de Clínica de la piel, heridas y ostomías, posicionando al equipo con una identidad propia, avanzando en la formulación de indicadores para ser alimentados mensualmente en la plataforma Almera garantizando la visualización de adherencia, rentabilidad, utilidad, entre otros, que han favorecido el impulso del programa. Entre los resultados más representativos del programa, para 2023 se inició el centro de costos del programa, logrando obtener una rentabilidad del 150.84 % demostrando ser un programa costo efectivo.

6.2.7.5.2 Soporte Nutricional

El programa de soporte nutricional busca establecer el proceso de atención para el manejo del soporte nutricional en el paciente hospitalizado y ambulatorio acorde a las necesidades identificadas durante la prestación del servicio en la E.S.E. Hospital Regional de Duitama. Con alcance en los diferentes servicios hospitalarios, para la vigencia 2023 se logró la consolidación de un equipo interdisciplinar que al ser interconsultado, orienta el abordaje especializado para brindar el soporte nutricional; gracias al trabajo articulado de médico especialista, nutrición y enfermería profesional, el programa tiene implementación a diferentes usuarios a fin de prevenir la malnutrición y desnutrición, incorporando de forma simultánea la medición por 12 indicadores que reflejan el seguimiento realizado a los usuarios y la adherencia al programa que va creciendo de forma progresiva: Porcentaje de Cumplimiento en meta calórica en las primeras 48 a 72 horas, Porcentaje Cumplimiento en meta proteica en las primeras 48 a 72 horas, Porcentaje de pacientes con Inicio temprano del soporte nutricional ordenado, Porcentaje de pacientes Hospitalizados, trasladados a la unidad de cuidados intensivos por alguna complicación, excluyendo traslados POP, Porcentaje de pacientes con egreso exitoso del grupo de soporte metabólico y nutricional, Porcentaje de pacientes del grupo de soporte metabólico y nutricional con Ganancia o mantenimiento de peso corporal, Eventos adversos relacionados con soporte nutricional, Porcentaje de reingreso de pacientes con complicaciones de gastro o yeyunostomía, Porcentaje de familiares capacitados en el manejo ambulatorio de gastro o yeyunostomía, Porcentaje de pacientes con valoración nutricional que ingresan al grupo de soporte metabólico y nutricional, Porcentaje de pacientes que



recibieron plan de manejo nutricional ambulatorio, Porcentaje de respuesta a interconsulta generadas al grupo de soporte metabólico y nutricional.

6.2.7.5.3 Egreso Seguro

El programa de egreso seguro asistido es una estrategia implementada a partir del año 2022, con el propósito de establecer las estrategias de asistencia y ejecución del egreso seguro acorde con el Modelo de atención institucional “Cuidar tu Salud”, en los diferentes servicios asistenciales y de apoyo, canalizado a través de la sala de egresos en articulación con el equipo asistencial, administrativo y de apoyo con el fin de mejorar la continuidad y calidad en la atención, la educación del paciente y su familia, la adherencia al tratamiento ambulatorio y la reducción de la tasa de reingresos, así mismo agilizar la rotación de camas hospitalarias y traslado oportuno de nuevos usuarios a unidades hospitalarias para optimizar la capacidad instalada.

Para su despliegue, el programa cuenta con una sala que ha sido dotada especialmente a fin de favorecer un contacto cómodo y ameno con los usuarios, con disponibilidad de televisor, material educativo y talento humano conformado por médico general exclusivo, profesional de enfermería y auxiliar de enfermería que durante el paso por la sala prioriza la entrega de educación para el egreso y la orientación de manejo ambulatorio a fin de entrenar al paciente y su cuidador para disminuir la frecuencia de reingresos, identificar de forma oportuna signos de alarma que limiten la ocurrencia de complicaciones y dotar de conocimientos que permitan al usuario egresar de una forma segura y tranquila, teniendo claridad sobre los cuidados a continuar en su hogar en relación a manejo de tratamiento, cuidado de heridas, prevención de riesgos, entre otros. Para 2023, la implementación de la sala mostro resultados exitosos al reflejar indicadores de satisfacción de los usuarios superiores al 95%, quienes exaltan la orientación brindada y la educación, como un lineamiento de éxito que les permite tener seguridad y percibir un acompañamiento de gran importancia posterior al alta hospitalaria, dado que se complementa con seguimiento telefónico a fin de detectar oportunamente signos de alarma y condiciones de riesgo en el usuario.

6.2.7.5.4 Indicadores de resultado

El esquema de indicadores de la ESE Hospital Regional Duitama, ha sido orientado como estrategia de medición objetiva de cada uno de los programas, estrategias y procesos prioritarios que han sido formulados; entendiendo que como entidad en búsqueda de los mejores estándares de calidad, es necesaria la incorporación de estrategias de medición que permitan mejorar los procesos, dado que aquello que no se mide no es propenso a la mejora; se han estandarizado a la fecha un total de 843 indicadores, originados en su mayoría de la medición de desempeño de la esencia de la prestación de servicios de salud en la entidad, procesos asistenciales con 715 indicadores y procesos administrativos con 128 indicadores formulados y en medición, los cuales, de acuerdo a la periodicidad definida, son evaluados y analizados a fin de orientar las diferentes oportunidades de mejora que como organización se puedan presentar.



6.2.7.5.5 IAMII – Institución Amiga de la Mujer y la Infancia con Enfoque Integral

Como institución amiga de la mujer y la infancia integral certificada, la ESE Hospital Regional de Duitama trabaja de forma articulada para atender integralmente la población materna e infantil, estrategia de gestión que desarrolla los programas de atención materno infantil implementados en la normatividad colombiana a través de tres pilares: 1. La integración de servicios y programas a través de la implementación de intervenciones combinadas, 2. La continuidad de la atención que se brinda en la institución de salud con los cuidados que se siguen en el hogar y en la comunidad y 3. La óptima calidad de la atención, enmarcada en el sistema obligatorio de garantía de la calidad, en donde se establece como atributo mayor de la calidad la calidez de la atención, que permite dar significado a la connotación de Institución Amiga de la Mujer y la Infancia.

En el año 2023 y teniendo en cuenta la importancia del programa, se cataloga el mismo como un subproceso a nivel del mapa de procesos, fortaleciendo la articulación y compromiso de las diferentes áreas y líderes con el programa, robusteciendo los programas de inducción y reinducción siendo obligatorio como temario para la información y capacitación de los funcionarios del Hospital y convirtiendo a la entidad como centro de referencia de otras organizaciones en relación a la implementación de la estrategia; entre ellos, ESE Hospital de Santiago de Tunja, Clínica Medilaser y ESE Inés Ochoa Pérez Municipio de Tibasosa, posicionando a nivel departamental el desempeño de la entidad. El Nivel de Sostenibilidad del Programa IAMII para el cierre de 2023 muestra resultados de 84.5%, lo cual evidencia el análisis objetivo en los procesos de evaluación desarrollados y el seguimiento trimestral al mismo que permite incorporar con oportunidad las mejoras que reflejan el compromiso de la entidad con la estrategia, que se ha visto importantemente favorecida por la disposición de un equipo de trabajo que apoya la implementación de la estrategia, la articulada medición por 52 indicadores, el compromiso de todo un equipo de trabajo, la adecuación de entornos humanizados y la disposición hacia la mejora continua.

6.2.7.6 Demanda insatisfecha

La demanda insatisfecha es una situación evidenciada cuando un usuario no logra resolver su necesidad de atención a causa de situaciones internas de la organización, siendo un indicador que impacta de forma negativa en la percepción de calidad de los servicios. Es por ello que la ESE Hospital Regional de Duitama a través del despliegue del Modelo de atención, incorpora en cada una de las fases de atención de forma integral los atributos de la calidad, garantizando que, en el trascurso de la prestación del servicio, el usuario tenga accesibilidad a los servicios y en el proceso, se garantice la continuidad, pertinencia, gestión del riesgo, oportunidad y seguridad, generando como finalidad la satisfacción del usuario y la resolución de sus necesidades.

En esta articulación, las unidades funcionales priorizadas, cuentan con indicadores propios que evalúan la demanda insatisfecha: En el servicio de urgencias, al garantizar la atención del 100% de pacientes que acuden al servicio y acorde a la priorización de sus motivos de consulta la demanda insatisfecha es



de 0%, en el servicio de salas de cirugía asociado a la evaluación del número total de pacientes que no se programaron y requerían programación de procedimiento quirúrgico, consolidando un promedio de 8.67% que fue mejorando para el segundo trimestre de 2023 y ha tenido el mismo comportamiento en 2024; en el servicio de hospitalización, al evaluar indicadores asociados al Porcentaje de pacientes que no pueden ser ubicados en unidad hospitalaria el mismo día de la solicitud, el resultado corresponde al 10%, impactado por la sobreocupación frecuente de los servicios en las que ha sido requerido la activación de planes de contingencia y priorizados para asignación ante la oportunidad; en relación a la Oportunidad en asignación de unidad y traslado a hospitalización, el promedio corresponde a 7 horas, encontrándose en nivel óptimo acorde a metas definidas.

6.2.7.6.1 Demanda insatisfecha Pacientes con necesidades de Remisión por No Servicio o Especialidad Habilitadas

Teniendo en cuenta la necesidad de articulación de los procesos de referencia y contrarreferencia en la ocasión en la que, como entidad, no se cuenta con el nivel, servicio o especialidad requerida por el usuario habilitada, se articulan diferentes procesos administrativos a fin de garantizar la oportunidad en los procesos de remisión, que permitan garantizar la continuidad en la atención a cada paciente.

En consecuencia, durante la vigencia 2023, la ESE Hospital Regional de Duitama realizó solicitudes de 9.218 remisiones, las cuales se solicitan casi en totalidad a las EAPB pagadoras de la atención de cada usuario para que dentro de su red de atención indiquen la IPS que puede resolver la necesidad, logrando un porcentaje de aceptación de 58,04% y negación de 41,95, usuarios a quienes de igual forma se les garantiza continuidad en la prestación de servicios. Las causas de remisión incluyen de forma predominante el no contar con convenio administrativo con la EAPB, correspondiente este motivo a un promedio para la vigencia 2023 51%, entre las que cabe destacar que son completadas como trámite con resultado final positivo sólo el 18% de las mismas, correspondiendo a que en la práctica las EAPB dan autorización para continuar manejo del paciente en la ESE HRD en la mayoría de los casos. En su orden, los motivos de remisión siguientes corresponden a: no disponibilidad de especialidad, requerimiento de mayor nivel, requerimiento toma de examen, servicio o laboratorio con el que no cuenta la entidad.

En detalle, la solicitud de exámenes de laboratorio e Imagenología está dada principalmente a Resonancias Nucleares Magnéticas, siendo la Colangiografía el más frecuente, seguido de resonancias cerebrales, así como de los distintos segmentos de la columna. Las remisiones solicitadas por Urgencia Vital son debidas al estado de gravedad y la imposibilidad de resolver el motivo de consulta del paciente en la entidad, atenciones que no siempre se pueden dar en el Departamento y que se asocian principalmente a atenciones en población especial como son la materno-perinatal. Las remisiones como urgencia vital más predominantes fueron para servicio de Neurología, por códigos ACV, situación que llevo a la habilitación de esta nueva especialidad, UCI Pediátrica, Ginecología y UCI neonatal, pediatría de alta complejidad por posibilidad de requerimiento de UCI, UCI Coronaria y Cirugía pediátrica.



Las remisiones solicitadas por tipo de Régimen de Afiliación en su mayoría para 2023 correspondieron al régimen contributivo 46%, seguido de subsidiado 40%%, en concordancia con los convenios institucionales vigentes para el periodo.

En relación a las remisiones por casos en los cuales se requieren especialidades con las que no se cuenta en la institución, en el caso de adultos corresponden en mayor frecuencia al servicio de Unidad de Salud Mental, en que se resalta que la Red Departamental no da oportuna respuesta y el volumen de casos con retrasos aumenta; seguido de Cirugía Vascul ar y Radiología Intervencionista, Oncología, Oftalmología (especialidad en que se inicia atención en la institución durante el primer semestre de 2024), Cirugía de Maxilofacial y Hematología entre las primeras causas de remisión en la población adulta, mientras en la población pediátrica, las subespecialidad de cirugía pediátrica comprende cerca del 70% de los motivos de remisión.

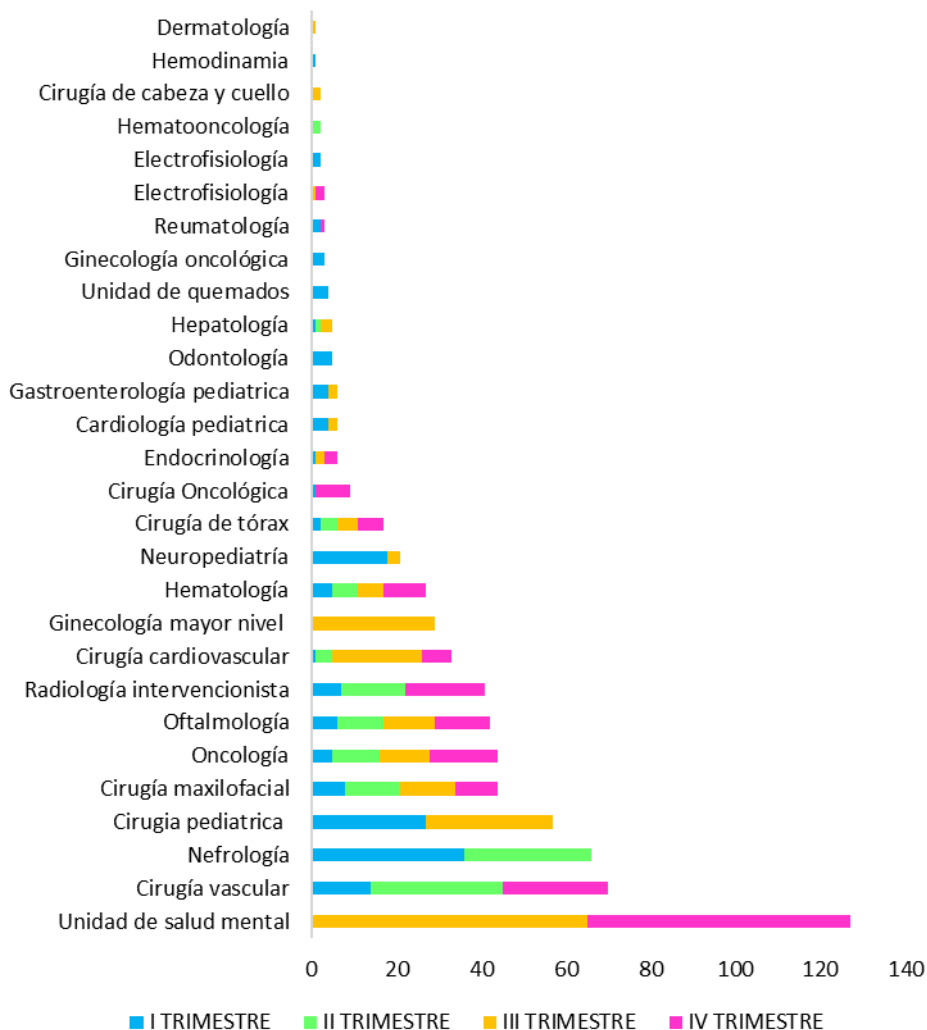
Finalmente, Las remisiones hacia servicios muestran que la remisión a Unidad de Salud Mental es la causa más frecuente de remisión, seguido de UCI coronaria (correspondiente al 50% de todas las solicitudes de remisión por requerimiento de UCI gestionadas) y UCI Neonatal, por lo cual la entidad avanza con trabajo arduo para lograr la habilitación de este nuevo servicio.





Ilustración 27: Especialidades solicitadas en trámites de remisión

Especialidad solicitud remisión 2023



Fuente: bases de datos de Referencia HRD

6.2.7.6.2 Demanda Insatisfecha por Infraestructura o Capacidad Instalada - Emergencia Funcional

La emergencia funcional es una situación en que la demanda del servicio o atenciones requeridas por los usuarios supera la capacidad instalada en el mismo, ocasionando dificultades y riesgos para



garantizar atenciones seguras, siendo una situación que debe ser detectada con oportunidad, para generar acciones específicas encaminadas a contrarrestar los riesgos. En consecuencia, la ESE Hospital Regional de Duitama cuenta con planes de contingencia ante la identificación de emergencia funcional por niveles de alerta (verde, amarilla, naranja y roja), a fin de estandarizar los criterios de identificación y declaración de la misma en los servicios asistenciales, especificando roles, acciones a realizar y orientando la toma de decisiones y los procesos de coordinación y comunicación interna que permitan garantizar la continuidad y seguridad en la prestación de servicios a los usuarios bajo los pilares del Modelo de Atención de la entidad en cada una de las unidades funcionales de la institución.

El despliegue del plan de contingencia en las situaciones en las cuales se ha requerido activación de emergencias funcionales ha mostrado una experiencia de implementación exitosa y que permite continuar avanzando en la actualización y mejora del plan de contingencia formulado.

6.2.7.6.2.1 Emergencia funcional en hospitalización

En el servicio de hospitalización, el criterio para activar las acciones específicas del plan de contingencia depende de la ocupación en cada bloque de internación, en tanto que la capacidad instalada es superada se contemplan fases de actuación por cada bloque de hospitalización, la cual es identificada por Líder de Gestión de la Atención en Hospitalización y notificada a torre de control y prestación de servicios de salud quienes realizan la activación del plan de contingencia específico para el servicio afectado. En concordancia, partiendo de la capacidad instalada habilitada, se definen las acciones requeridas a fin de lograr capacidad expansiva final, con la disposición de unidades, talento humano adicional y contemplando los requerimientos previstos desde cada uno de los estándares de habilitación en términos de suficiencia.

La Institución permanece los últimos meses con ocupación superior al 120%, en constante emergencia funcional, requiriéndose de manera prioritaria ampliar la capacidad instalada.

6.2.7.6.2.2 Emergencia funcional en urgencias

Definido acorde a los niveles de alerta establecidos en el plan de contingencia, en el servicio de urgencias el responsable de la activación es el coordinador de urgencias, a través de urgenciólogo de turno y personal médico general líder de turno, quien se encuentra atendiendo el triage. Acorde a la demanda de pacientes, evaluada a nivel numérico, se activan refuerzos de equipos en áreas de contingencia y en el mismo servicio de urgencias, garantizando que, ante la sobreocupación, demanda masiva de usuarios, emergencia o desastre, sea posible la prestación de servicios a la población que lo requiera, fortaleciendo la capacidad instalada.

El servicio de Urgencias permanece en alerta roja por sobreocupación, llegando a superar el 230% de su capacidad, principalmente en observación adultos, razón por la cual tiene activa de manera permanente áreas de contingencia y de transición, manteniendo un promedio de atención entre 200 y



270 pacientes cada día, es indispensable formular proyectos de ampliación de la capacidad instalada de este servicio.

6.2.7.7 Programas de gestión para la prestación del servicio

6.2.7.6.1 Programa de Monitoreo Hospitalario Torre de Control

El Programa de Monitoreo Hospitalario Torre de Control, busca establecer las estrategias de monitoreo para la gestión hospitalaria en articulación con el Modelo de atención institucional "Cuidar tu Salud", en los diferentes servicios asistenciales y de apoyo, en el marco del proceso de atención en busca de mejorar los estándares de oportunidad y calidad en la atención y reducción de los tiempos de estancia hospitalaria, potenciando la satisfacción del usuario y priorizando la oportunidad como la promesa de valor de cada uno de los servicios prestados en la institución.

Ilustración 28: Programa de Monitoreo Hospitalario – Torre de Control HRD



Fuente: Programa de Monitoreo Hospitalario – Torre de Control HRD

El programa cuenta con 12 estrategias para su implementación, las cuales conllevan metas o retos por ejecutar para mejorar la oportunidad en la atención y resolutivez en los servicios, desde el momento del ingreso del usuario hasta su egreso, implementando de forma paralela estrategias de gestión que articulan al equipo administrativo y asistencial a fin de favorecer la gestión hospitalaria. La implementación del mismo ha generado logros representativos como: En el año 2022 presentación de la experiencia exitosa en el 31° Foro Internacional de la OES en alianza con la Fundación Santa Fe de

Bogotá y Planetree Internacional; reconocimiento de la entidad dentro de la población del municipio y SUBRED 7 del Tundama, reflejado en la preferencia de la población por la entidad, aumento en los indicadores de satisfacción, mejores resultados clínicos y cultura organizacional en donde la comunicación y gestión oportuna de diversas situaciones son parte del diario, a fin de lograr el cumplimiento de las metas definidas.

6.2.8 Sistema de Atención al Usuario

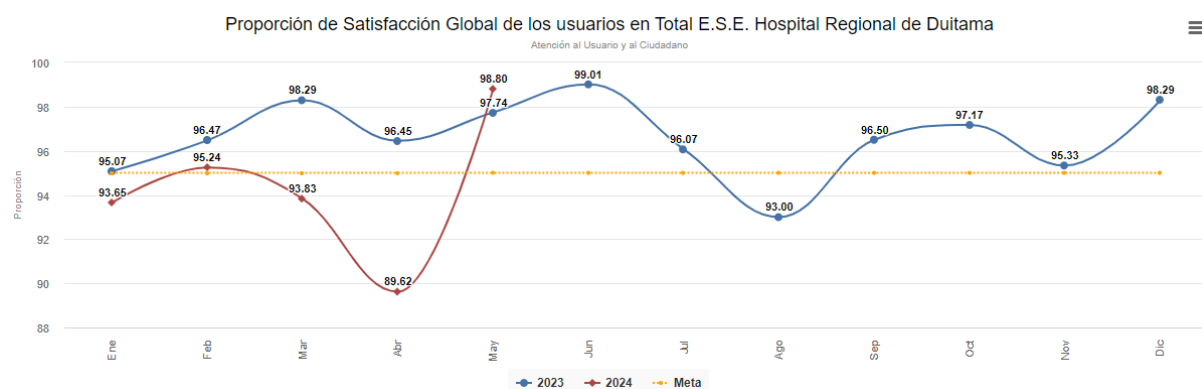
Diagnóstico Satisfacción Global del Usuario de los periodos 2023 y 2024 con análisis consolidado.

Ahora conocido como Experiencia del Usuario, el conjunto de procesos que se desarrollan en el área están enfocados a la creación de puentes de comunicación, participación y gestión de las necesidades y expectativas de los usuarios donde se propende por la articulación de todos los actores y componentes del sistema de salud estableciendo una adecuada interacción Estado- Ciudadanía conforme lo define la norma y llegando aún más lejos.

A través del tiempo se han mantenido los estándares de cumplimiento en las mediciones de satisfacción, la ESE Hospital Regional de Duitama favorece por medio de la prestación de servicios de salud con seguridad, calidad y calidez que han permeado en la ciudadanía consiguiendo el reconocimiento regional de la satisfacción de nuestros usuarios y el buen servicio.

El mes de abril tiene una ligera caída en la tasa de satisfacción, esto en proceso de verificación, para determinar causas y proponer acciones de mejora.

Ilustración 29: Satisfacción de los usuarios con la Institución



Fuente: Almera

Analizada la situación es claro que se la satisfacción de los usuarios con el hospital es una prioridad para el presente plan de desarrollo, buscando dar respuesta a las expectativas, brindar una buena experiencia del usuario, con canales de comunicación eficientes y humanos y gestionando la calidad de servicio en todos los momentos de verdad.



6.2.8.1 Análisis de implementación de la estrategia de enfoque diferencial dentro de la Institución 2023-2024.

Por medio del Manual Para La Atención Con Enfoque Diferencial se establecen lineamientos que se implementan en la E.S.E. Hospital Regional de Duitama junto a sus Sedes Integradas (Santa Rosa de Viterbo y la Unidad Básica de Sativasur) dentro de su proceso de cobertura en el departamento de Boyacá y la región, adopta los principios del Enfoque Diferencial en los protocolos institucionales, haciendo énfasis a la Igualdad, Justicia, Equidad, Respeto, Desarrollo Humano y no Discriminación, identificando y abordando de manera humanizada las particularidades e inconvenientes que presentan los pacientes y sus familias al momento de ingresar y permanecer durante los procesos de atención en los diferentes servicios que oferta la entidad de salud; garantizando en primera instancia, la activación de las distintas rutas de atención, priorizando la caracterización de la población que requiere en el momento la atención por parte del equipo profesional de salud, promoviendo la asertividad en la comunicación a la hora de desarrollar las intervenciones profesionales, protegiendo directamente los derechos, a partir de los aspectos de la no revictimización de los hechos y las estrategias propicias que dentro y fuera de la infraestructura hospitalaria superen las barreras de acceso y accesibilidad de forma permanente.

Tales criterios son revisados y actualizados conforme al avance de la normatividad nacional y socializados con los colaboradores para que su implementación sea efectiva en toda la institución.

Las poblaciones a las que la institución adapta sus recursos y servicios por condición diferencial son:

- Población en Condición de Diversidad Funcional (Discapacidad)
- Población de la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia
- Población Adulto Mayor
- Población Afrocolombianos raizales y palenqueros
- Población Étnica y/o ROM
- Población Víctima de Conflicto Armado
- Población LGTBIQ+
- Población de Mujeres

6.2.8.2 Análisis de Implementación de la Política de Participación Ciudadana dentro de la institución 2023-2024

6.2.8.2.1 Política de Participación Social:





Se han cargado efectivamente y en los tiempos requeridos las planeaciones de todas las vigencias conforme a la Resolución 2063 de 2017 implementando acciones que favorezcan el adecuado ejercicio de las agremiaciones ciudadanas, capacitación, formación y gestión de la cultura de la apropiación de derechos y deberes, entre otros, en las 3 sedes.

6.2.8.2.2 Servicio de Información y Atención:

De manera consistente los usuarios y la ciudadanía tiene acceso por medio de todos los canales de atención habilitados, gestionando y haciéndose necesario ante otras dependencias y entidades externas con el fin de promover el adecuado uso de los servicios de salud y derribar barreras de acceso.

6.2.8.2.3 Comité de Ética Hospitalaria:

Se ha garantizado el cumplimiento del espacio de gestión e intervención de los aspectos relacionados con la calidad, la calidez y oportunidad del servicio, se ha conseguido gestionar quejas recurrentes de los usuarios, como la calidad del servicio de alimentación.

6.2.8.2.4 Asociaciones de Usuarios:

Se han garantizado las convocatorias, procesos electorales y conformaciones con estricto cumplimiento de la norma de las asociaciones de usuarios y representantes de los mismos ante los comités institucionales y ante la junta directiva.

La Asociación de Usuarios velará por el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios y sus familias, en condiciones de calidad, trato digno y oportunidad, de acuerdo con los principios y valores institucionales, las políticas de la empresa y direccionamiento, en cumplimiento de la normatividad aplicable al sector salud. Su elección se realizó el 30 de junio de 2023, por una vigencia de 2023- 2025 y se conforma de la siguiente manera.

Tabla 26: Integrantes de la Asociación de Usuarios

Nombre	Rol
Víctor Ernesto Chaparro	Presidente
Fernando Yesid Ardila	Vicepresidente
María del Carmen Agudelo	Secretaria
Blanca Lily Gómez	Tesorero
Rafael Gómez	Vocal



Luis A. Grimaldos	Fiscal
Nubia Estupiñán	Vocal

Veedurías

- Veeduría de salud, agua y medio ambiente del municipio de Duitama
- Alianza de Veedores de las provincias del departamento de Boyacá

6.2.8.3 Diagnóstico de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicidades con análisis consolidado y comparativo 2023 – 2024.

La atención personalizada, la recepción de manifestaciones de insatisfacción por canales redundantes, la amplia distribución de buzones de sugerencias y la integración del módulo de gestión, seguimiento y consolidación de PQRS a través del Sistema de Gestión Integral, ha favorecido el adecuado cumplimiento de la norma.

La mayor cantidad de solicitudes ingresadas y tramitadas por el Sistema de Información y Atención al Usuario en el 2023 fueron quejas y reclamos, seguido por otras solicitudes de información, derechos de petición, historias clínicas, cambios o correcciones y menor medida por felicitaciones que cumplieron los criterios para dar respuesta al usuario.

El tiempo de oportunidad de respuesta a los recursos interpuestos en la institución, se ha mantenido con tendencia a la baja pues en promedio durante el año 2023 se conservó en 5.7 días hábiles y en el 2024 en promedio al mes de mayo 6.9 días hábiles.

La cantidad de PQRSDF recibidas en el transcurso del 2023 son un total de 169 manifestaciones contrasta con las recibidas al mes de mayo de 2024 cerrando con 79 PQRSDF.

6.2.9 Sistema de mejoramiento continuo

El proceso de gestión de calidad tiene el objetivo para la entidad de Asesorar a la Gerencia y demás dependencias en la implementación del Sistema Integrado de Gestión de calidad alineado con el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, mediante el diseño y la aplicación de lineamientos y metodologías que permitan la mejora continua de los procesos, servicios y aprendizaje organizacional.

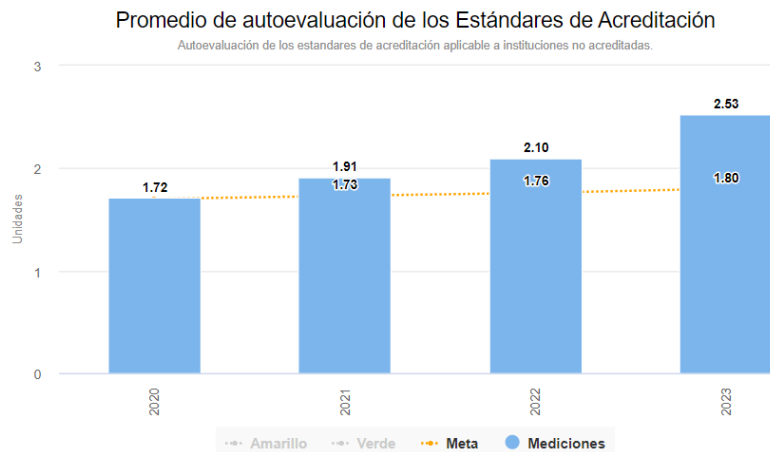
6.2.9.1 Diagnóstico Situacional de la Gestión de Mejoramiento Continuo desde la vigencia 2023 - 2024.

Teniendo en cuenta el procedimiento establecido, la matriz de autoevaluación favorecida por la secretaria de Salud Departamental: FORMATO ORIGINAL 5095 Vs 3.1 PAMEC-2022 AJUSTADO 1328



del 2023 y la matriz radar, se ha desarrollado el ejercicio de autoevaluación a través del PAMEC para cada vigencia, obteniendo los resultados reflejados en el grafico 1, con los resultados: 2020: 1.72, 2021: 1.91, 2022: 2.1, 2023: 2.53 resultados del ejercicio de autoevaluación de estándares y aclarando que el dato registrado en cada año corresponde a la autoevaluación realizada en el mes de enero del año inmediatamente siguiente. Evidenciando el mejoramiento continuo de los resultados y garantizando procesos de autoevaluación objetivos.

Ilustración 30: Indicador Promedio de autoevaluación de los Estándares de Acreditación 2020-2024

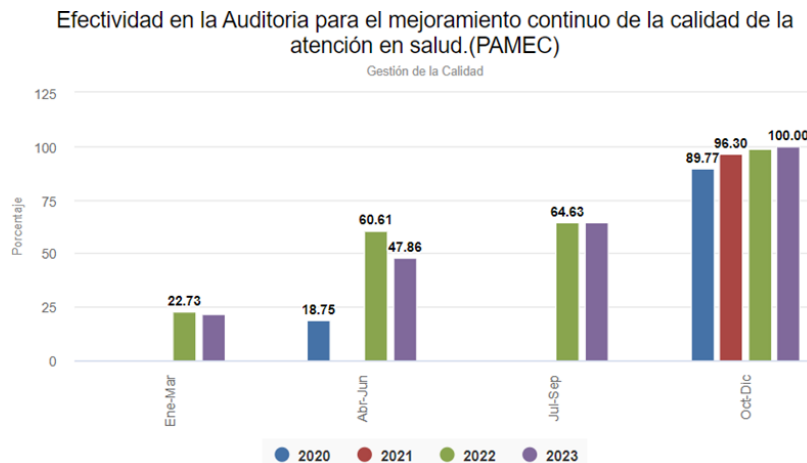


Fuente: SGI Almera.

Para cada anualidad se elaboró y garantizó seguimiento al Programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, con mejora en la ejecución que se dio progresiva a través del tiempo; sin embargo, con una cultura que se dio mayormente fortalecida desde inicio del año 2022. 2020 cierra con ejecución de 158 actividades de 176 programadas; 2021 cierra con ejecución de 104 actividades de 108 programadas; 2022 cierra con ejecución de 145 actividades de 147 programadas y 2023 cierra con ejecución de 140 actividades de 140 programadas para cumplimiento del 100%.



Ilustración 31: Efectividad en la Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud (PAMEC)



Fuente: SGI Almera

Para la vigencia 2024, se cuenta con 181 actividades programadas acorde a envío de PAMEC a Secretaria de Salud Departamental realizado el 27 de febrero de 2024, del cual se recibió concepto favorable el 30/04/2024. Se ha garantizado el seguimiento mensual a la ejecución de actividades para cada uno de los grupos de estándares para la vigencia 2024.

La situación de mejoramiento continuo ha permitido visibilizar:

- Adherencia a la metodología de evaluación en la cual participan cada uno de los equipos conformados acorde a la Resolución N° 040 del 01/03/2024.
- Mejora en el compromiso y participación activa de cada uno de los líderes de equipos en relación al seguimiento de su grupo de estándares.
- Oportunidad en el seguimiento a ejecución del PAMEC.
- Mejora en la adherencia a la entrega de soportes de ejecución de actividades priorizadas.
- Definición e implementación de equipos de mejoramiento y equipos primarios.

6.2.9.2 Avances representativos de los diferentes grupos de estándares de acreditación.

6.2.9.2.1 Equipo Cliente Asistencial (PACAS):



6.2.9.2.1.1 Eje atención centrada en la persona:

- Documentación e implementación del Modelo de atención institucional, con un propio sistema de indicadores, plan de socialización y despliegue.
- Creación de programas que buscan mejorar la calidad en la prestación del servicio al usuario y su familia.
- Programa egreso seguro y asistido.
- Actualización de la declaración de derechos y deberes y el plan de divulgación de los mismos, con despliegue anual de socialización acorde a cronograma.
- Documentación y despliegue con un sistema propio de indicadores del Programa de Humanización.
- Implementación estrategia de bienvenida al usuario.
- Fortalecimiento programa IAMII.
- Implementación estrategias ingreso y egreso seguro.
- Actualización de portafolio de servicios, con oportunidades de mejora asociadas a socialización.

6.2.9.2.1.2 Eje Seguridad del paciente:

- Se instauro una política y programa de seguridad del paciente que es conocido y apropiado por la organización.
- Se estableció una metodología de reporte, análisis y gestión de indicios de atención insegura, lo cual ha propiciado diferentes mejoras en los procesos de la entidad.
- Se evidencia mejora en la medición de cultura y clima de seguridad en cada vigencia.
- Se avanzó en la implementación de más del 90% de la totalidad de prácticas seguras descritas en el Manual de acreditación en salud ambulatorio. Versión 3.1. Las mismas se encuentran documentadas, socializadas y en medición de adherencia.

6.2.9.2.1.3 Otros:

- Despliegue comité de ética de investigación.
- Avance documental en relación a normalización de procesos prioritarios de cada uno de los subprocesos misionales con desarrollo de documentos como: Manual de referencia y contrarreferencia, Procedimientos para asignación de citas, Procedimiento para Medición de Barreras de Acceso y Demanda Insatisfecha, programa prevención y control de infecciones, procesos prioritarios laboratorio clínico, Imagenología, servicio farmacéutico, entre otros.
- Fortalecimiento despliegue programa farmacovigilancia.

6.2.9.2.2 Direccionamiento y Gerencia:



6.2.9.2.2.1 Eje Humanización:

- Documentación e implementación y despliegue de la política y Programa de Humanización a todo nivel de la Institución. Fortalecimiento del equipo de trabajo asociado al Programa de Humanización.
- Fortalecimiento entornos humanizados.

6.2.6.1.2.2 Eje Gestión del Riesgo:

Documentación y despliegue del programa de gestión del riesgo, a nivel administrativo y asistencial, con procesos cíclicos de evaluación y monitoreo continuo. Se encuentra en implementación y fortalecimiento la cultura organizacional.

6.2.6.1.2.3 Eje Transformación Cultural:

Implementación de Plan Institucional de capacitación, orientada a través de ejes de acreditación. Se encuentra pendiente formalización del programa de transformación cultural.

6.2.9.2.3 Ambiente Físico:

- Documentación y despliegue parcial del programa de gestión ambiental.
- Avance en ambientación de entornos humanizados.
- Fortalecimiento sistema de respuesta ante emergencias y desastres.
- Implementación de manual de uso seguro del ambiente físico.

6.2.9.2.4 Talento Humano.

- Estandarización de plan de capacitación institucional.
- Inicio aplicación de matrices de planeación del talento humano.
- Medición de clima organizacional.
- Continúan oportunidades de mejora asociados a la organización y despliegue del plan de inducción y reinducción.



6.2.9.2.5 Tecnología:

- Documentación e inicio en implementación del programa de gestión de la tecnología.
- Programa de Mantenimiento de la Tecnología Biomédica
- Fortalecimiento en la implementación del programa de tecnovigilancia, incorporando comité de seguimiento.
- Realización de hojas de vida de la totalidad de equipos biomédicos de la entidad.
- Entrega de guías de uso rápido de equipos biomédicos.
- Avance en la actualización del inventario de equipos y enseres de cada uno de los servicios, siendo esta una actividad a continuar y definir estrategia de monitoreo.
- Comprensión del ciclo de mejoramiento, realización de referenciaci3nes comparativas e incorporaci3n de acciones de mejora que permitieron ser el equipo con mayor mejoría en el último año.

6.2.9.2.6 Informaci3n:

- Plan de gerencia de la informaci3n.
- Plan de gesti3n de la informaci3n.
- Plan estrat3gico de tecnologías de la informaci3n.
- Modelo de seguridad y privacidad de la informaci3n.
- Plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la informaci3n.

6.2.9.2.7 Calidad:

6.2.9.2.7.1 Eje Mejoramiento Continuo:

- Apropiaci3n del mejoramiento continuo y compromiso por cada responsable y líder de área en relaci3n a trabajo articulado en el cumplimiento de los objetivos.
- Implementaci3n y despliegue del enfoque a todo nivel de la instituci3n a trav3s de la ejecuci3n de los equipos primarios.
- Ejecuci3n de referenciaci3nes comparativas acorde a las necesidades institucionales, potenciando mejoras y retos para la ESE Hospital Regional Duitama.

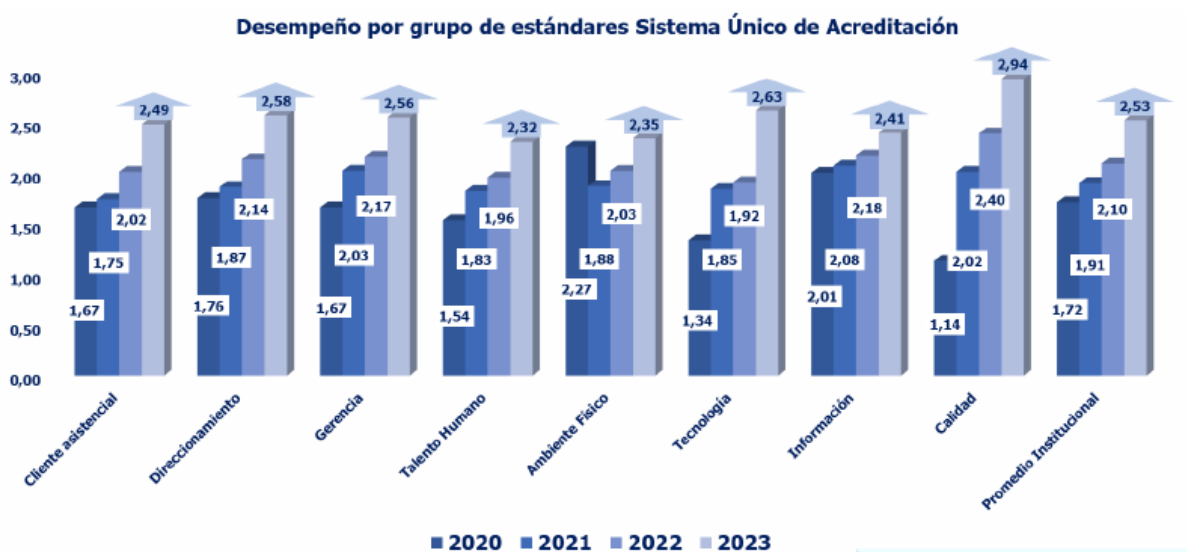


- Estandarización de mecanismos de comunicación en temas de acreditación a través de ejecución de reuniones mensuales y trimestrales de seguimiento y eventos institucionales como la Feria de la calidad y acreditación institucional.

6.2.9.2.8 Avance de Autoevaluación de PAMEC 2020 - 2024

A continuación, se presenta el avance en autoevaluación de PAMEC desde la vigencia 2020 a 2024, reflejando el aumento progresivo en el desempeño de los diferentes grupos de estándares del SUA, permitiendo para la vigencia 2023 y resultado de 2,53.

Ilustración 32: Resultados desempeño en autoevaluación por grupo de estándares SUA 2020-2024



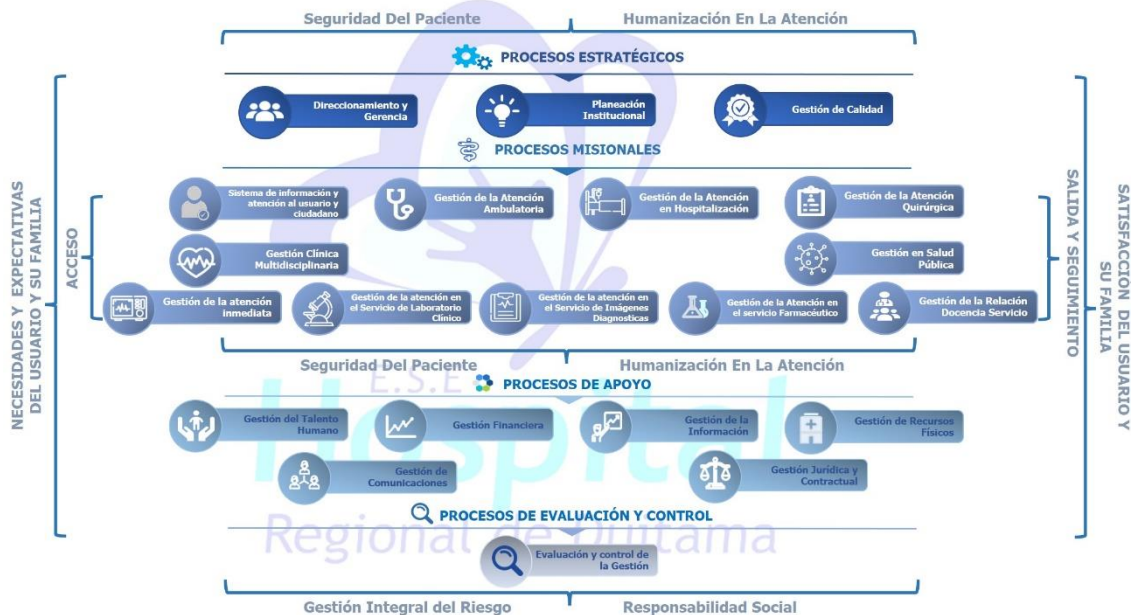
Fuente: informes PAMEC

6.2.9.2 Gestión por procesos

La gestión por procesos en la E.S.E Hospital Regional de Duitama, busca orientar la forma de implementación del modelo interno de operación por procesos como herramienta esencial para fortalecimiento de la capacidad de gestión y mejora en el desempeño institucional, estructurado en 4 niveles, la entidad cuenta con 3 procesos estratégicos, 11 procesos misionales, 6 de apoyo y 1 de evaluación y control, estandarizando como eje transversales la seguridad del paciente, humanización en la atención, gestión integral del riesgo y responsabilidad social a fin de lograr la satisfacción del usuario y su familia.



Ilustración 33: Mapa de Procesos Hospital Regional de Duitama



Fuente: Almera

El programa de excelencia operacional y gestión por procesos, tiene el objetivo de definir estrategias que contribuyan al mejoramiento continuo de los procesos y subprocesos que hacen parte de la entidad, a través de metodologías y herramientas que faciliten la identificación y análisis de oportunidades de mejora, junto con el diseño de planes de trabajo enfocados en la optimización de recursos cuantitativos y/o cualitativos.

El programa de excelencia operacional tiene alcance transversal en la institución, en los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, incorporando a través de la metodología SCRUM, herramientas y técnicas que buscan entregar valor de manera incremental y continua a lo largo del ciclo de vida de un proyecto generado a partir del análisis de las fallas identificadas en los procesos como estrategia de mejora continua.

Al momento se cuenta con 11 proyectos en curso iniciados para la vigencia 2024, 1 de los cuales ya tiene cierre y otros, con sus planes de mejora y de análisis en desarrollo continuo a fin de mejorar el desempeño de cada proceso.

6.2.9.3 Gestión del Riesgo

6.2.9.3.1 Gestión del riesgo clínico y asistencial

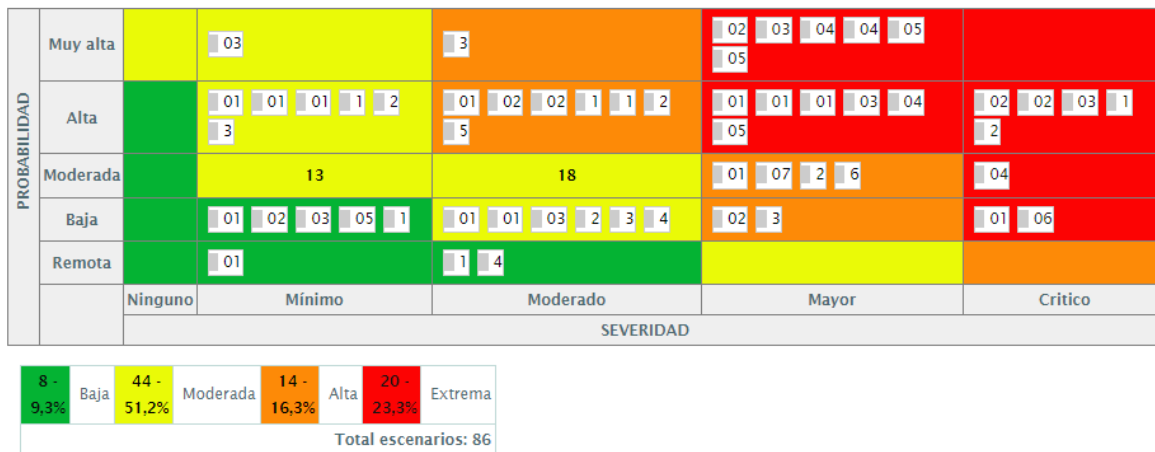




La gestión de riesgos contribuye al conocimiento y mejora de la entidad, ayuda a incrementar la productividad, asegura la eficiencia y eficacia del proceso organizacional, permite la definición de estrategias de mejora continua y proporciona una gestión sistemática para la entidad. Es por esto que la ESE Hospital Regional de Duitama se interesa en adoptar e implementar como política de gestión, la "Gestión del Riesgo", a fin de fortalecer el sistema de control interno, y establecer una dinámica organizacional preventiva y proactiva frente a las diferentes situaciones que puedan generar incertidumbre en el logro de su misión, visión y objetivos estratégicos.

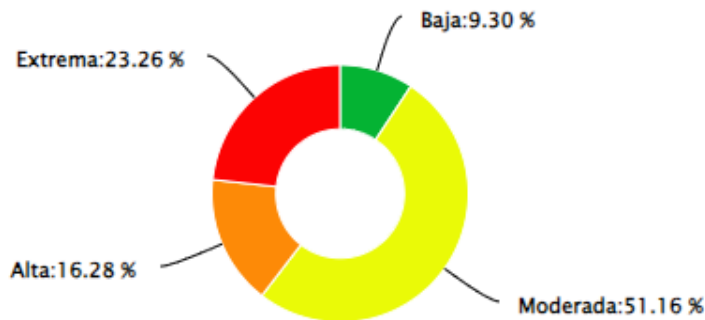
Para la vigencia 2023, se consolidó la identificación de 82 riesgos para los procesos misionales distribuidos de la siguiente forma: 8 riesgos en nivel bajo, 42 en nivel moderado, 12 en nivel alto y 20 en nivel extremo, logrando el despliegue de plan de acción para los riesgos catalogados en nivel extremo con cumplimiento de ejecución para la misma vigencia de 98%.

Ilustración 34: Mapa de riesgos clínicos y asistenciales



Fuente: Almera

Ilustración 35: Clasificación de probabilidad de materialización de riesgos clínicos y asistenciales



Fuente: Almera





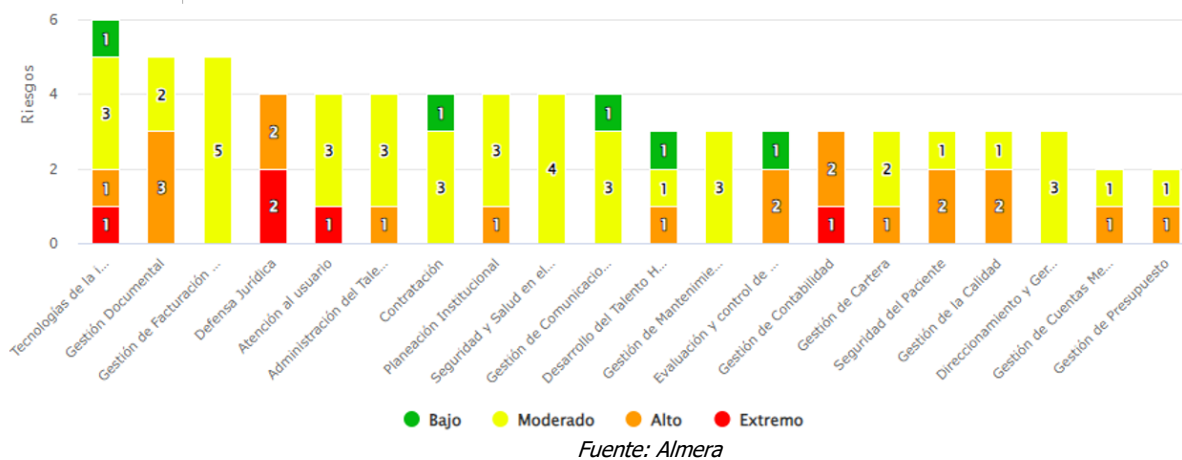
El monitoreo a riesgos misionales muestra un panorama general bueno, en el que se ha identificado apropiada consistencia de los controles con los riesgos identificados, teniendo en cuenta el notorio avance a nivel documental, ejercicios de socialización y avance en la formulación y seguimiento al comportamiento de indicadores, características que adicionalmente permiten evidenciar la fortaleza de los controles propuestos. El cumplimiento global del plan de acción vigencia 2023 riesgos nivel "Extremo" cierra con cumplimiento del 98%.

6.2.9.3.2 Gestión del riesgo administrativo

La ESE Hospital Regional de Duitama, adopta mediante resolución el programa de gestión del riesgo asumiendo el compromiso de implementar un Sistema Integrado de Gestión de riesgos a partir del cual se permita identificar, evaluar, medir, controlar y monitorear eficazmente los riesgos prioritarios a los que está expuesta en desarrollo de sus operaciones, como estrategia de autorregulación, autocontrol y autogestión para mejorar los resultados en salud de la población, la satisfacción y confianza de sus usuarios, su estabilidad financiera, la transparencia, calidad y preservación de la información y prevenir posibles impactos negativos, situaciones indeseadas, actos de corrupción y/o opacidad que le desvíen de sus propósitos fundamentales. Para el año 2024 se aplican lineamientos de la Guía de Administración del Riesgo emitida por el DAFP, previniendo eventos potenciales que afecten la gestión institucional.

El programa de gestión de riesgo en su metodología DAFF (Administración del Riesgo Administrativo) avanza en la identificación y formulación respecto de los procesos administrativos con una definición de 92 Riesgos institucionales, distribuidos en 75 riesgos de gestión y 16 riesgos de corrupción.

Ilustración 36: Riesgos Administrativos Hospital Regional de Duitama



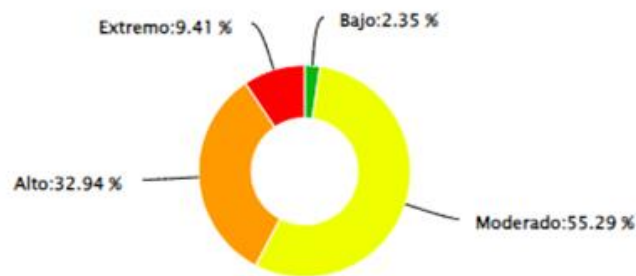
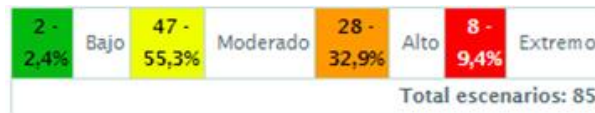
Los riesgos identificados en zona moderada se trasladan a zona de riesgo bajo, completando un 5,9% de los riesgos en esta zona; y tres de los riesgos ubicados en zona alto, disminuyen a zona moderada para mantener un 55,3% de riesgos en este cuadrante. Lo anterior denota que el perfil del riesgo institucional es MODERADO. El monitoreo a riesgos Administrativos muestra un panorama general bueno, en el que se evidencia apropiada consistencia de los controles con los riesgos identificados,





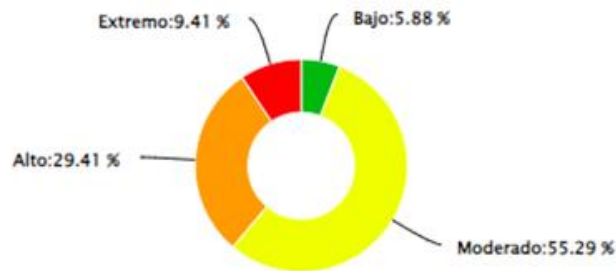
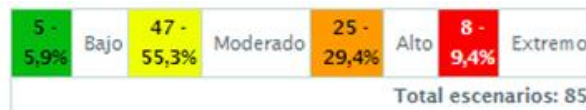
teniendo en cuenta el notorio avance a nivel documental, ejercicios de socialización y avance en la formulación y seguimiento al comportamiento de indicadores, características que adicionalmente permiten evidenciar la fortaleza de los controles propuestos.

Ilustración 37: Riesgo Inherente - Riesgos Administrativos.



Fuente: Almera

Ilustración 38: Riesgo Residual - Riesgos administrativos



Fuente: Almera

6.2.9.4 MIPG Y FURAG

Atendiendo los lineamientos del Decreto Nacional 1499 de 2017 que adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en las entidades públicas de orden nacional y territorial, la E.S.E Hospital Regional



de Duitama está comprometido desarrollando estrategias, planes, actividades, metodologías para cumplir con los criterios de las políticas de gestión y desempeño. A continuación se presenta el resultado de gestión 2022:

Ilustración 39: Resultados generales 2022 E.S.E Hospital Regional de Duitama

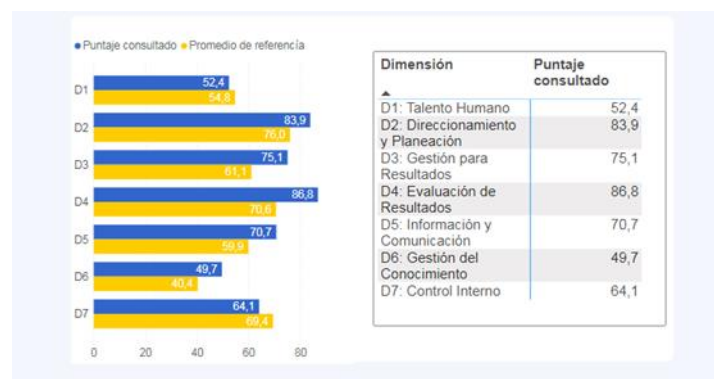


Fuente: página web DAFP

En la ilustración anterior se presenta el resultado del desempeño institucional de la vigencia 2022 con un resultado de 69,7 puntos evidenciando el avance progresivo de la implementación del MIPG, superando el promedio del grupo par. Respecto a la vigencia 2023, se diligenció el Formulario Único de Reportes y Avance de Gestión en el aplicativo del Departamento Administrativo de la Función Pública reportando de manera conjunta con los líderes de las políticas del hospital, con la expectativa de superar el resultado de la medición del año anterior.

Respecto a las políticas de gestión y desempeño, para el año 2023 y lo corrido del 2024 los funcionarios de la E.S.E Hospital Regional de Duitama realizaron acciones por proceso de acuerdo con la programación anual definida en el Plan de Acción del año. Vale la pena destacar que el HRD continúa fortaleciendo su gestión a través de la reorganización de su Mapa de procesos, con el cual se propende impulsar de una manera constante y sistémica una cultura de calidad a todo nivel de la organización, que no solo asegure el cumplimiento estricto de su deber legal, sino que proporcione condiciones, métodos, recursos y procesos enmarcados en la seguridad del paciente, gestión de tecnología, gestión del riesgo y la humanización. Los resultados discriminados por dimensión se presentan a continuación.

Ilustración 40: Índice de las dimensiones 2022 E.S.E Hospital Regional de Duitama



Fuente: página web DAFP

6.2.9.5 Análisis de Situación Financiera

6.2.9.5.1 Ingresos y Gastos

8.2.9.5.1.1 Comportamiento gasto comprometido:

La entidad a corte 31 de Marzo de 2024 ha comprometido un total de \$68.638.324.819, sin embargo este datos no resulta comparable con el total del gasto comprometido a 31 de Diciembre de 2023, puesto que el gasto comprometido en 2023 corresponde a la totalidad de la vigencia y en la vigencia 204 el gasto corresponde a los compromisos adquiridos en la vigencia 2024 que respalda gastos por varios meses y el gasto total tan solo se tendrá definido al cierre de 2024, a continuación se presenta el total del comportamiento así:

Tabla 27: Gasto Comprometido

GASTO COMPROMETIDO (pesos corrientes)					
Variable	2020	2021	2022	2023	MARZO DE 2024
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	45.998.368.814	61.241.488.456	70.584.160.363	89.212.982.558	67.396.362.703
Gasto de Funcionamiento	35.619.565.889	43.992.394.174	49.408.326.582	66.457.412.518	46.905.658.419
Gastos de Personal	27.796.189.536	35.387.942.336	41.041.901.886	50.289.609.975	38.195.020.544
Gasto de Personal de Planta	4.251.989.676	3.746.461.296	4.024.213.274	4.209.125.520	1.027.898.272
Servicios Personales Indirectos	23.544.199.860	31.641.481.040	37.017.688.612	46.080.484.455	691.745.581
Gasto de Sueldos	2.345.460.451	2.054.681.578	2.003.561.685	2.058.779.437	503.510.233
Gastos Generales	7.717.737.947	8.491.772.381	8.173.514.865	15.939.737.297	8.706.037.665
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	9.160.452.505	14.692.741.099	16.339.480.293	18.515.128.045	17.663.183.235
Otros Gastos	1.323.988.826	2.669.032.640	5.029.263.319	4.468.507.241	2.832.121.259
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	0	0	872.920.040	2.587.847.022	1.241.962.116
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	45.998.368.814	61.241.488.456	71.457.080.403	91.800.829.580	68.638.324.819

Fuente: Informe Financiero

El gasto total comprometido al cierre de la vigencia 2021 se incrementó en un 33% frente al gasto de 2020, este comportamiento se presenta por aumento de capacidad instalada evidenciada por la atención de la pandemia que permitió mayor facturación, resolutivez, entre tanto el gasto comprometido al cierre de la vigencia 2023 se incrementó en un 17% frente al gasto evidenciado en 2021, en la vigencia 2022 los otros gastos se incrementan por efecto directo de los otros gastos que incluyen inversión que alcanzan un valor total de \$5.029.263.319, para la vigencia 203 la entidad evidencia un incremento del 26% en el gasto total comprometido del 28%, al cierre de 2023 se presentó cuentas por pagar por valor de \$2.587.847.022 que aumentan frente al total evidenciado en 2021 por este concepto, las



cuentas por pagar al corte marzo 2024 se han comprometido la suma de \$1.241.962.116 por concepto de cuentas por pagar, los gastos comprometidos en 2024 respaldan contratos hasta el mes de Agosto de 2024 para médicos especialistas y administrativos, quedando pendiente adicionar contratos en meses posteriores.

9.2.9.5.1.2 Comportamiento Ingreso Reconocido:

La entidad al corte marzo de 2024 se han reconocido ingresos totales por valor de \$46.266.590.545 indicando claramente que el reconocimiento de 2024 corresponde a 3 meses y las cifras con las cuales se compara corresponde a la anualidad completa, las cifras se resumen así:

Tabla 28: Ingresos Reconocidos

INGRESOS RECONOCIDOS (pesos corrientes)					
Variable	2020	2021	2022	2023	MARZO DE 2024
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	56.135.047.505	87.524.167.956	97.802.658.956	114.256.390.181	28.842.371.218
Total Venta de Servicios	45.202.116.955	69.393.836.402	78.203.157.555	96.200.046.054	26.649.758.173
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	31.593.321	23.675.540	309.054.827	4.064.115	1.340.901
.....Régimen Subsidiado	27.825.149.795	35.876.741.617	45.602.544.196	56.748.953.197	16.242.654.266
.....Régimen Contributivo	8.134.770.209	19.642.072.026	15.133.780.749	20.761.676.233	4.770.583.416
Otras ventas de servicios	9.210.603.630	13.851.347.219	17.157.777.783	18.685.352.509	5.635.179.590
Aportes	2.961.930.785	6.741.581.165	2.580.595.888	2.381.075.435	0
Otros Ingresos	7.970.999.765	11.388.750.389	17.018.905.513	15.675.268.692	2.192.613.045
Cuentas por cobrar Otras vigencias	16.073.542.869	17.347.267.056	17.181.185.373	18.990.767.212	17.424.219.327
Ingreso Total Reconocido	72.208.590.374	104.871.435.012	114.983.844.329	133.247.157.393	46.266.590.545

Fuente: Informe Financiero

Al cierre de la vigencia 2023 la entidad logro incremento del 16% en el ingreso total reconocido frente a la vigencia 2022, en la vigencia 2023 la venta de servicios se incrementó en un 23% frente al reconocimiento por el mismo concepto en 2022; de igual manera se incrementó el reconocimiento por concepto de recaudo de cartera de vigencias anteriores que se incrementó en un 11% frente al total de la vigencia 2022, entre tanto el total de reconocimiento de 2022 se incrementó en un 10% frente al reconocimiento alcanzado en 2021, en esta vigencia la entidad logro incrementar el reconocimiento por concepto de venta de servicios de salud en un 13% frente al total evidenciado en 2021, en esta vigencia fiscal la entidad no logro superar el recaudo de cartera de vigencias anteriores inclusive el reconocimiento por venta de servicios de salud disminuyo el 1%; al cierre de la vigencia 2021 el total de reconocimiento se logró un incremento del 45% frente al año 2020, sin embargo este incremento se deriva por el impacto negativo evidenciado en la atención que sufrió la entidad en la vigencia 2020,



por efecto directo de la pandemia, la venta de servicio al cierre de 2021 logro aumentar en un 54%, frente al valor evidenciado en 2020, de igual manera, se logró aumentar el reconocimiento por concepto de recuperación de cartera de vigencia anteriores que incremento el 8% en 2021 frente al total evidenciado en 2020.

En términos generales la entidad ha logrado aumentar de manera sostenida el total del reconocimiento, tanto por venta de servicios de salud, cuentas por cobrar de vigencias anteriores y esta situación ha permitido mantener la operación en condiciones de equilibrio.

6.2.9.5.2 Venta de Servicios

La entidad durante la vigencia 2023 frente a 2020 presenta un incremento del 113% respecto de la facturación de la vigencia 2020 sin indexar, esto significa que la entidad durante la vigencia 2020 alcanzó una facturación promedio mes de **\$3.767.644.263** y al cierre de 2023 la facturación promedio fue de 8.016.670.703 y en el primer trimestre de la vigencia 2024 la facturación promedio alcanzo la suma de 8.883.253.384 que representa un incremento del 11% frente a la facturación promedio de 2023, las comparaciones se presentan a continuación:

Tabla 29: Venta de Servicios

Variable	2020	2021	2022	2023	2024
Régimen Contributivo	8.134.770.209	19.642.072.026	15.133.780.749	20.761.676.233	4.770.583.416
Régimen Subsidiado	27.825.149.795	35.876.741.617	45.602.544.196	56.748.953.197	16.242.654.266
...Población Pobre no afiliada al Régimen Subsidiado	31.593.321	23.675.540	309.054.827	4.064.115	1.340.901
SOAT (Diferentes a ECAT)	1.622.375.375	2.119.761.687	3.901.271.634	3.474.407.797	1.045.069.333
ADRES (Antes FOSYGA)	369.150.706	655.314.828	1.103.393.783	1.560.548.264	780.351.552
Plan de intervenciones colectivas (antes PAB)	155.207.257	214.083.418	151.263.990	212.833.715	69.400.000
Otras Ventas de Servicios de Salud	7.073.484.493	10.862.632.373	12.002.608.807	13.437.565.111	3.740.360.685
Total venta de servicios de salud	45.211.731.156	69.394.281.489	78.203.917.986	96.200.048.432	26.649.760.153
PROMEDIO MES	3.767.644.263	5.782.856.791	6.516.993.166	8.016.670.703	8.883.253.384
VARIACION		53%	13%	23%	11%

Fuente: Informe Financiero

De lo anterior, se evidencia que la entidad ha logrado incrementos sostenido en la facturación promedio, situación que permite identificar que la entidad mantiene una generación permanente de ingresos y esta situación podrá mejorarse una vez se inicien la prestación de servicios de salud que funcionarán en la infraestructura que en la actualidad se encuentra en proceso de adecuación y construcción.

6.2.9.5.3 Recaudo



El total de recaudo al cierre de 2023 se incrementó en un 12% frente al total recaudado en 2022, pasando de \$82.406.715.449 en 2022 a un total de recaudo de \$92.119.314.319, es importante indicar que resultado de las gestiones adelantadas en han permitido a la entidad aumentar el recaudo de la vigencia 2023 que logró aumento del 21% en recaudo de la vigencia y del 11% en recaudo de cartera de vigencias anteriores, frente a la vigencia 2022, este comportamiento resulta favorable para las gestiones de la entidad, puesto que le ha permitido operar en condiciones de equilibrio sin embargo, el recaudo no logra aumentar en el mismo nivel que aumenta el gasto total de la entidad, para la vigencia 2021 el total de recaudo evidenciado aumenta en el 7% a pesar que el recaudo de la vigencia y de vigencias anteriores disminuyeron en 2% y el 1% respectivamente, la entidad, es importante indicar que a pesar de las gestiones de cobro adelantadas la cartera a cargo de entidades en liquidación impacta de manera significativa la recuperación de cartera de vigencias anteriores y la venta de servicios de salud de la vigencia actual, lo cual desafortunadamente incrementa el total de cartera, la antigüedad de la misma y el incremento en la probabilidad de pérdida de la misma, en detrimento de las necesidades de liquidez de la entidad.

Tabla 30: Recaudo

Variable	2020	2021	2022	2023	MARZO DE 2024
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	39.278.024.076	59.783.084.576	65.225.530.076	73.128.547.107	10.441.056.538
Total Venta de Servicios	29.114.205.422	46.758.387.433	45.645.952.013	55.168.287.279	8.310.865.875
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	12.643.783	0	52.294.531	0	0
.....Régimen Subsidiado	21.516.742.483	28.793.329.353	27.857.920.655	32.968.204.447	7.526.929.930
.....Régimen Contributivo	2.964.821.608	10.903.722.806	8.528.283.572	11.959.776.216	4.354.200
Otras ventas de servicios	4.619.997.548	7.061.335.274	9.207.453.255	10.240.306.616	779.581.745
Aportes	2.938.277.101	2.059.856.001	2.580.595.888	2.297.435.368	0
Otros Ingresos	7.225.541.553	10.964.841.142	16.998.982.175	15.662.824.460	136.665.353
Cuentas por cobrar Otras vigencias	16.073.542.869	17.347.267.056	17.181.185.373	18.990.767.212	17.424.219.327
Ingreso Total Recaudado	55.351.566.945	77.130.351.632	82.406.715.449	92.119.314.319	27.865.275.865

Fuente: Informe Financiero

6.2.9.5.4 Cuentas por Cobrar

La entidad ha visto incremento progresivo de cartera que para el año 2021 aumento el 23% pasando de \$44.153.262.669 al cierre de 2020 a \$54.288.217.285 al cierre de 2021, entre tanto la cartera al cierre de 2022 se incrementó en un 17% frente al total de cartera de 2021 y para el cierre de 2023 el total de cartera aumento en un 34% llegando a un total de cartera de \$84.726.981.762 como se ha indicado la cartera mayor 360 días al cierre de 2020 era de 31.386.272.458 y al cierre de 2023 alcanzo la suma de \$44.769.542.508 siendo esto un incremento del 43% esto a expensas de las entidades en



liquidación que a pesar de contar con acreencias reconocidas no efectúan los pagos, y como se ha indicado a pesar que la venta de servicios aumenta el comportamiento de pagos de las diferentes EAPB no aumenten en igual proporción, siendo este el activo más importante de la institución y el comportamiento del sistema aumenta el riesgo de incobrabilidad de la misma.

Tabla 31: Cartera Deudores

CARTERA DEUDORES (pesos corrientes)					
Variable	2020	2021	2022	2023	204
Total Cartera	44.153.262.669	54.288.217.285	63.434.280.326	84.726.981.762	83.906.208.741
< 60 días	5.188.770.602	11.520.259.541	12.742.492.591	13.881.353.255	11.325.531.246
61 a 360 días	7.578.219.609	17.485.594.183	16.063.874.190	26.076.085.999	33.392.791.136
> 360 días	31.386.272.458	25.282.363.561	34.627.913.545	44.769.542.508	39.187.886.359
Régimen Subsidiado	16.502.254.687	17.471.506.166	27.782.480.670	47.139.774.964	46.911.229.452
< 60 días	1.563.777.676	2.197.363.008	7.453.757.073	7.827.698.784	6.195.851.175
61 a 360 días	3.431.179.087	6.658.310.473	6.136.965.773	18.523.523.777	24.471.033.856
> 360 días	11.507.297.924	8.615.832.685	14.191.757.824	20.788.552.403	16.244.344.421
Población Pobre No Asegurada	1.086.771.335	336.111.122	330.969.509	268.063.454	268.846.777
< 60 días	0	811.900	1.292.472	1.120.689	294.724
61 a 360 días	23.909.838	15.146.904	254.992.048	2.503.484	3.603.445
> 360 días	1.062.861.497	320.152.318	74.684.989	264.439.281	264.948.608
Régimen Contributivo	13.561.266.310	17.334.343.274	16.820.883.230	19.150.454.582	18.081.011.538
< 60 días	1.783.385.053	2.407.010.006	2.312.395.253	3.280.154.974	1.998.192.196
61 a 360 días	1.418.501.586	5.947.140.869	2.926.862.369	2.898.609.053	3.745.530.646
> 360 días	10.359.379.671	8.980.192.399	11.581.625.608	12.971.690.555	12.337.288.696
SOAT ECAT	2.729.516.362	2.963.815.250	3.580.966.659	4.472.813.977	5.283.584.604
< 60 días	447.017.883	559.299.750	925.270.281	502.097.695	679.023.845
61 a 360 días	450.512.258	992.055.977	1.374.085.160	1.728.361.331	2.447.456.852
> 360 días	1.831.986.221	1.412.459.523	1.281.611.218	2.242.354.951	2.157.103.907
Otros Deudores	10.273.453.975	16.182.441.473	14.918.980.258	13.695.874.785	13.361.536.370
< 60 días	1.394.589.990	6.355.774.877	2.049.777.512	2.270.281.113	2.452.169.306
61 a 360 días	2.254.116.840	3.872.939.960	5.370.968.840	2.923.088.354	2.725.166.337
> 360 días	6.624.747.145	5.953.726.636	7.498.233.906	8.502.505.318	8.184.200.727

Fuente: Informe Financiero

6.2.9.5.5 Cuentas por Pagar

El comportamiento de las cuentas por pagar entendidas como la diferencia entre el gasto total comprometido y el valor pagado, evidenciando que para la vigencia 2020 la entidad cerro la vigencia



fiscal sin cuentas por pagar, para la vigencia 2021 la cuenta por pagar correspondiente a la suma de 872.920.40 fue cancelada en su totalidad en la vigencia 2022, y su mayor participación correspondía a la compra del Tomógrafo, para la vigencia 2022 la cuenta por pagar se concentraba mayoritariamente en los gastos de inversión efectuados por la entidad, y al cierre de la vigencia 2023 las cuentas por pagar se originan en contratos que al cierre de la vigencia 2023 no cumplieron requisitos para ser certificados y tramitadas las cuentas ante la tesorería por valor de \$898.383.054 y cuentas que fueron radicadas pero por el proceso de cierre no lograron ser canceladas por valor de \$767.004.555; para la vigencia 2024 las cuentas por pagar se originan por corresponden a contratos en curso que serán cancelados únicamente en la medida que estos sean ejecutados y le sea exigible su cobro a la entidad.

Tabla 32: Cuentas por Pagar

Variable	2020	2021	2022	2023	2024
GASTO TOTAL COMPROMETIDO	45.998.368.814	61.241.488.456	71.457.080.403	91.800.829.580	68.638.324.819
TOTAL PAGADO	45.998.368.814	60.368.568.416	68.847.689.740	90.135.441.971	16.951.921.857
TOTAL CUENTA POR PAGAR	-	872.920.040	2.609.390.663	1.665.387.609	51.686.402.962

Fuente: Informe Financiero

Es importante indicar que la entidad en cada una de las vigencias fiscales garantiza el seguimiento al pago de las cuentas por pagar que se originan, adelantando los tramite de adición presupuestal respectivos, el cumplimiento de requisitos para pago y en el evento que existan saldos de contratos que no pueden ser cobrados sean debidamente reflejados en actas de liquidación.

6.2.9.5.6 Rotación de Inventarios

La entidad en cada una de las vigencias fiscales ha logrado mantener inventarios dispuestos para garantizar la prestación de servicio de salud que desde la vigencia 2020 ha logrado incrementos en su valor total, y al corte marzo de 2024 asciende a la suma de 5.788.671.002 millones lo cual se constituye en un mecanismo que contribuye a la prestación de servicios de salud, así:

Tabla 33: Rotación de Inventarios

Variable	2020	2021	2022	2023	2024
...15 Inventarios	2.282.812.544	3.319.805.007	5.001.463.811	6.000.216.725	5.788.671.002
.....1510 Mercancías en existencia	-	-	-	-	-
.....1514 Materiales y suministros	2.282.812.544	3.319.805.007	5.001.463.811	6.000.216.725	5.788.671.002
.....1525 Tránsito	-	-	-	-	-
.....1530 En poder de terceros	-	-	-	-	-
TOTAL		45%	51%	20%	-4%

Fuente: Informe Financiero



6.2.9.5.7 Ejecución presupuestal

La entidad en las vigencias fiscales 2020 a 2022 logro una ejecución total promedio del 80% del presupuesto definitivo, este porcentaje de ejecución se incrementó al cierre de la vigencia 2023 al 97% y para el primer trimestre de la vigencia 2024 ha comprometido el 79% del presupuesto definitivo de la entidad.

Al comparar el total de los Ingresos reconocidos frente al total del presupuesto aprobado a la entidad en cada una de las vigencias fiscal se evidencia que la entidad para el año 2020 logro reconocer ingresos que superan en un 128% el presupuesto definitivo de la entidad, entre tanto, al cierre de la vigencia 2021 reconoció ingresos que superan en un 137% el presupuesto definitivo de la entidad, para la vigencia 2022 el ingreso reconocido logro un 129% frente al presupuesto definitivo, para la vigencia 2023 el total de ingreso reconocido alcanzo el 140% del presupuesto definitivo y en el transcurso del primer trimestre de la vigencia 2024 el reconocimiento ya alcanza el 79% del presupuesto definitivo autorizado a la entidad; como se evidencia en cada una de las vigencias fiscales la entidad ha logrado reconocimientos en el ingresos que superan ampliamente el presupuesto definitivo de la entidad.

Tabla 34: Ejecución Presupuestal

Variable	2020	2021	2022	2023	2024
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	40.438.738.123	50.558.962.622	58.296.831.079	72.543.060.513	58.769.555.753
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	9.732.601.525	15.552.069.186	17.204.054.704	19.744.791.714	24.953.277.076
INVERSION	6.440.550.927	10.626.987.294	13.822.902.743	9.000.000.000	2.970.000.000
DEUDA PUBLICA					
CUENTAS POR PAGAR			872.920.040	2.609.390.663	1.665.387.609
DEFINITIVO	56.611.890.575	76.738.019.102	89.323.788.526	94.897.242.890	86.692.832.829
COMPROMETIDO	45.998.368.814	61.241.488.456	71.457.080.403	91.800.829.580	68.638.324.819
TOTAL INGRESO RECONOCIDO	72.208.590.374	104.871.435.012	114.983.844.329	133.247.157.393	46.266.590.545
TOTAL INGRESO RECAUDADO	55.351.566.945	77.130.351.632	82.406.715.449	92.119.314.319	27.865.275.865
EJECUCION	81%	80%	80%	97%	79%
INGRESO RECONOCIDO / PPTO DEFINITIVO	128%	137%	129%	140%	53%

Fuente: Informe Financiero

6.2.9.5.8 Indicadores Financieros



La entidad al cierre de cada una de las vigencias evaluadas ha logrado operar en condiciones de equilibrio tanto con recaudo total como con reconocimiento total, este comportamiento sin embargo al corte marzo de 2024 no se evidencia por la disparidad de meses a comparar, puesto que el ingreso recaudado y reconocidos tan solo corresponde a tres meses y el gasto comprometido como se ha indicado respalda contratos de ocho meses para el caso de contratos de prestación de servicios tanto asistenciales como administrativos, los indicadores se resumen así:

Tabla 35: Indicadores Financieros

Variable	2020	2021	2022	2023	2024
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,57	1,71	1,61	1,45	0,67
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,2	1,26	1,15	1	0,41
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,22	1,43	1,39	1,28	0,43
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,85	0,98	0,92	0,82	0,15

Fuente: Informe Financiero

6.2.9.5.9 Necesidades y expectativas de las partes interesadas

El plan de desarrollo debe dar respuesta a las expectativas de las partes interesadas, a continuación se presenta que esperan los diferentes grupos de valor de la Institución:

Ilustración 41: Expectativas del Paciente y su Familia



Fuente: Elaboración Propia a partir de Censo de necesidades y Expectativas



Ilustración 42: Expectativas de las EAPB



Fuente: Elaboración Propia a partir de Censo de necesidades y Expectativas

Ilustración 43: Expectativas de Proveedores y Contratistas



Fuente: Elaboración Propia a partir de Censo de necesidades y Expectativas

Ilustración 44: Expectativas de Entes de Control



Fuente: Elaboración Propia a partir de Censo de necesidades y Expectativas

Ilustración 45: Expectativas de los Colaboradores



Fuente: Elaboración Propia a partir de Censo de necesidades y Expectativas

Ilustración 46: Expectativas de la Junta Directiva



Fuente: Elaboración Propia a partir de Censo de necesidades y Expectativas



Ilustración 47: Expectativas de Estudiantes y Universidades



Fuente: Elaboración Propia a partir de Censo de necesidades y Expectativas

6.3 Análisis Estratégico

6.3.1 Matriz DOFA

Para la consolidación y análisis de Debilidades y Fortalezas, Amenazas y Oportunidades, se realizó mediante Taller de Construcción Colectiva, donde se identificaron los factores internos y externos que fortalecen o debilitan el cumplimiento de la misión del Hospital Regional de Duitama. La contribución de la información para retroalimentar la DOFA enfoca al Plan de Desarrollo a la objetividad de mejorar procesos y alcanzar la visión institucional. A continuación, se presentan los factores:

Tabla 36: Matriz DOFA

DOFA	FORTALEZAS		DEBILIDADES	
	Atención Humanizada en el Hospital Regional de Duitama	F1	Cuenta con Modelo de Atención ya socializado y desplegado, el cual tiene sentido de apropiación por la comunidad hospitalaria y es pilar fundamental para la acreditación	D1
F2		Procesos administrativos fortalecidos en gestión de facturación, cuentas médicas, gestión de glosas y auditoría médica	D2	Falta de promoción y participación en actividades definidas en la prevención y accidentes y enfermedades laborales

		F3	Hospital tiene reconocimiento por el trato humanizado y la calidez humana de los colaboradores, cuenta con programa con posicionamiento que ya puede evolucionar a un nuevo nivel de experiencia	D3	El Hospital aún adolece de equipos biomédicos indispensables para la prestación de servicios de alta complejidad, equipamiento biomédico con fallas constantes, por fortalecer uso de tecnología por parte de los colaboradores
		F4	La ESE se posiciona como Institución de mediana complejidad especializada cabecera de red, actuando como monopolio, segunda IPS más importante a nivel departamental	D4	Medidas recientes o incipientes de gestión del riesgo, materialización de riesgos con relativa frecuencia, tanto a nivel clínico como administrativo que han impactado en la seguridad durante la prestación de servicios
		F5	Recuperación de la confianza de la población usuaria que ha venido mejorando la intención de ingreso a los servicios.	D5	Emergencia Funcional constante en servicios de urgencias y hospitalización, Infraestructura de sede Santa Rosa de Viterbo con riesgo estructural ya documentado, sede no cumple con infraestructura exigida por documento de red de prestación de servicios vigente
		F6	La ESE cuenta con un sistema de gestión de calidad sólido y eficiente	D6	Sistemas de historia clínica lentos, algunos equipos con obsolescencia tecnológica, red de infraestructura tecnológica requiere fortalecerse, retrasos en la prestación del servicio por fallas en la tecnología
		F7	Mejoramiento de la oferta de servicios de salud con la ampliación del portafolio	D7	Ausencia de espacios humanizados para población materna, niños, usuarios adultos y para colaboradores. Oficinas de trabajo apretadas, con contaminación visual y auditiva.
		F8	Avance de estudio de formalización laboral	D8	No existe política ni programa de Responsabilidad Social Empresarial documentada y desplegada
		F9	Amplias zonas verdes y espacios de alimentación digna	D9	Resultados aún incipientes en Gestión del Conocimiento a nivel de colaboradores, profesionales y especialistas no formados en educación médica o universitaria
		F10	Colaboradores comprometidos, caracterizados por trato humanizado y esfuerzo en sus actividades cotidianas, programas institucionales con medición de cultura en evolución constante hacia la mejora, como lo es seguridad y humanización	D10	Limitada vigilancia a la adherencia a prácticas seguras de prevención de daño antijurídico
OPORTUNIDADES		ESTRATEGIAS FO		ESTRATEGIAS DO	
O1	Cultura en Salud que busca servicios con estándares superiores, los Stakeholders buscan Hospitales con Resultados seguros y racionalidad clínica	EFO1	Fortalecimiento de la prestación del servicio mediante el modelo de atención con sus respectivos pilares y programas clínicos, implementados, desplegados y evaluados a todo nivel de la organización, mejorando los resultados en salud	EDO1	Avanzar hacia la acreditación institucional



02	Fortalecer el componente de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, políticas de gobierno enfocadas al compromiso comunitario	EFO2	Crear programas de salud para gestión del riesgo de enfermedades crónicas que pueden ser ofertados y facturados a las aseguradoras	EDO2	Fortalecer programa de humanización en eje del cliente interno o colaborador
03	Avance tecnológico biomédico que permite garantizar mejor precisión diagnóstica en el abordaje clínico de los pacientes, disponibilidad de recursos para inversión en salud en planes de desarrollo departamentales y nacionales	EFO3	Fortalecer infraestructura y dotación tecnológica que acerque y fidelice los usuarios y favorezca el ejercicio de los colaboradores	EDO3	Gestionar las tecnologías durante su ciclo de vida para garantizar condiciones eficientes y seguras
04	Necesidades de servicios de salud no cubiertas por el mercado	EFO4	Continuar fortaleciendo portafolio de servicios	EDO4	Fortalecer programa de gestión del riesgo, habilitar especialidades y servicios que aporten a mejores resultados en salud
05	Planes de Desarrollo Departamental y Nacional con disposición de recursos para fortalecer la capacidad instalada hospitalaria	EFO5	Fortalecer capacidad instalada hospitalaria y servicios ofertados que fidelicen al paciente y su familia con la institución	EDO5	Mantenimiento y Transformación de la infraestructura hospitalaria
06	Apertura de nuevos programas en salud por universidades de la ciudad, siendo el hospital centro crucial de entrenamiento, lo cual permite alianzas que gestionen espacios de educación e innovación. Baja oferta de servicios de salud en la región, lo cual da ventajas competitivas en la relación contractual con las aseguradoras	EFO6	Plan de trabajo para avanzar y lograr certificación como Hospital Universitario	EDO6	Programa de Fortalecimiento tecnológico y de dotación que fortalezca la prestación del servicio y la educación médica
07	Hospitales competencia son débiles en estrategias de humanización y experiencia del usuario, por otro lado, existen organizaciones que pueden asesorar y fortalecer estrategias en la prestación del servicio y uso de métricas con validez internacional.	EFO7	Instaurar mecanismos de medición de la experiencia del usuario mediados por tecnología	EDO7	Fortalecer programa de humanización con eje de gestión de infraestructura humanizada para población materna, niños, usuarios adultos y para colaboradores.
08	Existencia de oportunidades de alianzas para fortalecer la Responsabilidad Social Empresarial, necesidad de liderazgo organizacional en un mercado con oportunidades de gestión	EFO8	Avanzar hacia la formalización laboral, certificar la institución como Empresa Socialmente Responsable	EDO8	Fortalecimiento de la responsabilidad social empresarial
09	Cierre de servicios de atención materno-infantil en IPS de la competencia.	EFO9	Realizar proyecto de ampliación de capacidad instalada hospitalaria para población materno-infantil, con servicios de mediana y alta complejidad	EDO9	Fortalecer Programa de inducción y reinducción
010	Oportunidad de certificaciones, reconocimientos y posicionamiento institucional	EFO10	Fortalecimiento de la cultura organizacional	EDO10	Fortalecer los procesos asistenciales y administrativos para mitigar riesgos y lograr certificaciones de calidad



AMENAZAS		ESTRATEGIAS FA		ESTRATEGIAS DA	
A1	El Hospital no está acreditado, a mediano plazo esto puede generar dificultades y desventajas y debilidad ante los competidores	EFA1	Avanzar en camino hacia la acreditación institucional	EDA1	Forjar la cultura de mejoramiento y excelencia a todo nivel de la organización
A2	EAPB en liquidación, alta carga de cartera que queda por pagar a las Instituciones Hospitalarias, ausencia o retrasos en pago por aseguradoras, algunas de estas en liquidación que se llevan altas cantidades de dinero adeudado al hospital, lo cual compromete la sostenibilidad de estrategias a largo plazo.	EFA2	Fortalecimiento de la gestión administrativa integral	EDA2	Fortalecimiento de gestión administrativa para la sostenibilidad financiera, formar planes de beneficios e incentivos para colaboradores
A3	Apertura de nuevos centros hospitalarios con servicios especializados en la región	EFA3	Fortalecimiento de la cultura y calidad del servicio que permita brindar atención centrada en las personas, gestión de experiencia del usuario y fidelización con la institución	EDA3	Realizar proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria
A4	Riesgo de demandas por eventos relacionados con la seguridad del Paciente y asociados a la prestación del servicio	EFA4	Fortalecer implementación y evaluación de prácticas seguras	EDA4	Fortalecer el enfoque de prevención y gestión del riesgo, a través del aprendizaje organizacional e incorporación de mejores prácticas que favorezcan la cultura de seguridad
A5	Sucesos aislados de maltrato o errores en la prestación de servicios, con riesgo de demandas o quejas en redes sociales que afecten el riesgo reputacional	EFA5	Fortalecer la atención centrada en las personas con trato digno y humanizado, gestionar sucesos aislados de maltrato	EDA5	Incluir espacios que faciliten la comunicación en proyectos de infraestructura
A6	Riesgo de ataques informáticos y pérdida de información sensible y bajo custodia clínica.	EFA6	Fortalecer sistema de gestión de la información y la tecnología	EDA6	Modernización de la infraestructura tecnológica y fortalecimiento de las tecnologías de la información
A7	Alta oferta del mercado laboral en otras IPS, que terminan llevándose personal calificado y entrenado	EFA7	Fortalecer portafolio de servicios con unidades funcionales rentables que permitan mejorar remuneración por servicios técnicos y profesionales	EDA7	Diseñar programa de experiencia del colaborador para fidelizar a los trabajadores con la entidad y facilitar su crecimiento personal y profesional
A8	Recursos limitados destinados a fortalecer la experiencia del usuario en los hospitales públicos, alta rotación de personal estratégico que hace que algunas de las estrategias implementadas no tengan continuidad.	EFA8	Realizar formalización laboral	EDA8	Formular programa de Responsabilidad Social Empresarial con estrategias que logren trascender más allá de una administración
A9	El Hospital no está acreditado como Hospital Universitario, a mediano plazo esto puede generar dificultades para formación académica de cuerpo médico y de enfermería al ser	EFA9	Incluir infraestructura para la educación en proyectos de inversión y ampliación de la capacidad hospitalaria	EDA9	Fomento de conocimiento, investigación e innovación



	el Hospital un Centro de Práctica				
A10	Políticas laborales poco favorecedoras para el personal de salud, altísima tramitología para lograr formar la planta de personal del Hospital	EFA10	Implementar estrategias de apoyo a los colaboradores en duelo, fomentar descanso y recreación de los colaboradores	EDA10	Programa de formalización laboral que fortalezca y mantenga al personal entrenado en el Hospital

Fuente: Elaboración propia

7. PLATAFORMA ESTRATEGICA

7.1 Misión

"Somos una institución que brinda atención en salud centrada en las Personas, desde todos los niveles de complejidad a la población del Departamento de Boyacá y área de influencia, bajo los atributos de la calidad, destacada por la humanización y experiencia del Usuario, el mejoramiento continuo, la responsabilidad social y la investigación, con el propósito de satisfacer las necesidades de los usuarios y sus familias."

7.2 Visión

"En el 2030 la ESE Hospital Regional de Duitama se consolidará como una institución acreditada, líder en la región por su alto desempeño a nivel científico y administrativo, posicionada como centro de referencia de servicios de salud con estándares superiores".

7.3 Promesa de Servicio

"Lo más valioso que tenemos, Nuestros Pacientes"

7.4 Principios

- **Equidad:** Hace referencia a la prestación de servicios, reconociendo la diversidad en nuestros usuarios, sin que las condiciones particulares de cada persona sean causa de discriminación. Implica reconocer las condiciones o características específicas de cada



persona o grupo humano (sexo, género, clase, religión, edad, etc.) y los derechos e igualdad en el acceso al equipamiento material y simbólico de cada cultura. La equidad social es la justa distribución de bienes y servicios, de recursos.

- **Transparencia:** Hace referencia a la ética en el actuar y a la responsabilidad de dar a conocer a nuestros usuarios, las gestiones actividades e inversiones realizadas por la entidad.
- **Responsabilidad social:** Este principio se refiere a la conciencia que tenemos como entidad, sobre el impacto que tendrán nuestras acciones e intervenciones, sobre la sociedad y el medio ambiente.
- **Eficiencia:** Buscamos el logro de nuestros objetivos con un uso racional de recursos.
- **Calidad:** principio mediante el cual buscamos que cada paciente reciba los servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir su recuperación, logrando el mejor resultado con el mínimo riesgos y la máxima satisfacción del paciente.

7.5 Valores

Los valores adoptados de la E.S.E Hospital Regional de Duitama mediante Resolución N° 118 del 29 de junio de 2021, son los siguientes:

- **Honestidad:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
- **Respeto:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.
- **Compromiso:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.
- **Diligencia:** Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.
- **Justicia:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.
- **Humanización:** Me aproximo al usuario y su familia para identificar sus necesidades, haciéndome participe activo de su atención, ofreciendo un trato digno y orientaciones claras sobre autocuidado, mediante el diálogo respetuoso.

7.6 Políticas institucionales

- Política de integridad
- Política de Seguridad de la información



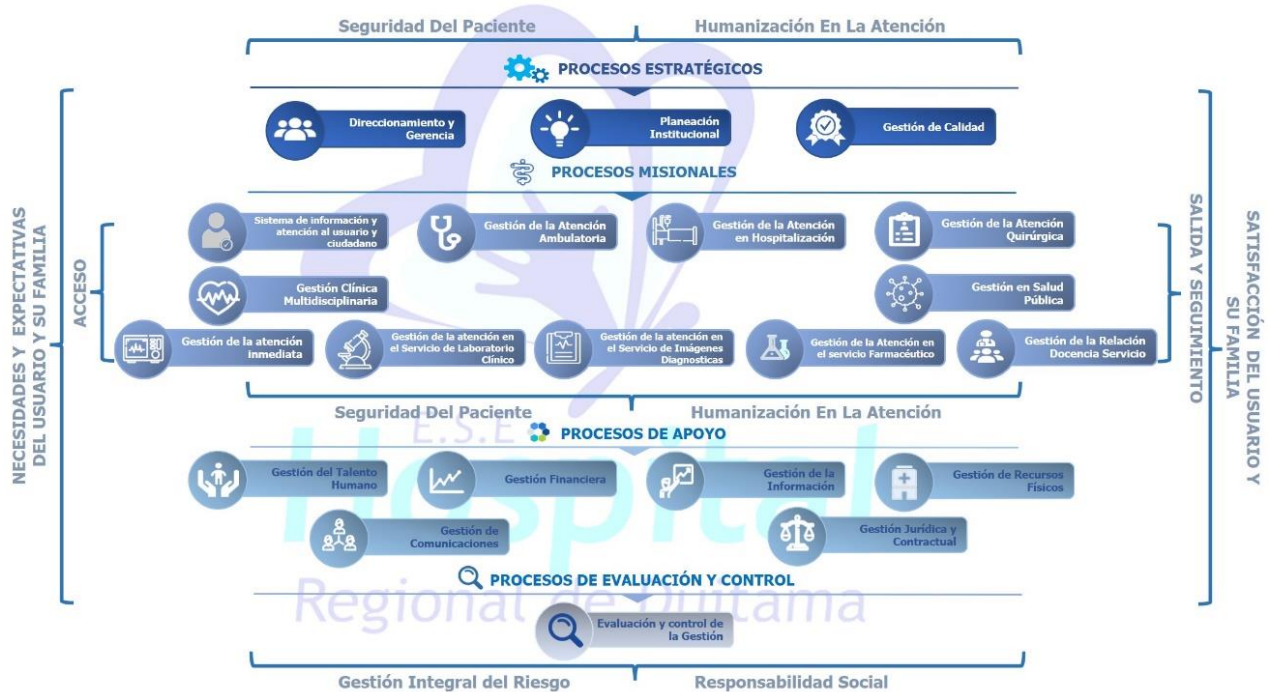
- Políticas de Daño antijurídico y Defensa Jurídica
- Política de Prestación de Servicios
- Política de Gestión Documental
- Política de Gestión del Riesgo
- Política de Seguridad del Paciente
- Política de Gestión Ambiental
- Política de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Política IAMII
- Política de optimización de anti microbianos
- Política de Gestión de la Tecnología
- Política de Planeación
- Política Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos
- Política Servicio al Ciudadano y Racionalización de Trámites
- Política Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
- Política de Talento Humano
- Política de Transparencia, acceso a la Información Pública y lucha contra la corrupción.
- Política Gestión del Conocimiento y la Innovación
- Política Control Interno
- Política Presupuestal y Eficiencia del gasto público
- Política Gobierno Digital-TIC para la Gestión
- Política de Participación Ciudadana en la Gestión

7.7 Mapa de Procesos

En cumplimiento al Decreto Nacional 1499 de 2017 emitido por el Departamento Administrativo de Función Pública, se implementó el mapa de procesos de la entidad mediante resolución 160 del 26 de septiembre de 2023, a continuación, se presenta a través de la siguiente gráfica:



Ilustración 48: Mapa de Procesos



Fuente: Almera

El mapa se compone por cuatro niveles: Estratégico, misional, apoyo y evaluación y se estructuró acorde a los lineamientos de la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de procesos que tiene como propósito "Fortalecer las capacidades organizacionales mediante la alineación entre la estrategia institucional y el modelo de operación por procesos, la estructura y la planta de personal, de manera que contribuyan a la generación de mayor valor público en la prestación de bienes y servicios, aumentando la productividad estatal", por lo anterior, está conformado por un total de veintiuno (21) procesos de los cuales tres (3) son estratégicos, once (11) misionales, seis (6) de apoyo y uno (1) de evaluación.

8. ESTRUCTURA DEL PLAN DE DESARROLLO

El Plan de Desarrollo "Sembrando Futuro en Salud" se desarrolla por medio de 10 ejes estratégicos, los cuales están alineados con los ejes de acreditación y con los intereses de la Institución en su camino al Futuro Deseable y se describen a continuación.



8.1 Ejes estratégicos

8.1.1 Excelencia Clínica:

Tabla 37: Eje Estratégico de Excelencia Clínica

PLAN DE DESARROLLO “SEMBRANDO FUTURO EN SALUD”			
EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	LINEA ESTRATEGICA	PROGRAMAS ESTRATEGICOS
EXCELENCIA CLÍNICA	Gestionar la prestación del servicios de salud integrando los atributos de la calidad como pilares de atención para lograr resultados clínicos superiores	Fortalecimiento de la prestación del servicio mediante el modelo de atención con sus respectivos pilares y programas clínicos, implementados, desplegados y evaluados a todo nivel de la organización, mejorando los resultados en salud	Modelo de Atención
			Equipos de Respuesta Rápida
			Estrategia de Ingreso Seguro
			Programa de Monitoreo Hospitalario - Torre de Control
			Programa de Adherencia a Guías de Práctica Clínica
			Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral
			Clínicas de Piel, Heridas y Ostmías
			Programa de Soporte Metabólico y Nutricional
Programa de Egreso Seguro Asistido			

Fuente: Matriz Plan de Desarrollo “Sembrando Futuro en Salud” – 2024 - 2027



8.1.2 Atención Humanizada Centrada en las Personas:

Tabla 38: Eje Estratégico de Atención Humanizada Centrada en las Personas

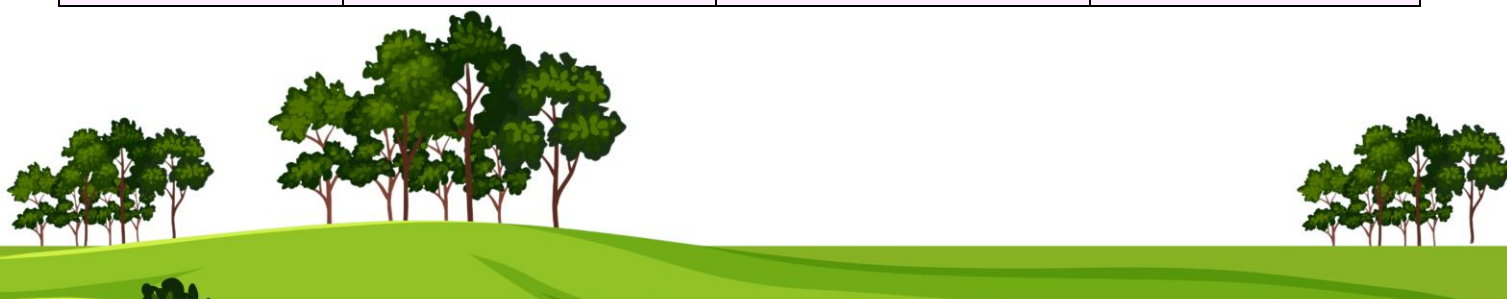
PLAN DE DESARROLLO “SEMBRANDO FUTURO EN SALUD”			
EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	LINEA ESTRATEGICA	PROGRAMAS ESTRATEGICOS
ATENCIÓN HUMANIZADA CENTRADA EN LAS PERSONAS	Gestionar la atención humanizada centrada en las personas para colaboradores, pacientes y su familia, mediante estrategias que permitan mejorar la experiencia del usuario	Fortalecimiento de la cultura y calidad del servicio que permita brindar atención centrada en las personas, gestión de experiencia del usuario y fidelización con la institución	Programa de Humanización y Experiencia del Usuario

Fuente: Matriz Plan de Desarrollo “Sembrando Futuro en Salud” – 2024 - 2027

8.1.3 Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo:

Tabla 39: Eje Estratégico de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo

PLAN DE DESARROLLO “SEMBRANDO FUTURO EN SALUD”			
EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	LINEA ESTRATEGICA	PROGRAMAS ESTRATEGICOS
SEGURIDAD DEL PACIENTE Y	Gestionar la prestación del servicio mediante la implementación de buenas	Fortalecer el enfoque de prevención y gestión del riesgo, a través del	Programa de Seguridad del Paciente



GESTIÓN DEL RIESGO	prácticas que permitan gestionar el riesgo y brindar una atención segura	aprendizaje organizacional e incorporación de mejores prácticas que favorezcan la cultura de seguridad	
			Programa de Gestión del Riesgo, eje de riesgos clínicos y asistenciales en salud

Fuente: Matriz Plan de Desarrollo “Sembrando Futuro en Salud” – 2024 - 2027

8.1.4 Gestión de la Tecnología y la Información:

Tabla 40: Eje Estratégico de Gestión de la Tecnología y la Información

PLAN DE DESARROLLO “SEMBRANDO FUTURO EN SALUD”			
EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	LINEA ESTRATEGICA	PROGRAMAS ESTRATEGICOS
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA Y LA INFORMACIÓN	Gestionar programas y estrategias que permitan mejorar la seguridad en el uso de tecnologías y encaminar a la institución hacia la transformación digital y la renovación tecnológica	Modernización de la infraestructura tecnológica y fortalecimiento de las tecnologías de la información	Transformación Digital y Renovación de la tecnología informática
			Modelo de seguridad y privacidad de la Información
		Gestionar las tecnologías durante su ciclo de vida para garantizar condiciones eficientes y seguras	Renovación Tecnología Biomédica
			Programa de Gestión de la Tecnología

Fuente: Matriz Plan de Desarrollo “Sembrando Futuro en Salud” – 2024 - 2027

8.1.5 Mejoramiento Continuo:



Tabla 41: Eje Estratégico de Mejoramiento Continuo

PLAN DE DESARROLLO “SEMBRANDO FUTURO EN SALUD”			
EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	LINEA ESTRATEGICA	PROGRAMAS ESTRATEGICOS
MEJORAMIENTO CONTINUO	Direccionar el mejoramiento continuo de la entidad hacia estándares superiores de calidad y acreditación	Forjar la cultura de mejoramiento y excelencia a todo nivel de la organización	Sistema de gestión integral de la información de calidad
			Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud
			Programa de excelencia operacional y gestión por procesos

Fuente: Matriz Plan de Desarrollo “Sembrando Futuro en Salud” – 2024 - 2027

8.1.6 Responsabilidad Social Empresarial:

Tabla 42: Eje Estratégico de Responsabilidad Social Empresarial

PLAN DE DESARROLLO “SEMBRANDO FUTURO EN SALUD”			
EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	LINEA ESTRATEGICA	PROGRAMAS ESTRATEGICOS
RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL	Direccionar la organización hacia la implementación de estrategias responsables con el ambiente, la comunidad y	Fortalecimiento de la responsabilidad social empresarial	Programa de Donación de Órganos - Hospital Generador de Vida





	los colaboradores que permitan aportar al desarrollo de la sociedad y la sostenibilidad		Alianzas Estratégicas para la Responsabilidad Social
--	---	--	--

Fuente: Matriz Plan de Desarrollo "Sembrando Futuro en Salud" – 2024 - 2027

8.1.7 Transformación Cultural:

Tabla 43: Eje Estratégico de Transformación Cultural

PLAN DE DESARROLLO "SEMBRANDO FUTURO EN SALUD"			
EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	LINEA ESTRATEGICA	PROGRAMAS ESTRATEGICOS
TRANSFORMACIÓN CULTURAL	Implementar estrategias que permitan generar modelos mentales compartidos encaminados en transformar la cultura de la organización hacia la excelencia	Fortalecimiento de la cultura organizacional	Estrategia de Formación para el Liderazgo
			Estrategia de Gobernanza Compartida
			Programa de fortalecimiento del capital humano
			Plan institucional de comunicaciones

Fuente: Matriz Plan de Desarrollo "Sembrando Futuro en Salud" – 2024 - 2027

8.1.8 Gestión de la Infraestructura y Ambientes Humanizados:

Tabla 44: Eje Estratégico de Gestión de la Infraestructura y Ambientes Humanizados

PLAN DE DESARROLLO "SEMBRANDO FUTURO EN SALUD"
--



EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	LINEA ESTRATEGICA	PROGRAMAS ESTRATEGICOS
INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTES HUMANIZADOS	Gestionar la infraestructura hospitalaria mediante la transformación del ambiente físico que permita mejorar la experiencia del servicio	Mantenimiento y Transformación de la infraestructura hospitalaria	Proyectos para la ampliación de la capacidad instalada hospitalaria
			Programa de mantenimiento hospitalario
			Estrategia de transformación hacia una infraestructura humanizada

Fuente: Matriz Plan de Desarrollo "Sembrando Futuro en Salud" – 2024 - 2027

8.1.9 Gestión del Conocimiento, Investigación e Innovación:

Tabla 45: Eje Estratégico de Gestión del Conocimiento, Investigación e Innovación

PLAN DE DESARROLLO "SEMBRANDO FUTURO EN SALUD"			
EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	LINEA ESTRATEGICA	PROGRAMAS ESTRATEGICOS
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	Implementar la política de gestión del conocimiento, investigación e innovación mediante estrategias que permitan contribuir al desarrollo y generación de valor a la institución y su entorno	Fomento de conocimiento, investigación e innovación	Programa de Gestión del Conocimiento, Investigación e Innovación

Fuente: Matriz Plan de Desarrollo "Sembrando Futuro en Salud" – 2024 - 2027



8.1.10 Gestión Administrativa Eficiente:

Tabla 46: Eje Estratégico de Gestión Administrativa Eficiente

PLAN DE DESARROLLO “SEMBRANDO FUTURO EN SALUD”			
EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	LINEA ESTRATEGICA	PROGRAMAS ESTRATEGICOS
GESTIÓN ADMINISTRATIVA EFICIENTE	Gestionar los recursos por medio de procesos eficientes enfocados en mejorar la competitividad, solidez y sostenibilidad financiera	Fortalecimiento de la gestión administrativa integral	Plan de mercadeo estratégico
			Programa de facturación eficiente
			Programa de recaudo efectivo
			Gestión presupuestal
			Programa de gestión de costos
			Programa de Gestión del Riesgo de Daño antijurídico
			Programa de gestión del riesgo SARLAFT Y SICOF

Fuente: Matriz Plan de Desarrollo “Sembrando Futuro en Salud” – 2024 - 2027

8.5 Resultados de impacto e indicadores estratégicos

EJE ESTRATEGICO	PROGRAMAS ESTRATEGICOS	RESULTADO	METAS			
		INDICADORES	META 2024	META 2025	META 2026	META 2027
EXCELENCIA CLÍNICA	Modelo de Atención	Adherencia General al Modelo de Atención en evaluación de paciente trazador	65%	70%	75%	80%
		Porcentaje de cumplimiento modelo de atención en la institución	65%	70%	75%	80%
	Equipos de Respuesta rápida	Adherencia General a equipos de respuesta rápida	40%	50%	60%	70%
	Estrategia de Ingreso seguro	Adherencia global a ingreso seguro	70%	75%	80%	85%
		Porcentaje de evaluación del riesgo clínico en el ingreso seguro a Hospitalización	70%	75%	80%	85%
	Programa de monitoreo hospitalario - Torre de Control	Adherencia global al programa de gestión hospitalaria Torre de Control	60%	65%	70%	75%
	Programa de adherencia a guías de práctica clínica	Promedio de Adherencia a Guías de Práctica Clínica priorizadas	50%	60%	70%	80%
		Porcentaje de implementación de programa de guías de práctica clínica	50%	60%	70%	80%
	Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral	Autoevaluación de IAMII sede Hospital Regional de Duitama	80%	80%	80%	80%
	Clínicas de piel, heridas y Ostromías	Tasa de lesiones cutáneas relacionadas a la dependencia	<6/1000	<6/1000	<6/1000	<6/1000
	Programa de soporte metabólico y nutricional	Porcentaje de pacientes con egreso exitoso por grupo de soporte metabólico y nutricional	80%	80%	80%	80%



EJE ESTRATEGICO	PROGRAMAS ESTRATEGICOS	RESULTADO	METAS			
		INDICADORES	META 2024	META 2025	META 2026	META 2027
	Programa de Egreso Seguro asistido	Adherencia a egreso seguro en salidas a domicilio	60%	65%	70%	75%
		Nivel de satisfacción en pacientes atendidos en programa de egreso seguro asistido	75%	80%	85%	90%
ATENCIÓN HUMANIZADA CENTRADA EN LAS PERSONAS	Programa de Humanización y Experiencia del Usuario	Ejecución de cronograma anual del programa > 80%	80%	80%	80%	80%
		Tasa de satisfacción global del usuario	90%	90%	90%	90%
		Net Promotor Score	80%	80%	80%	80%
SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DEL RIESGO	Programa de Seguridad del Paciente	Adherencia Global a buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas	60%	65%	70%	80%
		Porcentaje de Implementación del programa de seguridad del paciente	70%	75%	80%	85%
		Cumplimiento oportuno a la gestión de indicios de atención insegura y ejecución de acciones de mejora definidas	70%	75%	80%	85%
	Programa de Gestión del Riesgo, eje de riesgos clínicos y asistenciales en salud	Proporción de cumplimiento acciones de mejora definidas a partir de controles en la gestión del riesgo asistencial	70%	75%	80%	85%
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA Y LA INFORMACIÓN	Transformación Digital y Renovación de la tecnología informática	Ejecución de cronograma anual del programa > 80%	80%	80%	80%	80%
		Desempeño Institucional de la política de gobierno digital	65%	70%	75%	80%
	Modelo de seguridad y privacidad de la Información	Evaluación de efectividad de controles de seguridad de la Información	40%	42%	44%	46%



EJE ESTRATEGICO	PROGRAMAS ESTRATEGICOS	RESULTADO	METAS			
		INDICADORES	META 2024	META 2025	META 2026	META 2027
	Renovación Tecnología Biomédica	Ejecución de cronograma anual del programa > 80%	80%	80%	80%	80%
	Programa de Gestión de la Tecnología	Porcentaje de cumplimiento de Programa de Gestión de Tecnología	60%	65%	70%	80%
MEJORAMIENTO CONTINUO	Sistema de gestión integral de la información de calidad	Porcentaje de adherencia y gestión por Indicadores a nivel organizacional	65%	70%	75%	80%
		Porcentaje de Indicadores Institucionales dentro de metas	60%	65%	70%	75%
	Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud	Ejecución del PAMEC > 90%	90%	90%	90%	90%
	Programa de excelencia operacional y gestión por procesos	Ejecución de cronograma anual del programa > 80%	80%	80%	80%	80%
RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL	Programa de Donación de Órganos - Hospital Generador de Vida	Ejecución de cronograma anual del programa > 90%	90%	90%	90%	90%
	Alianzas Estratégicas para la Responsabilidad Social	Ejecución de cronograma anual del programa > 80%	80%	80%	80%	80%
TRANSFORMACIÓN CULTURAL	Estrategia de Formación para el Liderazgo	Ejecución de cronograma anual del programa > 80%	80%	80%	80%	80%



EJE ESTRATEGICO	PROGRAMAS ESTRATEGICOS	RESULTADO	METAS			
		INDICADORES	META 2024	META 2025	META 2026	META 2027
	Estrategia de Gobernanza Compartida	Ejecución de cronograma anual del programa > 80%	80%	80%	80%	80%
	Programa de fortalecimiento del capital humano	Ejecución de cronograma anual del programa > 80%	80%	80%	80%	80%
	Plan institucional de comunicaciones	Ejecución de cronograma anual del programa > 80%	80%	80%	80%	80%
INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTES HUMANIZADOS	Proyectos para la ampliación de la capacidad instalada hospitalaria	Ejecución de cronograma de formulación, implementación y ejecución del proyecto de ampliación de infraestructura de urgencias, atención del parto y hospitalización > 80%	80%	80%	80%	80%
		Ejecución de cronograma de formulación, implementación y ejecución del proyecto de ampliación de infraestructura de Unidad de Gestión del Riesgo Integral de Sede Santa Rosa de Viterbo >80%	80%	80%	80%	80%
		Ejecución de cronograma de formulación, implementación y ejecución del proyecto de ampliación de infraestructura de torre de alta complejidad hospitalaria > 80%	80%	80%	80%	80%
	Programa de mantenimiento hospitalario	Ejecución de cronograma anual del programa > 90%	90%	90%	90%	90%
	Estrategia de transformación hacia una	Ejecución de cronograma anual del programa > 80%	80%	80%	80%	80%

EJE ESTRATEGICO	PROGRAMAS ESTRATEGICOS	RESULTADO	METAS			
		INDICADORES	META 2024	META 2025	META 2026	META 2027
	infraestructura humanizada					
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	Programa de Gestión del Conocimiento, Investigación e Innovación	Ejecución de cronograma anual del programa > 80%	80%	80%	80%	80%
GESTIÓN ADMINISTRATIVA EFICIENTE	Plan de mercadeo estratégico	Ejecución de cronograma anual del programa > 80%	80%	80%	80%	80%
	Programa de facturación eficiente	Adherencia al Programa de facturación eficiente	80%	80%	80%	80%
		Glosa final menor al 3%	<3%	<3%	<3%	<3%
	Programa de recaudo efectivo	Porcentaje de recaudo efectivo	50%	50%	50%	50%
		Porcentaje de Gestión del Cobro	85%	85%	85%	85%
	Gestión presupuestal	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	>=1	>=1	>=1	>=1
		Resultado equilibrio presupuestal con reconocimiento	>=1	>=1	>=1	>=1
	Programa de gestión de costos	Ejecución de cronograma anual del programa > 80%	80%	80%	80%	80%
		Margen de utilidad neta institucional	8%	8%	8%	8%
	Programa de Gestión del Riesgo de Daño antijurídico	Ejecución de cronograma anual del programa > 80%	80%	80%	80%	80%
	Programa de gestión del riesgo SARLAFT Y SICOE	Eficacia de los Controles Establecidos para la Gestión del Riesgo Institucional.	70%	75%	80%	85%



9. MECANISMOS DE SOCIALIZACIÓN Y APROPIACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO

El Plan de Desarrollo “SEMBRANDO FUTURO EN SALUD 2024-2027” se despliega a través de los medios de comunicación disponibles en la entidad con el fin de informar los ejes estratégicos, programas, metas que darán cumplimiento a la misión, visión y objetivos institucionales, se realizara de la siguiente manera:

- Presentación Plan de Desarrollo Institucional 2024-2027 – Reunión Junta Directiva
- Presentación Plan de Desarrollo Institucional 2024-2027 – Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
- Socialización Plan de Desarrollo Institucional 2024-2027 – espacios con grupos de interés, grupos de valor y comunidad en general.
- Publicación Plan de Desarrollo Institucional 2024-2027 en la página web y redes sociales.
- Despliegue a través de los programas de inducción, reinducción y capacitación.
- Socialización lúdica en Festival Institucional de la Ciudad y la Acreditación
- Socialización Audiovisual a la Comunidad Hospitalaria

10. MECANISMOS DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO

El Plan de desarrollo “SEMBRANDO FUTURO EN SALUD 2024-2027” se ejecuta a través de las metas definidas en el Plan Operativo Anual por cada eje y programa estratégico alineado a los indicadores definidos en el plan, cada meta está asignada a cada una de las áreas con el líder responsable, logrando avanzar con los objetivos institucionales.

El seguimiento y la evaluación, se realizará de acuerdo con la periodicidad definida para cada indicador con el fin de cumplir con los compromisos definidos en el POA, el cual está a cargo por el Líder de Planeación y el Jefe de Control Interno de Gestión, presentando los avances a los organismos de control y la comunidad, garantizando la implementación de la Política de participación ciudadana del MIPG. Se reporta un informe de cumplimiento al Comité Institucional de Gestión y Desempeño para evidenciar los resultados, acciones de mejora, se revisan desviaciones asegurando el cumplimiento de las metas. Finalmente, el líder de Planeación consolida los resultados del POA y mide el indicador tres (3) del Plan de Gestión del gerente.

11. MECANISMOS DE EVALUACION DEL PLAN DE DESARROLLO



Directivos y responsables de la elaboración, ejecución, monitoreo y evaluación del plan de desarrollo institucional

Tabla 47: Roles y Responsabilidades en el Plan de Desarrollo

ACTORES	ELABORACIÓN Y APROBACIÓN	EJECUCIÓN	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	RENDICIÓN DE CUENTAS
JUNTA DIRECTIVA	Órgano facultado para la aprobación y seguimiento a la ejecución del plan de desarrollo institucional.			
GERENTE	Liderar el proceso de formulación como máximo orientador y aprobador.	Gestiona los procesos y recursos necesarios para la ejecución de los programas y/o proyectos que componen el plan.	Analiza y toma decisiones frente a la ejecución de metas programadas en el plan de desarrollo.	Es el responsable de rendir cuentas a la comunidad, a las diferentes autoridades, sectores y organizaciones que regulan la ESE.
OFICINA DE PLANEACIÓN	Ejerce el liderazgo, coordinación y concertación con el resto de los procesos.	Lidera y consolida la elaboración de los planes de acción por procesos.	Es la responsable del diseño y puesta en marcha de la estrategia de seguimiento y evaluación al plan.	Consolida la información insumo para al proceso de rendición de cuentas y gestiona la logística.
GESTIÓN FINANCIERA	Es la responsable de la planeación financiera y presupuestal.	Promueve las decisiones en materia fiscal, financiera y presupuestal de la ESE.	Prepara los informes contables, presupuestales y financieros de cada período.	Suministra y avala la información financiera, contable y presupuestal para la rendición de cuentas.
CONTROL INTERNO	Asesora a la gerencia y demás equipo participante en la incorporación de contenidos temáticos según requisitos legales e institucionales.		Desarrolla jornadas de auditoría a la gestión según las actividades propias del plan de auditorías institucional.	Es la responsable del seguimiento y elaboración de informes cuando existen planes de mejoramiento.
LIDERES DE PROCESOS	Responsables de realizar los diagnósticos y definir los objetivos, programas y subprogramas, de acuerdo con los diferentes lineamientos.	Son ejecutores; por lo tanto, deben programar y elaborar proyectos para el cumplimiento de los objetivos y metas del plan.	Responsables de entregar los avances y resultados de las acciones ejecutadas, así como de realizar seguimiento físico a las metas de su dependencia.	Responsables del cumplimiento de las diferentes metas del plan; por lo tanto, de los resultados y de la información pertinente para la rendición de cuentas.
			También realizan análisis de productividad y resultados para definir acciones correctivas.	Rinden informes de gestión que demuestren el grado de cumplimiento de lo que le aplica al proceso frente al Plan de desarrollo institucional.
USUARIOS	Apoyan y participan en la construcción colectiva del Plan de desarrollo institucional.		Sirven como veedores e inspectores del cumplimiento de lo planeado.	Participan en el proceso de rendición de cuentas, pueden proponer acciones para el mejoramiento.





	Son los primeros promotores del control de la gestión.			
--	--	--	--	--

Jairo Mauricio Santoyo Gutiérrez

Gerente

ESE Hospital Regional de Duitama

Revisó y Aprobó:

Junta Directiva

Proyectó:

Jairo Mauricio Santoyo Gutiérrez - Gerente

María Angélica Moncaleano Cifuentes – Subgerencia Científica

Nidia Cadena Molano – Subgerente Administrativa

Alba Constanza Hernández Suarez – Líder de Planeación

Dayana Fabiola Gil Amézquita – Líder de Calidad y gestión del riesgo clínico

Alejandra Cuellar Zapata – Profesional de apoyo a planeación

Líderes y Colaboradores del Hospital Regional de Duitama

