

PLAN DE DESARROLLO 2024-2027



GERENTE:
Luis Daniel Verjel Sanchez

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS



JUNTA DIRECTIVA

Doctor
WILLIAM VILLAMIZAR LAGUADO
Gobernador
Departamento Norte de Santander
San José de Cúcuta

Doctor
FERNANDO AUGUSTO ALVAREZ GARCIA
Director
Instituto Departamental de Salud
Norte de Santander
San José de Cúcuta

Doctora
MARY YATAPAWA ROJAS GONZALEZ
Representante Cuerpo Científico de la ESE
Junta Directiva
ESE Hospital San Juan de Dios Pamplona

Señora
MARTHA SOCORRO DUQUE VERA
Representante de los Gremios de Producción
Junta Directiva
ESE Hospital San Juan de Dios Pamplona

Doctora
CATHERINE SERRATO GAMBOA
Representante de las Alianzas o Asociaciones de Usuarios
Junta Directiva
ESE Hospital San Juan de Dios Pamplona

AGRADECIMIENTO

La Gerencia de la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona expresa su sincero agradecimiento a las Administraciones Municipales que hacen parte de su área de influencia, especialmente a las Coordinaciones de Salud Pública por el excelente trabajo realizado en la preparación del Análisis de la Situación de Salud de los distintos municipios (ASIS 2023) documentos que se han tomado como referencia básica en la estructuración de una parte del diagnóstico del presente Plan de Desarrollo.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVOS.....	8
MARCO LEGAL	9
1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO TERRITORIAL	10
2. DINÁMICA DEMOGRÁFICA	14
3. ASEGURAMIENTO	19
4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	20
4.1. ANÁLISIS DE MORBILIDAD	20
4.2. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD.....	24
4.3. INTENSIDAD DE USO.....	28
4.4. EXTENSIÓN DE USO.....	29
5. ANÁLISIS DE LA ESE.....	30
5.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA	30
5.1.1. MISIÓN	30
5.1.2. VISIÓN.....	30
5.1.3. VALORES	30
5.1.4. PRINCIPIOS CORPORATIVOS	31
5.1.5. POLÍTICA DE CALIDAD	32
5.1.6. OBJETIVOS DE CALIDAD	32
5.1.7. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	33
5.2. CAPACIDAD INSTALADA	35
5.3. CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	35
5.4. OTROS ASPECTOS DEL ÁREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	36
5.4.1. CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.....	36
5.4.2. SITUACIÓN FINANCIERA DE LA ESE.....	37
5.4.3. ESTADO DE INDICADORES FINANCIEROS Y PRESUPUESTALES	41
5.4.4. SISTEMA DE INFORMACIÓN	45
5.4.5. PROCESOS JUDICIALES.....	47
5.4.6. MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO.....	48
5.4.7. PRODUCCIÓN DE SERVICIOS.....	51
5.4.8. INDICADORES DE CALIDAD	52
5.4.9. GESTIÓN AMBIENTAL	53
5.4.10. OTROS ASPECTOS EN QUE LA ESE DEBE TRABAJAR	55
6. DOFA.....	56
6.1. DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA.....	56
6.2. RESULTADOS DE LA METODOLOGÍA.....	71
7. PLANES OPERATIVOS ANUALES	73

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 : Extensión territorial de municipios área de influencia de la ESE HSJDD, 2023	11
Tabla 2: Temperatura media en municipios área influencia	12
Tabla 3: Presencia de factores de riesgo en municipios área de influencia de la ESE HSJDD, 2023	13
Tabla 4: Distancia a capital de Dpto, tiempo de traslado y tipo de transporte	14
Tabla 5: Población municipios área de influencia ESE Hospital San Juan De Dios – Pamplona, 2023.	14
Tabla 6: Población municipios complemento Nodo de RED Sur, 2023	15
Tabla 7: Población Municipios área de influencia de la ESE HSDJJ por sexo – Pamplona, 2023	16
Tabla 8: Proporción de la población por ciclo vital del municipio, 2023	17
Tabla 9: Tasa de crecimiento natural, tasa bruta de natalidad y tasa de mortalidad.	18
Tabla 10: Indicadores demográficos por Municipio, 2023	18
Tabla 11: Aseguramiento con corte Mayo 2024.....	19
Tabla 12: Causas de consulta de urgencias Hospital San Juan de Dios Pamplona 2023	22
Tabla 13: Causas de consulta de odontología Hospital San Juan de Dios Pamplona 2023	23
Tabla 14: Causas por egreso hospitalario Hospital San Juan de Dios Pamplona 2023.....	24
Tabla 15: Intensidad de uso ESE HSJDD Pamplona 2022 - 2023	28
Tabla 16: Capacidad instalada HSJDD, 2023	35
Tabla 17: Indicador de rentabilidad 2022 y 2023.....	38
Tabla 18: Indicador de liquidez financiera 2022 y 2023	39
Tabla 19: Indicador de endeudamiento 2022 y 2023.....	40
Tabla 20: Gasto comprometido (miles de pesos constantes de 2023)	41
Tabla 21: Ingresos reconocidos (miles de pesos constantes de 2023)	42
Tabla 22: Ingresos recaudados (miles de pesos constantes de 2023).....	43
Tabla 23: Recaudos/reconocimientos	44
Tabla 24: Equilibrio y eficiencia	44
Tabla 25: Relación de procesos judiciales que adelanta la.....	47
Tabla 26: Relación de procesos judiciales que adelanta la.....	48
Tabla 27: Producción de servicios ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona, 2023	51
Tabla 28: Comportamiento de los indicadores 18 A 20 Resolución 408 DE 2018, ESE Hospital San Juan De Dios - III Trimestre, Pamplona, 2023.....	53
Tabla 29: Resultados de la evaluación de factores internos	58
Tabla 30: Resultados de la evaluación de factores externos	63
Tabla 31: Proyecto 1 – POA 2024.....	73
Tabla 32: Proyecto 3 – POA 2024.....	75
Tabla 33: Proyecto 4 – POA 2024.....	76
Tabla 34: Proyecto 1 – POA 2025.....	78
Tabla 35: Proyecto 2 – POA 2025.....	79
Tabla 36: Proyecto 3 – POA 2025.....	80
Tabla 37: Proyecto 4 – POA 2025.....	81
Tabla 38: Proyecto 1 – POA 2026.....	83
Tabla 39: Proyecto 2 – POA 2026.....	85
Tabla 40: Proyecto 3 – POA 2026.....	86
Tabla 41: Proyecto 4 – POA 2026.....	86
Tabla 42: Proyecto 1 – POA 2027.....	88
Tabla 43: Proyecto 2 – POA 2027.....	90
Tabla 44: Proyecto 3 – POA 2027.....	90
Tabla 45: Proyecto 4 – POA 2027.....	91

INTRODUCCIÓN

La Gerencia de la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona, en cumplimiento de lo estipulado en la normatividad vigente, presenta a consideración de la Honorable Junta Directiva el documento **Plan de Desarrollo ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona, 2024 – 2027**.

La presente propuesta técnica, construida con el conjunto de los diversos estamentos institucionales busca disponer de un instrumento que señale el “norte” por el cual debe transitar la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios – Pamplona durante el período 2024 a 2027 con miras a desarrollar un portafolio de servicios que responda a cabalidad al perfil epidemiológico de su área de influencia, con criterios de responsabilidad y rentabilidad social, teniendo como objetivo principal hacer una contribución significativa al mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

Con el compromiso decidido de los líderes de dependencia, se identificaron situaciones institucionales que requieren mejoramiento para posteriormente realizar una priorización teniendo en cuenta variables tales como posibilidad de alcanzar objetivos institucionales, sinergia con otros aspectos, disponibilidad de recursos para su implementación, entre otros. De igual manera, se trabajó en la contextualización de eventos que, por el hecho de ser fortalezas institucionales, pueden contribuir en el mejoramiento de algunos que han logrado desarrollar todo su potencial y el control de otros que podrían afectar la consecución de metas.

Entre los principales logros que se pretende alcanzar con la presente propuesta de Plan de Desarrollo se identifican los siguientes a:

1. Gestión para el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria de las diversas IPS que conforman la empresa social del estado.
2. Gestión para el mejoramiento del componente de dotación de equipo biomédico de las IPS que conforman la red de la ESE, con el objetivo de cumplir condiciones del SOGC.
3. Gestionar el desarrollo de procesos tendientes a fortalecer el componente de calidad en la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona.
4. Dada la experiencia pasada, es fundamental un control del gasto efectivo del gasto y una gestión proactiva de ingresos con el claro objetivo de garantizar la autosostenibilidad financiera.
5. Mantener la empresa social del estado en equilibrio, con recaudo.
6. La intervención de procesos internos sobre los cuales se ha identificado necesidad de mejoramiento.
7. La eficiencia y la eficacia en la inversión de los recursos.
8. El cumplimiento en el reporte a los organismos de control.
9. Por último, pero no menos importante, garantizar que la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona trabajará en el desarrollo de procesos que le permitan continuar su camino con miras a postularse a acreditación de calidad en 2030.

Como se ha mencionado en otras oportunidades, este no es un camino que pueda transitarse solos. Se requiere del concurso, del apoyo, de la Junta Directiva, del direccionamiento de la entidad territorial y del Gobierno Nacional para poder disponer de los recursos necesarios y recorrer el camino desde el punto en que se encuentra hoy, a la meta que se ha trazado la institución hospitalaria.

Importante registrar que, el presente documento hace parte integral del Plan de Gestión 2024 – 2027 aprobado por la Junta Directiva, retoma las situaciones que se plantearon en el mismo como metas, las complementa con algunas otras y las presenta en conjunto en el desarrollo de los Planes Operativos Anuales.

OBJETIVOS

A. General

1. Disponer de un instrumento técnico, referente del proceso de planeación de la empresa social del estado, que se constituya en referente para el desarrollo de acciones tendientes a garantizar una eficiente y efectiva prestación de servicios de salud a la comunidad residente en el Nodo de Red Sur (área de influencia de la ESE), con miras a contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

B. Específicos

1. Cumplir con los requerimientos de la norma respecto de disponer de un Plan de Desarrollo Institucional, aprobado por la Junta Directiva.
2. Descripción general del entorno y de factores institucionales condicionantes.
3. Disponer de un análisis estratégico actualizado para proponer las estrategias que permitan el mejor aprovechamiento de las situaciones positivas y el control de aquellas que requieran mejoramiento.
4. Plantear los proyectos necesarios para garantizar que la empresa social del estado tendrá auto sostenibilidad y el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud.
5. Desarrollar estrategias de intervención tendientes a mejorar las condiciones del ambiente laboral y el desarrollo integral de sus colaboradores.

MARCO LEGAL

El recuento de la normatividad existente permite identificar una serie de referentes legales sobre la temática en referencia, a saber:

1. Ley Orgánica de Planeación (152 de 1994). Artículo 2º.- Ámbito de aplicación.” La Ley Orgánica del Plan de Desarrollo se aplicará a la Nación, las entidades territoriales y los organismos públicos de todo orden”.
2. Decreto 1876 de 1.994. Artículo 24º.-Plan de desarrollo. “Las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo, de conformidad con la ley y los reglamentos”.
3. Decreto 139 de 1.996. Artículo 4, inciso 8. “Presentar para aprobación de la Junta Directiva el plan trianual, los programas anuales de desarrollo de la entidad y el presupuesto prospectivo, de acuerdo con la Ley Orgánica de Presupuesto y sus normas reglamentarias”.
4. Resolución 710 de 2012, Ministerio de Salud y la Protección Social, Anexo Técnico N° 2, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO TERRITORIAL

El Establecimiento público Hospital San Juan de Dios – Pamplona fue transformado en Empresa Social del estado mediante Ordenanza 060 de 1.995 de la Asamblea de Norte de Santander.

La empresa social del estado es una institución prestadora de servicios de salud de baja y mediana complejidad, de segundo nivel de atención, conformada por las IPS públicas de los municipios de Cácuta, Cucutilla, Chitagá, Mutiscua, Pamplona, Pamplonita, Silos, pero con área de influencia, en cuanto a servicios de mediana complejidad, en los municipios que conforman la ESE Hospital Regional Sur Oriental, a saber, Bochalema, Chinácota, Durania, Labateca Ragonvalia y Toledo, además de la ESE Joaquín Emiro Escobar del municipio de Herrán. En total son 14 entidades territoriales que, dentro del esquema de nodos de red del sector salud, conforman el nodo Sur, con sede en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

Imagen 1: Mapa de los municipios del área de influencia de la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona.



Fuente: Documento de Red de prestadores públicos de servicios de salud, Norte de Santander 2019

Imagen 2: Mapa de Municipios que conforman el NODO DE RED SUR.



Fuente: Documento de Red de prestadores públicos de servicios de salud, Norte de Santander 2019

1.1. Extensión Territorial

Con referencia a la extensión territorial de los seis municipios que la conforman, solo representan un 13,03% de la extensión del departamento. Sin embargo, si se toma en cuenta toda el área de influencia (Nodo de Red Sur), abarca un 24,84% del departamento.

Tabla 1 : Extensión territorial de municipios área de influencia de la ESE HSJDD, 2023

Municipio	Ext - kms	% Participación
Cacota	139,84	4,96
Chitaga	1.200	42,53
Cucutilla	373	13,22
Mutiscua	159,7	5,66
Pamplona	399,41	14,16
Pamplonita	173,48	6,15
Silos	376	13,33
Total.	2.821,43	

Fuente: ASIS 2023

Al igual que son múltiples los municipios que conforman la empresa social del estado, también están presentes diversidad de aspectos culturales, económicos, políticos, etc, con amplia presencia de problemática social y multiplicidad de actores, inclusive, en algunos municipios, actores armados ilegales que, al amparo de la situación geoestratégica de la región, desarrollan sus actividades, las cuales se ven facilitadas por la zona de frontera existente con Venezuela, con la consecuente carga de dificultades de orden público, violencia, etc, aun cuando no tan marcada como en otras regiones del departamento.

Dos de los municipios del Nodo de Red Sur hacen parte de la zona fronteriza con Venezuela (Ragonvalia y Herrán). La totalidad de la región posee una vocación hacia la agricultura y se ha constituido en despensa no solo de Norte de Santander, sino también de algunos municipios de Santander.

1.2. Temperatura media

La temperatura observada al interior de estos municipios en general es inferior a 20°C, pero presenta oscilaciones pudiéndose encontrar fluctuaciones entre uno y otro ente territorial. En general, la población disfruta de un clima bastante agradable, propicio para el desarrollo de actividades agrícolas y pecuarias que convierten la zona en una reserva para la producción de diversidad de alimentos.

Tabla 2: Temperatura media en municipios área influencia

Temperatura media en municipios área influencia	
Municipio	Urbano
Cácota	17°C
Chitagá	16°C
Cucutilla	21°C
Mutiscua	14°C
Pamplona	15°C
Pamplonita	15°C
Silos	12°C

Fuente: ASIS 2023

1.3. Factores de Riesgo

En cuanto a presencia de factores de riesgo se detecta que están relacionados con sismos, remoción en masa, inundaciones, incendios, erosión y contaminación. La presencia de violencia y desplazamiento solo se identifica al interior Chitagá y Cucutilla. Todos los anteriores son condicionantes del estado de salud de la población y afectan las comunidades de manera significativa cuando se presentan.

Tabla 3: Presencia de factores de riesgo en municipios área de influencia de la ESE HSJDD, 2023

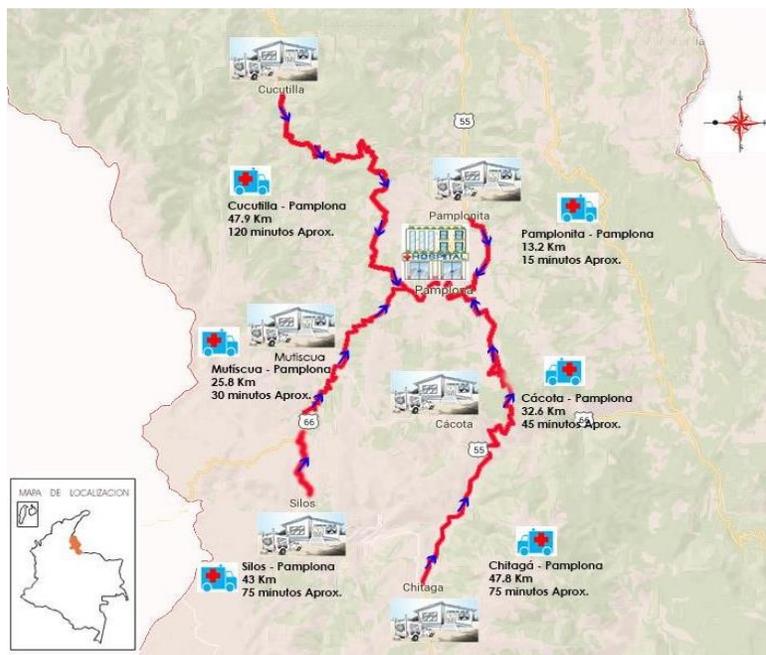
Factor riesgo	Cácota	Chitagá	Cucutilla	Mutiscua	Pamplona	Pamplonita	Silos
Sismo	X	X	X	X	X	X	X
Remoción en masa	X	X	X	X	X	X	X
Inundaciones	X	X	X	X	X	X	X
Incendios	X	X	X	X	X	X	X
Deslizamientos	X	X	X	X	X	X	X
Erosión		X	X	X	X	X	X
Contaminación	X	X	X	X	X	X	X
Violencia	X	X	X		X	X	
Desplazamiento.	X	X	X				

Fuente: ASIS 2023

1.4. Distancia a la capital del Departamento

Respecto de la distancia que existe de estas entidades territoriales a la ciudad capital del departamento, las más cercanas a ella son Pamplonita y Pamplona. Los demás municipios deben hacer tránsito primero a Pamplona, para luego desplazarse a Cúcuta, pues ninguno de ellos posee transporte directo a la capital del departamento.

Imagen 3: Distancia que existe entre entidades territoriales



Fuente: ASIS Municipales 2023

Tabla 4: Distancia a capital de Dpto, tiempo de traslado y tipo de transporte

Municipio	Distancia a capital en kms	Tiempo estimado	Distancia a Pamplona	Tipo de transporte
Cácota	108	2 horas 15 min	32,4	Terrestre
Chitagá	123	2 horas 30 min	47,8	Terrestre
Cucutilla	101	4 horas	47,9	Terrestre
Mutiscua	109	2 horas 45 minutos	25,8	Terrestre
Pamplona	75	1 hora 30 minutos		Terrestre
Pamplonita	64	1 hora 10 minutos	13,2	Terrestre
Silos	123	4 horas	43	Terrestre

Fuente: ASIS 2023

Si bien se ha avanzado en el mejoramiento del estado de las carreteras que unen los seis municipios con Pamplona, lo cierto es que, aun cuando la mayoría de ellas, con excepción de la vía a Cucutilla, están pavimentadas, el mantenimiento de las mismas es muy regular. Se requiere la intervención de la Gobernación de Norte de Santander en el mejoramiento de estas vías ya que las administraciones municipales no cuentan con los recursos para asumir dicho costo. Solo la vía Pamplona a Cúcuta y Pamplona a Bucaramanga está en buenas condiciones.

2. DINÁMICA DEMOGRÁFICA

La información, con referencia poblacional, que se presenta a continuación, tiene como fuente el censo de población y vivienda realizado por el DANE en 2018 y las proyecciones que realiza esa entidad a partir de los resultados observados.

Tabla 5: Población municipios área de influencia ESE Hospital San Juan De Dios – Pamplona, 2023.

Municipio	Población urbana	%	Población rural y CP	%	Total
Cácota	1.044	0,35	1.939	0,65	2.983
Chitagá	4.917	0,39	7.770	0,61	12.687
Cucutilla	1.725	0,20	6.950	0,80	8.675
Mutiscua	933	0,20	3.705	0,80	4.638
Pamplona	51.292	0,93	3.890	0,07	55.182
Pamplonita	1.300	0,22	4.630	0,78	5.930
Silos	1.036	0,15	5.665	0,85	6.701
Total	62.247	0,64	34.549	0,36	96.796

Fuente: Proyección de Población Censo 2018

Acorde con la proyección del DANE, para 2023 los siete municipios que conforman el área de influencia de la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona poseen una población de 62.247 habitantes, de los cuales, 64%) residen en la cabecera municipal y, el 36% restante en centros poblados o zona rural disperso. Sin embargo, residentes en Pamplona manifiestan que las cifras no corresponden con la realidad pues desconoce la gran cantidad de estudiantes universitarios provenientes de otras partes del país que no se registran en las cifras del DANE.

Con excepción de Pamplona, donde solo el 7% de la población corresponde a centros poblados o rural dispersa, en los demás municipios priman los residentes en el área rural, alcanzando porcentajes que fluctúan entre 61 y 85%.

Otra población que debe ser considerada en la estructuración de servicios de mediana complejidad de la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona, por ser parte del Nodo de Red Sur es la correspondientes a las ESE Sur Oriental, con área de influencia en seis municipios y, la ESE Joaquín Emiro Escobar de Herrán, ambas de baja complejidad.

Tabla 6: Población municipios complemento Nodo de RED Sur, 2023

Municipio	Población urbana	%	Población rural y CP	%	Total
Bochalema	3.430	0,38	5.626	0,62	9.056
Chinácota	12.536	0,65	6.771	0,35	19.307
Durania	2.448	0,50	2.478	0,50	4.926
Herrán	1.429	0,19	6.070	0,81	7.499
Labateca	1.839	0,27	4.890	0,73	6.729
Ragonvalia	3.203	0,49	3.286	0,51	6.489
Toledo	5.974	0,36	10.736	0,64	16.710
Total	30.859	0,44	39.857	0,56	70.716

Fuente: Proyección de Población Censo 2018

La población del área de influencia de la ESE Sur Oriental y de la ESE Joaquín E Escobar, que según proyección del DANE para 2023 alcanza las 70.716 personas, con un 44% residiendo en cabecera municipal y el resto (56%) en centro poblado o rural. Inclusive, la única entidad territorial que muestra un porcentaje considerable de personas residiendo en área urbana es Chinácota, con 65%. considerar

La totalidad de población objeto del Nodo de Red Sur asciende a 167.512 personas y un 55,58% se ubican en área urbana. Si partimos de la base que, con excepción de Pamplona, en los demás municipios solo se prestan servicios de salud de baja complejidad (en Chinácota se está atendiendo actualmente consulta de medicina interna) y promoción y prevención, la totalidad de población que los conforma, de alguna manera ve afectada su accesibilidad a los servicios de salud de mediana complejidad por razones geográficas, económicas y organizacionales, las cuales, debieran ser consideradas en la nueva estructuración de los servicios de salud. No obstante, dado que la sede de la ESE presenta una infraestructura que data de muchos años y que la dotación de equipo biomédico requiere de reposición porque la normativa

tanto en uno como en otro aspecto ha venido cambiando, es menester reflexionar y tener como prioritaria la intervención en primera instancia de la IPS de Pamplona y luego, en la medida en que se disponga de recursos, ir avanzando en las modificaciones de las IPS satélites, como es el caso del municipio de Cucutilla, donde ya cursa un proyecto para la construcción de una nueva IPS. Hoy en día se están levantando los planos para iniciar la estructuración de la propuesta de la construcción de una nueva sede de la ESE. De igual manera, tanto IDS y MSPS han suscrito actas de concertación de la capacidad instalada que se tendría en la nueva infraestructura.

Tabla 7: Población Municipios área de influencia de la ESE HSDJJ por sexo – Pamplona, 2023

Municipio	Hombres	%	Mujeres	%	Total
Cácota	1.602	53,70	1.381	46,30	2.983
Chitagá	6.593	51,97	6.094	48,03	12.687
Cucutilla	4.503	51,91	4.172	48,09	8.675
Mutiscua	2.386	51,45	2.252	48,55	4.638
Pamplona	26.449	47,93	28.733	52,07	55.182
Pamplonita	3.098	52,24	2.832	47,76	5.930
Silos	3.528	52,65	3.173	47,35	6.701
Total	48.159		48.637		96.796

Proyección de población DANE 2023.

La distribución por sexo en los siete municipios, muestra un comportamiento ligeramente diferente al resto del departamento, donde se evidencia un ligero predominio de las mujeres. En estas entidades territoriales los hombres representan el 49.75% de la población y las mujeres el 50.25% restantes. Es claro que la distribución se ve afectada por la población del municipio de Pamplona, entidad territorial que representa el 57% de la población de la Provincia y donde el 52% corresponde a mujeres..

Importante tener en cuenta que, con excepción de Pamplona, dado lo pequeños y de limitado desarrollo que son la gran mayoría de los municipios del área de influencia de la ESE HSJDD, su tendencia es a ser expulsores de población pues no tienen fuentes de empleodiferentes a las que facilita la Administración Municipal y faenas agrícolas que realizan al interior de sus parcelas, pues no disponen de infraestructura industrial de permita asumir la población en edad económicamente activa, lo cual obliga a buscar otros escenarios parasu desempeño laboral.

En cuanto a la distribución de población por ciclo vital, en general no muestra cambios significativos entre grupos en los distintos municipios, con excepción de Pamplona que registra hasta dos puntos porcentuales menos en los menores de 12 años respecto de lo observado en otras entidades territoriales. Es evidente el cambio en la estructura poblacional con la inversión de la pirámide que permite visualizar una pérdida de peso específico de los menores de 12 años, producto de menos nacimientos.

El grupo de 12 a 17 años es muy consistente en los siete municipios del área de influencia de la ESE. No sucede lo mismo cuando se observa el grupo de 14 a 25 años donde cinco municipios muestran frecuencias promedio de 22% y dos Mutiscua y

Pamplona se sitúan en extremos (16 y 30%, respectivamente).

Tabla 8: Proporción de la población por ciclo vital del municipio, 2023

Ciclo vital	Cácota	Cucutilla	Chitagá	Mutiscua	Pamplona	Pamplonita	Silos
	Frecuencia relativa						
Primera infancia (0 a 5 años)	10%	13%	11%	11%	8%	11%	11%
Infancia (6 a 11 años)	10%	12%	11%	10%	8%	10%	11%
Adolescencia (12 a 17 años)	11%	11%	10%	10.3%	11%	10%	10%
Juventud (14 a 26 años)	22%	22%	21%	16.5%	30%	20%	23%
Adultez (27 a 59 años)	35%	36%	35%	39%	33%	36%	33%
Persona mayor (60 años y más)	12%	6%	12%	13.2%	10%	13%	12%
Total población DANE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: DANE, Censo 2018, proyección 2023

Los adultos (27 a 59 años) fluctúan entre 33 y 39%. Las personas mayores de 59 años muestran % que oscilan entre 10 y 13% con excepción de Cucutilla donde la información solo registra 6%. Este último grupo poblacional viene ganando representación dentro del total de población, a expensas de los menores de cinco años.

En lo que corresponde a indicadores demográficos, se puede observar lo siguiente:

La tasa de crecimiento natural es variable al interior de las siete entidades territoriales, con una media de 4.84 y extremos que van desde 1.66 (Pamplonita) y 8.6 (Mutiscua). Lo anterior es “raro” en localidades que presentan un número de características muy similares. La tasa de crecimiento natural de estas entidades territoriales está por debajo de la observada para Norte de Santander (6,9) y la del país (6,35).

La tasa bruta de natalidad está por debajo de la que registra el Departamento (13,5) y de la del país (12,3). pero, muestra variaciones importantes entre uno y otro municipio donde las más elevadas corresponden a Silos, Chitagá, Pamplona y Mutiscua.

La tasa de mortalidad, en conjunto de estos municipios (5.48x 1000) es bastante similar a la del Norte de Santander pero inferior a la registrada en Colombia. Pamplonita representa la tasa más alta con 7.14

Tabla 9: Tasa de crecimiento natural, tasa bruta de natalidad y tasa de mortalidad.

Nombre Municipio	Tasa de crecimiento natural	Tasa bruta de natalidad	Tasa bruta de mortalidad
Cácota	3.92	9.14	5.22
Cucutilla	4.24	9.49	5.25
Chitagá	4.52	10.82	6.31
Mutiscua	8.16	12.45	4.29
Pamplona	6.8	10.3	4.4
Pamplonita	1.66	8.81	7.14
Silos	4.58	10,39	5,81

Fuente: ASIS municipales 2023. Estimación para tasas por 1000 habitantes.

2.1. Otros indicadores demográficos

Tabla 10: Indicadores demográficos por Municipio, 2023

Nombre	Índice de infancia	Índice de juventud	Índice de vejez	Índice de dependencia
Cácota	24	21	12	55
Chitagá	26	24	10	54.94
Cucutilla	33	27	7	58,69
Mutiscua	23	24	11	51
Pamplona	20	27	11	44
Pamplonita	24	21	14	60
Silos	26	23	10	55

Fuente. ASIS municipales 2023

El índice de infancia muestra extremos entre 20 (Pamplona) y 33 (Cucutilla) con una media de 25,14, muy similar al que corresponde al departamento (25).

El índice de juventud, registro que presenta la mayor regularidad, muestra oscilaciones entre 21 y 27, con una media de 23,85, levemente inferior al de Norte de Santander (25).

El índice de vejez presenta extremos de 7% (Cucutilla) y de 14% (Pamplonita), con una mediana de 10.71%, superior al 9% que registra Norte de Santander.

El índice de dependencia demográfico fluctúa en 44 (Pamplona) y 60 (Pamplonita) con mediana de 54.04%, superior al de Norte de Santander en 4 puntos porcentuales.

3. ASEGURAMIENTO

Tabla 11: Aseguramiento con corte Mayo 2024

Municipio	Contributivo	Exceptuados	Subsidiado	Total
Cácota	557	100	2.769	3.426
Chitagá	1.556	247	10.332	12.135
Cucutilla	1.601	541	6.790	8.932
Mutiscua	730	108	3.539	4.377
Pamplona	14.018	3.213	29.372	46.603
Pamplonita	1.543	322	4.206	6.071
Silos	974	141	5.211	6.326
Total	20.979	4.672	62.219	87.870

Fuente: Base de datos única de afiliados del MSPS

Si bien ha ido mejorando la cobertura en aseguramiento en salud de los municipios del área de influencia de la ESE Hospital San Juan de Dios, con una población total de 96.796 personas de los cuales solo 87.870 están afiliados a alguno de los regímenes del sistema general de seguridad social, el promedio de cobertura es de 90,78%. Es evidente que se está lejos, según estos datos, del promedio del Departamento que registra cifras de 98%.

Dentro del total de población afiliada al sistema de salud en cualesquiera de sus regímenes se identifican 3.470 migrantes, de los cuales 252 (7,26%) corresponden al régimen contributivo y el resto (3.218) al régimen subsidiado.

Tabla 11, Distribución por régimen de afiliación población migrante.

Municipio	Total Contributivo	Total Subsidiado	Total
Cácota	3	107	110
Chitagá	2	76	78
Cucutilla	2	76	78
Mutiscua	12	436	448
Pamplona	201	2.090	2.291
Pamplonita	26	152	178
Silos	6	281	287
Total	252	3.218	3.470

Fuente: Base de datos única de afiliados del MSPS

En la población migrante afiliada se identifican personas con pasaporte, cédula de extranjería, salvoconducto, permiso especial de permanencia y permiso de protección temporal.

4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

4.1. ANÁLISIS DE MORBILIDAD

4.1.1. Causas de consulta externa.

La demanda de atención médica por consulta externa en la vigencia 2023, es bastante variada y abarca diferentes sistemas.

Tabla12: Causas de consulta externa Hospital San Juan de Dios Pamplona 2023

Descripción Causa / Diagnóstico	Primera Inf. 0-5 Años		Infancia 6 -11 Años		Adolescencia 12-17 Años		Juventud 18-28 años		Adulthood 29-59 años		Vejez 60 años y más		Total Por Sexo		Total
	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	173	178	77	78	41	37	23	45	34	149	27	29	375	516	891
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	0	5	8	1	2	11	13	55	21	414	24	145	68	631	699
EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO	15	1	11	10	4	27	49	69	135	165	47	27	261	299	560
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	13	3	31	58	71	155	30	59	145	275	420
INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	3	20	0	31	2	13	2	48	16	163	19	76	42	351	393
VAGINITIS VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	0	0	0	5	0	16	0	168	0	140	0	6	0	335	335
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	1	3	2	24	79	77	113	104	195	299
GASTRITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	7	7	17	41	107	37	68	86	199	285
INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	0	0	0	0	0	0	0	10	14	160	14	70	28	240	268
GASTRITIS NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	3	6	13	31	40	91	21	47	77	176	253
TOTAL	191	204	96	126	66	121	141	503	396	1623	296	640	1186	3217	4403

Fuente: Informe Hospital San Juan de Dios Pamplona 2023

En primer lugar, aparece la rinofaringitis aguda, resfriado común que, de acuerdo a los RIPS institucionales se observó más en mujeres (58%). Teniendo en cuenta la temperatura imperante en los municipios del área de influencia de la ESE, pareciera ser algo “normal”.

El segundo puesto fue ocupado por el hipotiroidismo no especificado. El hipotiroidismo es una condición médica en la que la glándula tiroides produce menos hormonas de lo normal. Estas hormonas regulan el metabolismo del cuerpo (convirtiendo los alimentos en energía y regulando el crecimiento de las células). Esta condición médica puede ser congénita (es decir, estar presente desde el nacimiento) o aparecer más adelante en la vida como resultado de un daño en la tiroides o de problemas de salud que producen inflamación o infección en esa glándula. En este caso, conforme el dx se refiere a algo no especificado,

no se conoce por cual situación puede estar originada. Lo que sí es evidente es que de las 699 consultas registradas por esta causa, el 90,27% corresponden a personas de sexo femenino.

En tercer lugar, se sitúa la epilepsia, que corresponde a una patología del sistema nervioso. Bajo la calificación de epilepsia en el CIE10 aparecen más de 30 diagnósticos. El registro de la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona hace referencia a una condición no especificada. Es decir, no se ha podido clasificar si corresponde a una epilepsia idiopática, parcial o a un síndrome epiléptico, entre otros.

En el cuarto puesto aparecen las infecciones de vías urinarias, sitio no especificado. Como se puede observar, nuevamente aparece el diagnóstico acompañado del componente “no especificado”, que es una condición que se puede presentar en cualquier parte del sistema urinario (riñones, uréteres, vejiga y uretra). La gran mayoría de las infecciones afectan las vías urinarias inferiores (la vejiga y la uretra). El 89,3% de los eventos corresponden a género femenino.

La quinta ubicación correspondió a la “vaginitis, vulvitis o vulvovaginitis se define como la inflamación del tracto genital femenino bajo. En alrededor del 90% de las mujeres afectadas, la vaginitis se debe a uno de estos tipos de infección:

- La vaginosis bacteriana (BV por sus siglas en inglés) es la infección vaginal más común en las mujeres en edad reproductiva. Ocurre cuando hay demasiada bacteria nociva (mala) y poca bacteria protectora (buena) en la vagina.³
- La infección por cándida u "hongos" ocurre cuando hay demasiada cándida en la vagina. La cándida es una levadura, un tipo de hongo con frecuencia presente en la vagina.
- Tricomoniasis. La tricomoniasis es una enfermedad de transmisión sexual causada por un parásito unicelular denominado tricomonas vaginalis. En las mujeres, la tricomoniasis puede provocar secreción vaginal con mal olor, picazón genital y micción dolorosa. Los hombres que tienen tricomoniasis, por lo general, no tienen síntomas

4.1.2. Causas por consulta de urgencias

Las tres primeras causas de consulta médica por el servicio de urgencias están relacionadas con el sistema respiratorio (amigdalitis sitio no especificado, infección aguda de vías respiratorias superiores y rinofaringitis aguda) y, representan el 57,3% del total de las diez primeras causas de consulta en este servicio. La distribución de los casos, por sexo no presenta diferencias significativas, pero prevalece la demanda en las mujeres.

En cuarto lugar, como “cuña” se sitúa la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, donde se observa que aproximadamente dos terceras partes de los casos corresponden a género femenino.

El quinto puesto, donde se ubica la infección aguda de vías respiratorias inferiores, donde casi el 70% corresponde a demanda de atención en mujeres.

Tabla 12: Causas de consulta de urgencias Hospital San Juan de Dios Pamplona 2023

Descripción Causa / Diagnóstico	Primera Inf. 0-5 Años		Infancia 6 -11 Años		Adolescencia 12-17 Años		Juventud 18-28 años		Adulthood 29-59 años		Vejez 60 años y más		Total Por Sexo		
	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Total
AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	377	348	202	209	125	130	226	260	202	213	13	25	1145	1185	2330
INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES NO ESPECIFICADA	240	231	123	111	79	89	221	238	247	335	35	74	945	1078	2023
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	197	203	120	87	57	94	168	219	246	294	50	59	838	956	1794
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	158	134	61	59	50	64	176	251	260	271	63	102	768	881	1649
INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	163	117	56	42	19	13	35	44	95	102	127	125	495	443	938
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	1	0	1	5	14	21	112	117	242	187	70	72	440	402	842
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	2	1	14	57	112	79	136	137	264	401
INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	13	15	5	11	1	13	15	79	33	74	59	59	126	251	377
HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	1	0	1	2	10	0	49	18	67	34	13	4	141	58	199
LUMBAGO CON CIATICA	0	0	0	0	0	1	7	9	64	52	15	19	86	81	167
TOTAL	1150	1048	569	526	355	427	1010	1249	1513	1674	524	675	5121	5599	10720

Fuente: Informe Hospital San Juan de Dios Pamplona 2023

4.1.3. Causas por odontología

En cuanto corresponde a la demanda de atención por odontología, el primer lugar es ocupado por caries de la dentina, con un 49,2% de las consultas por las diez primeras causas. Le sigue, de lejos, el síndrome de la erupción dentaria y, en tercer lugar, con una participación muy limitada, aparece el absceso periapical sin fístula.

El resto de las causas (siete a diez) no son representativas en cuanto a cantidad de demanda.

El registro permite observar que, el 55,4% de la demanda de consulta en odontología (diez primeras causas) corresponde a género femenino.

Tabla 13: Causas de consulta de odontología Hospital San Juan de Dios Pamplona 2023

Descripción Causa / Diagnóstico	Primera Inf. 0-5 Años		Infancia 6 -11 Años		Adolescencia 12-17 Años		Juventud 18-28 años		Adultez 29-59 años		Vejez 60 años y más		Total Por Sexo		Total
	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	
CARIES DE LA DENTINA	7	5	30	17	3	15	4	15	24	47	8	7	76	106	182
SINDROME DE LA ERUPCION DENTARIA	24	30	13	11	9	9	1	1	0	2	0	1	47	54	101
ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	1	0	0	0	0	0	8	0	6	11	3	1	18	12	30
INFECCION LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	6	2	8	3	0	5	14	19
DEPOSITOS (ACRECIONES) EN LOS DIENTES	0	0	0	0	1	2	1	2	1	2	2	1	5	7	12
OTRAS ENFERMEADES PERIODONTALES	1	0	0	0	0	0	1	0	5	1	0	0	7	1	8
FRACTURA DE LOS DIENTES	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	0	0	2	4	6
PERIODONTITIS CRONICA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	3	1	4
RETRACCION GINGIVAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	3	4
OTRAS CARIES DENTALES	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2
TOTAL	33	35	43	28	13	27	16	26	41	76	18	12	164	204	368

Fuente: Informe Hospital San Juan de Dios Pamplona 2023

4.1.4. Causas por egreso hospitalario

Las diez primeras causas de egreso hospitalario presentan la siguiente distribución.

El primer puesto lo ocupan las infecciones de vías urinarias, sitio no especificado, con un 22,76% del total de los egresos de las diez primeras causas. No presenta diferencias entre hombre y mujer.

En segundo lugar, se ubica la infección aguda de vías respiratorias inferiores con 22,55%. Casi 56 de cada 100 egresos por esta causa se originan en mujeres. Llama la atención que, en conjunto, las dos primeras causas de egreso abarcan el 45,3 de las diez primeras causas de egreso.

La apendicitis aguda aparece en tercer lugar dentro de las diez primeras causas de egreso, con un registro de 180 casos atendidos. Sin diferencia significativa entre géneros

La observación en diferentes vigencias permite registrar que estas tres primeras causas aparecen a lo largo de las mismas como aquellas de mayor contribución a los egresos en la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona.

Las cinco causas de egreso situadas en los puestos seis a diez solo representan una cuarta parte de los egresos correspondientes a las 10 primeras causas.

Tabla 14: Causas por egreso hospitalario Hospital San Juan de Dios Pamplona 2023

Descripción Causa / Diagnóstico	Primera Inf. 0-5 Años		Infancia 6 -11 Años		Adolescencia 12-17 Años		Juventud 18-28 años		Adulthood 29-59 años		Vejez 60 años y más		Total Por Sexo		
	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Total
INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	25	23	5	15	1	5	9	25	47	31	76	61	163	160	323
INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	59	52	14	10	4	0	7	2	30	16	64	62	178	142	320
APENDICITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	13	15	38	34	39	35	2	4	92	88	180
ICTERICIA NEONATAL NO ESPECIFICADA	71	64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	71	64	135
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	15	22	7	5	3	0	0	5	2	6	9	22	36	60	96
INFECCION LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO NO ESPECIFICADA	1	3	5	1	5	5	3	3	15	9	15	8	44	29	73
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO NO ESPECIFICADA	26	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	43	69
CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	2	1	1	1	1	0	16	6	31	18	21	21	72	47	119
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	0	1	0	1	0	0	1	0	4	7	27	12	32	21	53
NEUMONIA NO ESPECIFICADA	1	5	1	1	0	0	3	1	8	4	14	13	27	24	51
TOTAL	200	214	33	34	27	25	77	76	176	126	228	203	741	678	1419

Fuente: Informe Hospital San Juan de Dios Pamplona 2023

4.2. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD

La fuente para el análisis de la mortalidad corresponde a los Análisis de Situación de Salud 2023 de los municipios del área de influencia de la empresa social del estado Hospital San Juan de Dios. En este sentido se tomó literalmente el análisis llevado a cabo por las Coordinaciones de Salud Pública de cada entidad territorial a partir de la consideración de que el trabajo realizado por las mismas es consistente y llevado a cabo con las herramientas técnicas que el Ministerio de Salud y la Protección Social ha dispuesto para apoyar la elaboración de los ASIS. Así las cosas, quien desee profundizar respecto de este ítem debe hacer una revisión de los documentos en referencia.

4.2.1 Mortalidad general

4.2.1.1. Pamplona

“Para el análisis de mortalidad de Pamplona se tomaron como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Este análisis está desagregado por cada quinquenio y sexo en el periodo comprendido del 2005 al año disponible (2022). El análisis de mortalidad general por grandes causas se hizo por la estimación y ajuste de tasa por edad según el método directo.

Analizando las causas de muerte por grandes causas para la población total en el municipio de Pamplona, entre 2006 a 2021, se observa que la principal causa fueron las enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de 157,27 por cada 100.000 Hab. registrando el pico más alto en el 2015 con una tasa de 199,3 x 100.000 hab. Evidenciando además aumento para el último año.

Las Demás Causas ocupan el segundo lugar, con una tasa 98,73 por cada 100.000 Habitantes, registrando un aumento con respecto al 2020; el pico más alto de esta causa se registra en el año 2018 con 167,5 por cada 100.000 Habitantes.

Así mismo las Neoplasias se presentan como la tercera gran causa con una tasa de 73,13 por cada 100.000 Habitantes. Para la vigencia 2021, presentó una disminución en comparación con el 2020, el pico más alto para este grupo fue en 2010 con un valor de 123,6 por cada 100.000 habitantes.

4.2.1.2. Cácuta

Para la población de Cácuta, la principal causa de mortalidad son las causas externas (Accidentes por transporte terrestre) con una tasa de 1740,4 muertes por cada 100.000 habitantes para 2021, con una tendencia al aumento.

Las neoplasias ocupan el segundo lugar en el ranking teniendo para el 2021 tasa de 128,73 muertes por cada 100.000 habitantes y configurando como principal subcausa el tumor maligno de estómago registrando un aumento para el periodo de análisis. Esta situación está relacionada con hábitos alimentarios.

Las enfermedades transmisibles se ubican el tercer lugar de importancia siendo de 56,66 muertes por cada 100.000 habitantes, teniendo que la subcausa con mayor tasa es la de Infecciones respiratorias agudas con aumento para el 2021.

4.2.1.3. Cucutilla

Las muertes en el municipio de Cucutilla, a nivel general, estuvieron relacionadas con causas tales como las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de las neoplasias; estas, aunque presentan indicadores variables en el tiempo, algunas vigencias con tendencia al aumento y otras al descenso, se siguen manteniendo en los primeros lugares de priorización.

La mayor carga de la mortalidad para la población general del municipio, se le atribuye a las enfermedades del sistema circulatorio, tendiente al aumento, y dentro del subgrupo de las mismas están las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas, que evidencian que la población no posee hábitos de estilo saludable, lo que incrementa los diferentes factores de riesgo que propician los decesos por estas patologías, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad y las dietas bajas en vegetales, sumado a esto las enfermedades del siglo XX como el estrés, las condiciones socioeconómicas, la aparición de enfermedades mentales como la depresión hacen que a futuro el Municipio continúe con tasas de mortalidad por esta condición.

En este contexto, es necesario propiciar una cultura de autocuidado, orientando a la implementación de estilos saludables, adherencia a tratamientos médicos y a conocer el riesgo que conlleva el padecer enfermedades cardiovasculares; para el ente territorial es importante el cuidado de su población, por lo cual es necesario la implementación de estrategias de seguimientos a EPS que permitan evidenciar la eficacia de la atención de personas con enfermedades crónicas y la administración de los tratamientos correspondientes. De igual forma, el fortalecimiento de la educación con estrategias innovadoras, que permitan sensibilizar a la comunidad sobre factores protectores.

En el caso de Cucutilla, en la zona rural, como en la mayoría de municipios, la población cocina aún con leña, un factor de alto riesgo que hace propensas a las poblaciones vulnerables a padecer infecciones respiratorias, aunado a esta el humo del tabaco, la contaminación ambiental y la exposición a alérgenos como el polvo aumenta la probabilidad de sufrir esta afección y con el tiempo fallecer por complicaciones como las EPOC.

4.2.1.4. Chitagá

Las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de mortalidad en el municipio de Chitagá para el año 2020 con tasa de 145 x 100.000 habitantes, y su principal subcausa son las enfermedades isquémicas del corazón con tasa de 75 por cada 100.000 habitantes. Las demás causas por orden de lista ocupan el segundo lugar de mortalidad general analizado el año 2020 con tasa de 122 x 100.000 habitantes, mostrando aumento para este último año. Es seguida por las neoplasias que han registrado comportamiento variable, con el pico más alto en el año 2019, y siendo para 2020 la tasa de 83 x 100.000 habitantes.

4.2.1.5. Mutiscua

Para el año analizado, que corresponde a 2021, el grupo de causas que presentan mayor tasa de mortalidad en el municipio de Mutiscua fueron: En primer lugar, las enfermedades del sistema circulatorio, con tendencias al aumento desde el año 2019 con tasa de mortalidad de 167 por cada 100.000 habitantes. En segundo puesto, las demás causas mostrando una tendencia a disminuir desde el 2018 al 2020, pasando de una tasa ajustada de 216 para el 2018 a 81 fallecimientos por cada 100.000 habitantes en el 2020, El tercer escaño es ocupado por las neoplasias teniendo una tendencia a disminuir entre las vigencias 2019 al 2020 pasando de una tasa de 101 a 44 fallecimientos por cada 100.000 habitantes para el año 2020.

4.2.1.6. Pamplonita

Para la vigencia 2021 las neoplasias se ubican en primer lugar denotando una tasa de 2160,79 por 100.000 habitantes mostrando un aumento en el indicador respecto al 2020 con una tasa de 1888,08 por 100.000 habitantes.

Las enfermedades del sistema circulatorio se ubican en segundo lugar como causa de mortalidad para el año 2021 con una tasa de 1314,9 x cada 100.000 habitantes, además mostrando una disminución en el indicador con respecto al 2020; en tercer puesto se identifican las demás causas que presentan una tasa 1245,2 por 100.000 habitantes mostrando un aumento significativo respecto al año 2020.

4.2.1.7. Silos

Las causas específicas de mortalidad en el total de la población de Silos han presentado un comportamiento variable durante el periodo 2005 a 2021, siendo la primera causa de mortalidad las enfermedades sistema circulatorio con una tasa ajustada de 157 casos por 100.000 habitantes con marcada tendencia al aumento para el año 2021, seguidas por las demás causas con una tasa ajustada de 139 casos por 100.000 habitantes y las neoplasias aparecen en tercer lugar con una tasa ajustada de 106 casos por 100.000 habitantes, sin diferencias con el año anterior al periodo evaluado.

4.2.2. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67

4.2.2.1. Pamplona

El aporte de AVPP para el municipio de Pamplona para el 2021 se atribuye principalmente a las enfermedades del sistema circulatorio con 1203 AVPP, siendo el valor más alto registrado en el periodo 2006-2021. En el año 2021 aparecen en segundo lugar las Demas causas con un 1039 AVPP disminuyendo respecto al 2020; registrando su pico más alto en el 2012 con 1502 AVPP.

4.2.2.2. Cácuta

El aporte de AVPP para Cácuta en el 2021, en la población total, es atribuible principalmente a las causas externas, con 263,2 AVPP, siendo este el valor más alto registrado en el periodo 2007-2021. Como segunda causa se registran las enfermedades del sistema circulatorio 95,6 AVPP aumentando respecto al presentado en 2020; registrando su pico más alto en el 208 con 62,1 AVPP.

En tercer lugar, se ubican las demás causas, las cuales muestran aumento para el último año, registrando una tasa de 53 AVPP, habiéndose reflejado el valor más alto en 2019 con 106 AVPP.

4.2.2.3. Cucutilla

Al interior del documento ASIS 2023 de esta entidad territorial no se identifica ningún componente orientado al análisis de los años de vida potencialmente perdidos.

4.2.2.4. Chitagá

Al analizar los años de vida potencialmente perdidos, se puede concluir que las demás causas son el principal grupo de causas que contribuyen a la mortalidad prematura en el municipio de Chitagá; para el 2020 aportaron 503 años de vida potencialmente perdidos, En segundo lugar se encuentran enfermedades relacionadas dentro del componente de Causas externas que, para 2020 aportaron un total de 429 años de vida potencialmente perdidos y, en tercer lugar se encuentran las enfermedades sistema circulatorio con 259 años.

4.2.2.5. Mutiscua

Al analizar los años de vida potencialmente perdidos, el principal grupo de causas que contribuyen a la mortalidad prematura en el municipio de Mutiscua fueron enfermedades del sistema circulatorio, Por ejemplo, para el año 2019 aportaron un total de 40% del total de los años de vida potencialmente perdidos. En segundo puesto, se ubican las neoplasias cuya AVPP para el año 2019 aporó 37% del total de años de vida potencialmente perdidos; En tercer lugar tenemos las causas externas con el 15% del total de años de vida potencialmente perdidos.

4.2.2.6. Pamplonita

Para el año 2021, en los años de vida potencialmente perdidos-AVPP, las Neoplasias ocupan el primer lugar registrando 130,18 años de vida potencialmente perdidos Seguido de las enfermedades transmisibles con 106,9 años de vida potencialmente perdidos, en tercer lugar, se ubica las afecciones del periodo perinatal con 82,3 años de vida potencialmente perdidos.

4.2.2.7. Silos

Al analizar los años de vida potencialmente perdidos, se puede concluir que las neoplasias que contribuyen a la mortalidad prematura en la población del municipio de Silos para los últimos años, para el 2021 aportaron un total de 148 años de vida potencialmente perdidos equivalente al 25%, con tendencia al aumento; como segundo grupo se identifican las causas externas aportando un total de 144 años de vida potencialmente perdidos; en tercer lugar se encuentran demás causas siendo para el 2021 de 122 años de vida potencialmente perdidos.

4.3. INTENSIDAD DE USO

Tabla 15: Intensidad de uso ESE HSJDD Pamplona 2022 - 2023

TOTAL 2022	CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL REALIZADAS	80288	33325	2.4
	CONSULTAS DE ODONTOLOGIA REALIZADAS	18209	17964	1

TOTAL 2023	CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL REALIZADAS	80033	24649	3,25
	CONSULTAS DE ODONTOLOGIA REALIZADAS	16379	16215	1

Fuente: RIPS de la ESE HSJDD 2022 y 2023.

La intensidad de uso, durante la vigencia 2022, en la consulta médica fue de 2,4, resultado que se considera razonable. No sucede lo mismo con el registro del año 2023 donde se observa un incremento de casi una consulta por usuario atendido. La entidad debe analizar si lo anterior es producto de un inadecuado registro pues no se evidencia incremento en el número total de consultas entre un año y otro.

En cuanto hace referencia a la consulta odontológica la intensidad de uso se mantiene en el mismo resultado entre 2022 y 2023.

4.4. EXTENSIÓN DE USO

Tabla 16. Extensión de Uso HSJDD – Pamplona 2022 - 2023

VIGENCIA	2022	2023
Consultas de primera vez	33.325	24.649
Población contratada	61.296	61.623
Extensión de Uso	0,544	0,400

Fuente: Elaboración propia

Con información proporcionada por la ESE se construyó la tabla para el cálculo de la extensión de uso. Dado que la empresa social del estado todo el primer nivel lo contrata por capitación, es indispensable tener este control pues, de presentarse una demanda superior al 60% la institución prestadora de servicios de salud podría verse incurso en una pérdida económica y por tanto, afectar sus indicadores financieros.

Los resultados observados señalan que, en 2022 54,4 de cada 100 usuarios contratados demandó atención en la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona. Lo observado es alto para los estándares nacionales que no superan el 45%. En 2023 el resultado arrojó que 40 de cada 100 usuarios contratados requirió atención en la empresa social el estado. Este comportamiento de 2023 es más compatible con lo registrado en otras IPS en el nivel nacional. La ESE debe monitorear este indicador e implementar acciones tendientes a moderar su comportamiento cuando observe que tiene tendencia a incrementarse.

5. ANÁLISIS DE LA ESE

La institución hospitalaria fue transformada en Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios – Pamplona a través de la Ordenanza 060 de 1995. Es decir, en 2024 cumplió 29 años funcionando como ESE.

Sin embargo, como institución hospitalaria lleva más de un centenar de años prestando servicios de salud a la comunidad. Inclusive, la infraestructura en la cual opera actualmente la empresa social del estado tiene más de setenta años de construcción y presenta diversidad de situaciones que no permiten su adecuación, razón por la cual, desde la gerencia anterior y con el apoyo de la Administración Departamental se viene trabajando en la estructuración de un proyecto que permita la construcción de la nueva sede de la empresa social del estado. Actualmente se cuenta con un avance que se relaciona, en primera instancia, con la concertación de la capacidad instalada con el MSPS y se esta trabajando en el levantamiento de los planos.

5.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

5.1.1. MISIÓN

La ESE San Juan de Dios de Pamplona es una IPS de mediana complejidad que presta servicios de salud eficientes, eficaces y de calidad, contribuyendo al mejoramiento del nivel de salud de la comunidad de su área de influencia, con sostenibilidad financiera, en beneficio de clientes, usuarios y proveedores, promoviendo el desarrollo científico a través de convenios docencia servicio e investigación.

5.1.2. VISIÓN

La ESE San Juan de Dios – Pamplona, en el año 2027 será una institución que presta servicios de salud con rentabilidad social y sostenibilidad financiera, proyectada a la acreditación en la vigencia 2030.

5.1.3. VALORES

- **Solidaridad:** es la adhesión circunstancial a la causa o a la empresa de otros. El término se utiliza en forma habitual para denominar una acción dadivosa o bienintencionada.
- **Tolerancia:** la tolerancia es la actitud que una persona tiene respecto a aquello que es diferente de sus valores y manifestando fidelidad hacia la Empresa en la familia, clientes, proveedores y comunidad en general.
- **Lealtad:** es una virtud que se desarrolla en la conciencia y que implica cumplir con un compromiso aún frente a circunstancias cambiantes o adversas.

- Respeto. Es un valor esencial. Significa valorar a los demás, acatar la autoridad y considerar su dignidad.
- Honestidad: actuamos con rectitud y sinceridad en todas las acciones, deberes y obligaciones hacia nuestros usuarios, clientes, proveedores y comunidad en general, imprimiendo un sentido de confianza, fiabilidad y transparencia en nuestro trabajo.
- Laboriosidad: hacer con cuidado y esmero las tareas, labores y deberes que son propios de nuestras circunstancias.
- Pertenencia: Propiedad o cosa que pertenece a una persona o a una entidad. Cumplimos nuestros deberes y obligaciones sintiéndonos parte la Empresa, sentido de pertenencia, que es la satisfacción de una persona al sentirse parte integrante de un grupo.

Con referencia a esta construcción de plataforma estratégica, la empresa social del estado debe avanzar en una nueva definición o una actualización de la misma, con la cual se aboque a trabajar durante el presente cuatrienio.

5.1.4. PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- Responsabilidad Social: conjunto integral de políticas y programas en salud mental aplicados con ética y sentido de pertenencia, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad, generando un impacto positivo a nivel social.
- Eficiencia en el Manejo de los Recursos: uso racional y equitativo de los recursos y medios logrando su optimización en el cumplimiento de la misión, visión, políticas y objetivos corporativos.
- Transparencia: la transparencia es la claridad que debe mostrar todo acto humano, por tanto, siempre se estará dispuesto a mostrar, sustentar y comunicar las actuaciones sin excusarse en la posición política, administrativa o ideológica para eludir responsabilidades. La transparencia acompaña todas las acciones reflejando con claridad e integridad los resultados ante la comunidad, usuarios, clientes y proveedores.
- Considerar al funcionario el Recurso más Valioso: formar a los funcionarios en temas de interés inherentes a sus obligaciones y deberes, buscando mantenerlos siempre competitivos en beneficio personal e institucional.
- Autogestión: Capacidad de la Entidad Pública para interrelacionar la Autorregulación y el Autocontrol a fin de establecer la forma más efectiva de ejecutar su función administrativa.
- Mejoramiento Continuo: Siempre es posible implementar maneras más prácticas y mejores para prestar el servicio en la entidad. Es fundamental que la mejora

continúa del desempeño global de las entidades sea un objetivo permanente para aumentar su eficacia, eficiencia y efectividad.

- Liderazgo: Los funcionarios líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la entidad. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual sus compañeros puedan llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la entidad.
- Objetividad. Actuar de manera independiente e imparcial, de manera que no se favorezca a una determinada persona o sector en particular, discriminando o perjudicando a los demás.

5.1.5. POLÍTICA DE CALIDAD

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios, tiene el compromiso de prestar los servicios de salud de forma integral y humanizada con profesionales idóneos, tecnología adecuada y teniendo en cuenta el mejoramiento continuo de Procesos, para garantizar la satisfacción de los usuarios y el cumplimiento de los requisitos legales.

5.1.6. OBJETIVOS DE CALIDAD

- Fortalecer el SIAU (sistema de información y atención al usuario) para brindar apoyo y asesoría al usuario desde su ingreso hasta el egreso.
- Fortalecer las relaciones interdisciplinarias y el trabajo en equipo en pro de la atención integral y humanizada de los usuarios.
- Salvaguardar desde el punto de vista legal y científico el ejercicio de profesionales técnicos y auxiliares colaboradores en la prestación de los servicios.
- Diseñar e implementar proceso de selección e inducción de personal que garanticen la idoneidad del recurso humano de la institución.
- Generar procesos y actividades de actualización y capacitación continua con el fin de mejorar la ejecución de los procedimientos a nivel clínico y administrativo.
- Gestionar recursos para inversión en dotación de tecnología adecuada a las necesidades de cada servicio.
- Establecer directrices para ejecución de mantenimiento preventivo a los equipos biomédicos que garanticen su funcionamiento adecuado, confiabilidad y oportunidad en el servicio.
- Diseñar e implementar el proceso de seguimiento y minimización a riesgos en la prestación de los servicios.

- Fomentar y desarrollar una cultura de mejoramiento continuo mediante la realización de actividades de control, seguimiento, evaluación y auditoría a los servicios de salud.
- Diseñar un plan de comunicaciones que permita la retroalimentación permanente con clientes externos e internos de la ESE Hospital San Juan de Dios y su área de influencia.
- Medición, análisis y acciones de mejoramiento para el cumplimiento de los estándares de habilitación.
- Propender siempre por el respeto a la dignidad y derechos de los usuarios.

5.1.7. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona promueve la implementación de estrategias que permitan una atención segura a sus usuarios con el fin de disminuir los factores de riesgo, prevenir complicaciones y evitar secuelas.

Relación con el direccionamiento estratégico

La política de seguridad del paciente se encuentra directamente relacionada con el objetivo estratégico número 1 del plan de desarrollo institucional: “Cumplir con los sistemas de control para el mejoramiento en la prestación de los servicios de Salud de la ESE Hospital San Juan de Dios”, debido a la importancia de las acciones seguras para la calidad en la atención.

Por otra parte, se encuentra relacionada con el objetivo estratégico número 5: “Desarrollar un plan de implementación de la imagen institucional de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona”, debido a que las acciones desarrolladas en la puesta en marcha de la política de seguridad del paciente, proporcionan al usuario un ambiente seguro durante la atención, mejorando la imagen institucional.

Propósito: Proporcionar al usuario y su familia un ambiente seguro para la atención en salud de manera que se minimicen los factores de riesgo asociados a la prestación del servicio.

Visión: En el 2027 la E.S.E. Hospital San Juan de Dios Pamplona estará en capacidad de brindar al usuario y su familia un ambiente seguro para la atención en salud con un mínimo de riesgos asociados a la prestación del servicio.

Valores

- Responsabilidad: Cumplimiento eficaz de compromisos, tareas y funciones asignadas, aplicando las barreras de seguridad diseñadas siempre y en el momento indicado.

- Solidaridad: Brindar atención u ofrecer apoyo a situaciones procurando la seguridad del paciente.
- Trabajo en equipo: Desarrollar compromiso común y fijar objetivos y expectativas colectivamente para la aplicación de la política de seguridad del paciente.
- Comunicación: Entendimiento y direccionamiento positivo de los equipos o grupos de trabajo para la aplicación de las barreras de seguridad.
- Calidad: Satisfacción de las necesidades de los usuarios, de conformidad con la normatividad vigente, y mejoramiento continuo de los procesos, dentro de un ambiente seguro para la atención en salud.
- Enfoque de atención centrado en el usuario: Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- Cultura de seguridad: El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud: La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, es transversal a todos sus componentes.
- Validez: Para impactar al paciente se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- Alianza con el paciente y su familia: La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- Alianza con el profesional de la salud: La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos, por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.
- Multicausalidad: El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- Justicia: La ocurrencia de eventos adversos es considerada como oportunidad de mejora para la institución, no para la aplicación de sanciones.

5.2. CAPACIDAD INSTALADA

A continuación, se hace un detalle de los aspectos que se ha considerado de mayor relevancia dentro del análisis de la capacidad instalada de la empresa social del estado.

Tabla 16: Capacidad instalada HSJDD, 2023

Recurso	Cantidad
Camas de hospitalización	50
Camas de observación	31
Consultorios de consulta externa	50
Consultorios en el servicio de urgencias	9
Salas de quirófanos	1
Mesas de partos	2
Número de unidades de odontología	9

Fuente: SIHO 2023

La presente es la capacidad instalada con que se trabaja actualmente. Pero, como ya se mencionó, existe un acta de concertación de capacidad instalada suscrita con el Ministerio de Salud y la Protección Social para cuando se disponga de la nueva infraestructura. En ella se tuvo en cuenta que se requiere de un desarrollo de nuevos servicios y la ampliación de otros con miras a responder con oportunidad y suficiencia a la demanda de atenciones por parte de la comunidad.

5.3. CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO

La ESE Hospital San Juan de Dios Pamplona, de acuerdo con la Resolución 980 de 2024 del Ministerio de Salud y la Protección Social fue calificada como sin riesgo fiscal y financiero. Esta situación se ha mantenido a lo largo de diferentes vigencias y habla de la responsabilidad con que se asumió, por parte de las gerencias anteriores la custodia financiera y fiscal de la entidad.

Imagen 6: Categorización del riesgo ESE HSJDD 2024

Continuación de la resolución “Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2024 y se dictan otras disposiciones”

Anexo Técnico No. 2

Empresas Sociales del Estado que hacen parte del documento “Estado de las Empresas Sociales del Estado remitidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público durante la vigencia 2021, 2022 y 2023, que presentaron incumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero” remitido por la Superintendencia Nacional de Salud o que se encuentra en medida de vigilancia especial o de intervención forzosa administrativa para administrar por parte de dicha Superintendencia, que no son objeto de categorización

Departamento	Municipio	Nombre	
Norte de Santander	PAMPLONA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA	Sin riesgo

Fuente: Resolución 980 de 30 de mayo de 2024

5.4. OTROS ASPECTOS DEL ÁREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.

5.4.1. CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La ESE San Juan de Dios – Pamplona, acorde con lo estipulado en el documento de red aprobado por el Ministerio de Salud y la Protección Social en 2019 (última versión aprobada), es sede del nodo de red Sur del departamento y ello debiera tenerse como un referente de contratación.

Actualmente la contratación de prestación de servicios de la ESE, con los diferentes pagadores, se da bajo dos formas: La primera de ellas, referida a la prestación de servicios de baja complejidad, se realiza por cápita y corresponde, principalmente, a las acciones que se ejecutan en las IPS Satélites de la ESE y en la Sede de la entidad.

La base de datos del MSPS reporta 87.870 afiliados a los diferentes regímenes, entre ellos 62.219 que corresponden al subsidiado, con corte a marzo de 2024, de los cuales la empresa social del estado Hospital San Juan de Dios – Pamplona manifiesta que tiene contratados 61.564, que representan el 70,16% del gran total o el 99,1% de los subsidiados. Se evidencia entonces que, la atención en salud de un número superior a 16.000 personas afiliadas al sistema de salud, en cualquiera de los regímenes, que residen en los municipios del área de influencia de la ESE, no está siendo contratado con la institución objeto de análisis. Si a la fecha de elaboración del presente documento prácticamente se poseía el monopolio de la atención, surge la duda de, ¿adónde se están atendiendo estas personas...? Que, mal contados, representarían ingresos de aproximadamente \$ 4 mil millones de pesos en cada vigencia, solo con prestarles servicios de baja complejidad. Es evidente que la Gerencia de la entidad debe hacer una labor al interior de las entidades

territoriales para que las mismas identifiquen, en cumplimiento de sus competencias de Ley 715, qué es lo que está sucediendo. Por su parte, la empresa social del estado, única IPS al interior de seis de los siete municipios, debe fortalecer su oferta con miras a buscar que la gran mayoría de estas personas, si no la totalidad, sean atendidas dentro de la red, bajo una premisa: mejores servicios de salud para la comunidad, con orientación a la rentabilidad social y más ingresos para la institución prestadora de servicios de salud que, perfectamente pueden apalancar el desarrollo de otros servicios.

La segunda, que corresponde a la consulta especializada, atención de urgencias, la hospitalización y las cirugías y servicios conexos, actividades que se llevan cabo en la IPS sede de la entidad, se realiza bajo la modalidad de evento. Aquí es necesario dejar claro que, si no se dispone de un sistema de costos o el mismo no está implementado, la institución no sabe cuánto le cuesta una actividad y puede estar trabajando a pérdida al estar contratando con profesionales sobre cuya productividad no existe ningún análisis. Indispensable considerar esta situación dentro de la propuesta de metas.

De otra parte, la entidad puede estar ofertando servicios que solo se contratan con un asegurador, lo cual a la postre podría llevar a que sea mayor el costo de la prestación que el recaudo que se genera, influyendo en el déficit de la entidad. Estos servicios, si bien son importantes para la comunidad, requieren para su mantenimiento dentro del portafolio, ser contratados con distintos pagadores para que al final la ESE no se vea obligada a subsidiar los mismos.

Además de lo anterior, la contratación para régimen contributivo es poco representativa ante la existencia de aproximadamente 21.000 afiliados. La ESE manifiesta haber realizado la gestión ante las EAPB sin obtener respuesta y, es necesario que persista en la consecución de la atención de esas personas, no solo para atención de urgencias.

Debe tenerse en cuenta que, conforme se es sede del nodo Sur, la ESE debe requerir al IDS y a la Gerencia de la ESE Sur Oriental, ahora que se dispone de una vía en excelentes condiciones, para que las referencias, en la medida en que la valoración médica previa así lo decida y el mejoramiento de las condiciones de prestación de servicios lo permita, se realicen al San Juan de Dios – Pamplona y no al Erasmo Meoz, contribuyendo de esta forma al logro de dos beneficios: Uno, el incremento de la demanda y los ingresos para la primera y, dos, disminuyendo la presión sobre la segunda, lo cual le permite concentrarse en su fuerte que es la alta complejidad.

También se considera importante y debe trabajarse sobre ello, la socialización de los términos de la contratación que se realice con las entidades que contratan con la ESE. Lo anterior puede contribuir a controlar las “pérdidas” derivadas de “excesos” en la extensión y la intensidad de uso.

Importante que, aprovechando la inversión realizada en software por parte de la entidad, se implemente el sistema de costos adquirido y se aproveche su disponibilidad para tener un referente real de cuánto cuesta y a cómo se pueden vender los servicios.

5.4.2. SITUACIÓN FINANCIERA DE LA ESE

La Empresa Social del Estado lleva a cabo periódicamente, actividades de evaluación sobre los procesos institucionales buscando con ello la retroalimentación y el mejoramiento continuo, tomando como fuente la información producida por las distintas áreas de la entidad, entre ellas, la correspondiente al Área Financiera, resultado de las operaciones originadas en las secciones de Presupuesto, Tesorería, Contabilidad, Activos, Facturación y Cartera, con el único fin de interactuar, conciliar y ajustar los procesos contables y financieros encaminados a la revelación de los hechos económicos de la ESE.

Producto de ello, se presenta a continuación un análisis comparativo del comportamiento de algunos indicadores que se consideran importantes para conocer la situación financiera de la institución y tomar medidas para su mejoramiento.

Indicadores de Rentabilidad: miden la capacidad que tiene la entidad de mantenerse en el tiempo; es decir, la sostenibilidad que ha de ser producto de la efectividad que tiene al administrar los costos y gastos y convertirlos en utilidad.

Tabla 17: Indicador de rentabilidad 2022 y 2023

Indicador de rentabilidad	Diciembre 2022	Diciembre 2023
Rendimiento del activo total %	3 %	5%
Rendimiento del patrimonio %	3%	6%
Rentabilidad de la ventas %	4%	6%

Fuente: Estados financieros de la ESE

1. Respecto del rendimiento del activo total, se observa que mientras al cuarto trimestre de 2022 generaba una rentabilidad de 3%, la misma se incrementó al 5% al finalizar 2023. En este sentido, se va mejorando.
2. En lo atinente al rendimiento del patrimonio también se registra un incremento pues pasa de 3% al 6% entre las dos vigencias. Si bien los dos resultados son positivos, el obtenido en 2023 es el doble de lo observado en 2022.
3. La rentabilidad de las ventas registra un comportamiento positivo en las dos vigencias, pero el mismo fue más de mayor contundencia en el último año registrado.

En general, los indicadores de rentabilidad mostraron resultados importantes para la empresa social del estado y eso se refleja en los estados financieros. Sin embargo, no basta con lo conseguido hasta 2023. Debe darse continuidad a las

acciones que contribuyan a que estos resultados mejoren en el cuatrienio que se inicia.

Indicadores de Liquidez financiera: miden la capacidad que tiene la entidad de generar dinero efectivo para responder por sus compromisos y obligaciones con vencimientos a corto plazo.

Tabla 18: Indicador de liquidez financiera 2022 y 2023

Indicador de liquidez financiera	Diciembre 2022	Diciembre 2023
Liquidez de corto plazo	18.93	16.07
Capital de trabajo (miles de \$)	\$ 16.902.067.000	\$ 20.127.786.000
Razón activo corriente	35.39	36.54
Rotación cartera (Días)	109 días	127 días
Rotación cartera (Veces)	3.29 veces	2.10 veces

Fuente: Estados financieros de la ESE

1. El resultado 16.93 significa que se tiene una razón corriente de 16.93 a 1. Esto quiere decir que por cada peso que la empresa debe en el corto plazo tiene \$ 16.07 pesos para pagar o respaldar sus obligaciones de corto plazo para el periodo 2023. Con este resultado se puede inferir que el Hospital presenta un nivel de solvencia equilibrado pero inferior al periodo 2022 para responder a sus deudas.
2. En el análisis del capital de trabajo encontramos que en el cuarto trimestre del año 2023 contamos con activos corrientes necesarios para que la empresa desarrolle su actividad económica eficientemente aumentando en un 19% con respecto al año 2022, el cual presentaba un capital aceptable para desarrollar su actividad económica de manera eficiente.
3. La razón corriente se calcula para investigar la forma como en la empresa se están asignando los recursos entre los diferentes tipos de activos, Esto quiere decir que la empresa por cada peso que debe, tiene 36.54 pesos para pagar o respaldar esa deuda, situación similar al cuarto trimestre del año 2022, en el cual se tenían tan solo 35.39 para respaldar las deudas contraídas por la entidad.
4. La rotación de cartera en días permite identificar cuanto tiempo nos toma recuperar el monto de las ventas que se han realizado a crédito. El resultado observado no es positivo pues mientras en 2022 el resultado de la rotación era de 109 días, en la vigencia 2023 correspondió a 127 días, con un deterioro importante en el indicador. La ESE debe tomar los recaudos necesarios para intervenir esta situación y mejorar el resultado observado. Se sugiere, como una de las opciones a trabajar, implementar una meta en las distintas vigencias de los planes de acción que se van a presentar con la finalidad de que esta situación se esté monitoreando de manera

obligatoria y no se pierda de vista por la multiplicidad de actividades que se deben realizar.

- De otra parte, la rotación de cartera en veces que para la vigencia 2022 fue de 3,29 pasó, en 2023 a un resultado de 2,10, que en parte se ve afectado por el monto de la cartera pues mientras en la vigencia 2022 fue de \$8,817 millones, en 2023 ascendió a \$14.545 millones. Es decir, para recuperar un monto mayor se requiere más tiempo y eso se traduce en menor número de veces de la rotación. Si se implementa el monitoreo para el ítem 4 se estaría interviniendo esta situación ya que corresponden ambas a la cartera solo que una se mide en días y la otra en veces.

Indicadores de Endeudamiento (Estructura del Capital): miden la capacidad que tiene la entidad de contraer obligaciones para financiar sus operaciones e inversiones, y respaldar las mismas con su capital propio; es decir, evalúan la capacidad que tiene la entidad para responder a sus obligaciones, acudiendo al patrimonio.

Tabla 19: Indicador de endeudamiento 2022 y 2023

Indicador de endeudamiento	Diciembre 2022	Diciembre 2023
Endeudamiento a corto plazo %	1%	1%
Endeudamiento patrimonial%	15%	10%
Endeudamiento total %	13%	9%
Solidez	7,96%	11,41%

Fuente: Estados financieros de la ESE

- El porcentaje de endeudamiento a corto plazo para los años 2022 y 2023 fue de 1%, con una afectación positiva para la ESE pues significa que el monto a destinar del flujo de caja para la cancelación de las deudas es poco significativo y eso se traduce en minimización de riesgos.
- El indicador de endeudamiento patrimonial también evidencia un aumento en la participación de los pasivos con respecto al patrimonio institucional pasando del 15% en el año 2022 al 10% en la vigencia 2023. Es decir, que por cada 1 peso que la E.S.E. tiene de patrimonio, debe 10%. El mejoramiento del resultado obtenido entre una vigencia y otra es producto de la atención oportuna de las acreencias que poseía.
- El indicador de endeudamiento total marca una tendencia pasando de tener un pasivo con una participación de los activos de apenas un 13% en el cuarto trimestre del año 2022, a un comportamiento igual del 9% en el cuarto trimestre del año 2023, reflejando para el cuarto trimestre del año 2023 contención de los gastos, pero poca efectividad en el cobro de cartera.

4. El indicador de solidez nos muestra, que el Hospital pasó de contar con \$ 7.96 para cubrir cada peso adeudado en el cuarto trimestre del año 2022, a tener \$11.41 para el mismo propósito en el cuarto trimestre del año 2023. la tendencia refleja que se tiene un comportamiento positivo.

5.4.3. ESTADO DE INDICADORES FINANCIEROS Y PRESUPUESTALES

El análisis de los últimos 4 años, realizado a valor presente, muestra los siguientes resultados:

Tabla 20: Gasto comprometido (miles de pesos constantes de 2023)

Variable	2020	2021	2022	2023
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	33.601.600,26	31.241.555,59	31.725.685,24	34.093.670,95
Gasto de Funcionamiento	25.292.130,13	27.063.475,46	27.685.381,5	28.403.069,53
Gastos de Personal	18.095.974,7	21.502.911,32	21.336.729,03	21.172.188,91
Gasto de Personal de Planta	7.844.242,91	7.698.449,32	7.785.890,65	8.079.181,15
Servicios Personales Indirectos	10.251.731,79	13.804.462	13.550.838,38	13.093.007,76
Gasto de Sueldos	4.363.252,31	4.285.842,19	4.386.055,25	4.431.433,02
Gastos Generales	6.751.765,83	4.767.683,48	6.106.362,54	7.190.417,77
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	4.668.327,87	4.178.080,13	4.040.303,74	4.598.366,2
Otros Gastos	4.085.531,86	792.880,66	242.289,93	1.132.698,07
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	28.449,85	0	0	0
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	33.630.050,11	31.241.555,59	31.725.685,24	34.093.670,95

Fuente: Ficha técnica del SIHO 2023

De manera coherente con las metas que estaba comprometida a cumplir a partir de la suscripción del programa de saneamiento fiscal y financiero con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona ha incrementado el gasto

comprometido, a pesos constantes, de manera paulatina, a partir de la necesidad de producir más servicios, conforme a la demanda.

Entre 2022 y 2023 ese incremento fue de 7,46% y se identificó básicamente con cuatro parámetros, dentro de los cuales se registran gasto de funcionamiento, gastos generales y gastos de operación comercial y de prestación de servicios y otros gastos.

El registro correspondiente a 2020 se ve afectado por la situación de pandemia con la declaración de emergencia sanitaria a partir de marzo de dicho año y que demandó importantes recursos de todos los prestadores públicos para garantizar la atención en salud de la comunidad.

Tabla 21: Ingresos reconocidos (miles de pesos constantes de 2023)

Variable	2020	2021	2022	2023
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	38.612.563,13	39.253.437,88	42.103.454,51	46.482.679,94
Total Venta de Servicios	27.258.534,86	34.143.745,14	32.842.201,06	38.546.284,32
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	124.552,2	0	0	0
.....Régimen Subsidiado	18.680.293,51	22.132.743,78	22.923.337,05	25.492.749,9
.....Régimen Contributivo	4.785.327,27	7.359.371,72	5.950.085,65	7.222.484,74
Otras ventas de servicios	3.668.361,87	4.651.629,64	3.968.778,36	5.831.049,68
Aportes	4.965.425,97	1.800.367,04	1.872.307,62	1.993.202,57
Otros Ingresos	6.388.602,3	3.309.325,7	7.388.945,83	5.943.193,05
Cuentas por cobrar Otras vigencias	8.011.625,4	9.694.426,18	4.686.848,3	5.425.663,92
Ingreso Total Reconocido	46.624.188,53	48.947.864,06	46.790.302,8	51.908.343,86

Fuente: Ficha técnica del SIHO 2023

Los ingresos reconocidos, sin cuentas por cobrar, muestran incremento en las cuatro vigencias analizadas, a expensas, principalmente, de venta de servicios (subsidiado, contributivo y otras ventas de servicios). Ese incremento, entre 2020 y 2023 llega, en algunos casos hasta cerca del 40% y parece corresponder a lo facturado y radicado por la entidad prestadora de servicios de salud.

Respecto de los ingresos recaudados, en 2020 ingresaba por venta de servicios de salud el 74,79% y lo observado en 2023 es del 78,25%, lo cual habla de un avance, lento pero positivo en la gestión adelantada por la Gerencia para garantizar el ingreso de los recursos que permitan el normal funcionamiento de la entidad.

El 72,1% del recaudo por venta de servicios se origina en régimen subsidiado, seguido por el 16,37% del contributivo. Las otras ventas de servicio representan el 11,54%, Los otros ingresos donde seguramente se identifican las transferencias para los equipos básicos de salud, representan el 16,1% del recaudo total.

Importante registrar que el monto total de las cuentas por cobrar registrado entre 2020 y 2023 fueron objeto de recaudo por parte de la institución prestadora de servicios de salud. El ingreso total recaudado en la operación corriente es inferior al gasto comprometido lo que permite evidenciar en resultado positivo para el indicador N°9 de la Resolución 408 de 2018.

Tabla 22: Ingresos recaudados (miles de pesos constantes de 2023)

Variable	2020	2021	2022	2023
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	26.880.772,32	27.688.587,05	32.938.423,17	36.336.947,5
Total Venta de Servicios	15.845.890,79	22.997.098,75	23.796.005,53	28.482.634,1
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	305,86	0	0	0
.....Régimen Subsidiado	13.645.035,73	16.289.566,25	18.198.372,85	20.529.843,05
.....Régimen Contributivo	934.691,08	4.426.680,17	3.470.542,64	4.664.711,16
Otras ventas de servicios	1.265.858,11	2.280.852,33	2.127.090,04	3.288.079,89
Aportes	4.965.425,97	1.800.367,04	1.872.307,62	1.993.202,57
Otros Ingresos	6.069.455,56	2.891.121,26	7.270.110,01	5.861.110,83
Cuentas por cobrar Otras vigencias	8.011.625,4	9.694.426,18	4.686.848,3	5.425.663,92
Ingreso Total Recaudado	34.892.397,73	37.383.013,23	37.625.271,47	41.762.611,43

Fuente: Ficha técnica del SIHO 2023

El recaudo, frente al reconocimiento (tabla 23) , en números relativos registra una tendencia positiva e incremental entre las distintas vigencias y, al interior de los distintos criterios o rubros observados esa tendencia se mantiene.

Llama la atención el resultado correspondiente a cuentas por cobrar de otras vigencias donde lo observado corresponde a la totalidad del monto a recuperar. Lo anterior puede tener dos lecturas. La primera, la ESE recaudó todo lo que era posible recaudar y al finalizar

la vigencia 2023 no posee cartera por cobrar. De ser así, en 2024 no se tendrían cuantas por cobrar de vigencias anteriores y no se podría apalancar en las mismas para hacer ningún movimiento financiero.

La ESE castigó cartera y solo se quedó con las cuentas por cobrar que no eran de difícil cobro (menor a 180 días). Ese proceso de castigar cartera de difícil cobro es un paso que no dan la mayoría de los gerentes pues los puede exponer, por un lado, a investigaciones por parte de los organismos de control y, por otro a no poderse apalancar en la totalidad de la cartera para cancelar acreencias de vigencias anteriores de la institución.

Con corte a 31 de diciembre de 2023 se tiene la certeza de que la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona no posee deudas con personal de plantea, contratistas por ordenes de prestación de servicios ni con proveedores. En este sentido, es una entidad saneada.

Algo en lo que debe trabajar la nueva gerencia es en mejorar el resultado del porcentaje de recaudos vs reconocimientos que, con corte a 31 de diciembre de 2023 reflejan un 78,17%. Proponerse metas de crecimientos pequeños pero continuos (en cada vigencia) lo pueden llevar a acercarse tener un mejor estado financiero de la entidad.

Tabla 23: Recaudos/reconocimientos

Variable	2020	2021	2022	2023
% de Recaudos / Reconocimientos	69,62	70,54	78,23	78,17
Total Venta de Servicios	58,13	67,35	72,46	73,89
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0,25			
.....Régimen Subsidiado	73,05	73,6	79,39	80,53
.....Régimen Contributivo	19,53	60,15	58,33	64,59
Otras ventas de servicios	34,51	49,03	53,6	56,39
Aportes	100	100	100	100
Otros Ingresos	95	87,36	98,39	98,62
Cuentas por cobrar Otras vigencias	100	100	100	100

Fuente: Ficha técnica del SIHO 2023

El equilibrio presupuestal con recaudo (indicador de la Resolución 408 de 2018) en las tres últimas vigencias ha sido muy positivo. Ese resultado debiera mantenerse en el cuatrienio que se inició en abril de 2024.

Otro aspecto en lo que se debe perseverar es en que el gasto de funcionamiento y de operación comercial por UVR producida, contrastado con el ingreso reconocido por venta de servicios de salud por UVR refleje un resultado positivo sobre este último. En la última vigencia (2023) el mismo correspondió a un 16% por cada UVR, a pesos constantes.

Tabla 24: Equilibrio y eficiencia

Variable	2020	2021	2022	2023
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,39	1,57	1,47	1,52
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,04	1,2	1,19	1,22

Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,15	1,26	1,33	1,36
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,8	0,89	1,04	1,07
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	18.217,74	14.663,14	14.248,54	16.746,57
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	20.023,52	13.416,79	13.764,14	14.337,59
Gasto de personal por UVR (\$)	12.094,11	9.234,49	9.256,91	9.198,33

Fuente: Ficha técnica del SIHO 2023

También debe trabajarse, sin sacrificar calidad, en que el gasto de personal por cada UVR producida se mantenga en un rango de entre \$ 9,200 y \$9,300 pues, de otra manera se puede afectar el resultado del indicador N° 5 de la Resolución 408.

5.4.4. SISTEMA DE INFORMACIÓN

5.4.4.1. Gestión de las tecnologías de la información (Inversión en sistemas de información y equipos).

La ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona tiene un sistema integrado de información para la gestión de los procesos de historia clínica, facturación y financiero de la entidad.

La plataforma KubApp de Historias Clínicas - Gestión Salud (El módulo de Historia Clínica que cuenta con un sistema informático que brinda la posibilidad de llevar el registro médico de un paciente a lo largo del tiempo, permitiendo actualizar sus datos de manera periódica mediante las consultas) está integrada con KubApp - Gestión Administrativa y Financiera, que integra los módulos de facturación, inventarios, tesorería, contabilidad, presupuesto, nómica, activos fijos y otros módulos financieros.

La contabilidad es el eje financiero del sistema ERP, es el receptor de la información proveniente de todas las áreas de la empresa, esta funcionalidad permite el registro de las operaciones contables de la entidad y se encuentra integrado con el módulo de presupuesto para el manejo del sistema presupuestal generando los documentos soporte como Certificados de disponibilidad, Registro Presupuestal integrándose con los documentos contables correspondientes para visualizar el reconocimiento y la ejecución presupuestal. La ESE cuenta con una red de cableado estructurado integrada a un servidor que se encuentra en las instalaciones de la institución, cuyas instalaciones cumplen con las medidas de seguridad para su normal funcionamiento. Las aplicaciones se encuentran instaladas en el servidor local el cual cuenta con medidas de seguridad de la información como son la replicación de máquinas virtuales y copias de seguridad de la base de datos en la nube.

Actualmente los procesos informáticos de la empresa están siendo atendidos en una máquina virtual productiva que se está ejecutando sobre el servidor IBM x System 3550 sobre el cual se ejecuta una máquina virtual productiva donde se despliega el Pool de aplicaciones y la base de datos principal de la empresa. La organización cuenta con el servicio de continuidad del negocio, es decir que, si en algún instante del tiempo el servidor

principal fallara, bastaría con iniciar la máquina virtual que se está replicando en otro servidor para continuar funcionando el sistema de información Kubapp.

Igualmente se tiene un sistema de copias de seguridad de base de datos en la nube por un protocolo seguro. Estos dos procesos tienen un sistema automático de monitoreo 24/7 para garantizar la efectividad y garantizar el proceso de réplica y copia de bases de datos.

La plataforma de software KubApp – Gestión Salud – Gestión Administrativa y Financiera ofrece controles de seguridad mediante la creación de usuarios y perfiles con niveles de acceso a la información, 100% configurables, los cuales le permitirán bloquear la información más sensible de la empresa concediendo acceso exclusivo a los usuarios que usted decida garantizando la seguridad de la información y protegiendo de esta manera los usos o accesos no autorizado o fraudulento.

El sistema de información Kubapp permite generar informes que facilitan la toma de decisiones de la entidad y a su vez cumplir con los requerimientos dados por los entes de control con información solicitada periódicamente para sus fines pertinentes. En el proceso de preparación de informes se aplican los siguientes pasos:

- Identificar el informe que le corresponde generar, según el cronograma establecido e identificar los insumos requeridos para su elaboración.
- Informar al responsable del proceso objeto de seguimiento el profesional que realizará el informe.
- Solicitar al área que corresponda, la información necesaria para elaborar el informe. Esta información es generada por el sistema de información Kubapp. Los diversos módulos generan de forma automática los informes. Si es necesario complementar información se solicita a la casa desarrolladora del software el ajuste del mismo o se genera una consulta dinámica sobre el módulo de consultas personalizadas del sistema Kubapp.
- Recepcionar y analizar los insumos y determinar si son suficientes para la elaboración del informe
- Elaborar informe, según las especificaciones exigidas para cada uno de ellos, en el formato que corresponda y de acuerdo a las observaciones relacionadas en la normatividad señalada.

En referencia al área de tecnología se cuentan con 192 computadores y 97 impresoras en toda la ESE. La institución poco a poco ha venido repotenciando y adquiriendo equipos de informática que permitan mejorar la era digital a la cual nos estamos enfrentando. De igual manera estos aportes son muy importantes ya que son un gran apoyo para el mejoramiento de los procesos que se llevan en cada área funcional agilizando los tiempos de ejecución.

El proceso ha sido gradual debido a las limitaciones financieras que tiene la entidad para poder invertir en tecnología. A corte 31 de diciembre del 2022 la ESE terminó un proceso exitoso referente al plan de saneamiento fiscal y financiero el cual duró 5 años (2018 al 2022), en la cual la institución, por haber sido categorizada en riesgo financiero alto, debía cumplir metas de gastos, entre otras y debía cumplir unos lineamientos dados por el ministerio de hacienda. Para esta vigencia se espera fortalecer el parque computacional con la adquisición de equipos que faciliten el trabajo en cada una de las unidades funcionales de la institución.

Otra herramienta fundamental con que cuenta la institución es el sistema de información documental “SIEP” (Sistema de Información para entidades públicas) un elemento de

Gestión Documental y de Procesos, que permite gestionar electrónicamente la producción, el trámite, el almacenamiento digital y la recuperación de documentos, evitando su manejo en papel, garantizando la seguridad de la información y la trazabilidad de cualquier proceso que se implemente mediante su funcionalidad.

La ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona, con el apoyo del nivel nacional, la Gobernación de Norte de Santander y el Instituto Departamental pudo no solamente sanear pasivos, sino también adquirir software, indispensable para el correcto y oportuno registro de sus actividades misionales. Ya es responsabilidad de la entidad poner en funcionamiento los módulos adquiridos y obtener de ellos el mejor provecho posible.

En lo que compete a disponibilidad de equipos de cómputo (computadores, impresoras, escaners), ítem 2.1.3.4. del PG (Plan de Gestión), se evidencia la imperiosa necesidad de reponer y complementar los mismos dado que además de cumplir su vida útil, también han crecido las necesidades en las áreas institucionales. Además, se requiere Licencia antivirus y de Office (Word, Excel y PowerPoint) de Microsoft, pues solo el 5% de dichos equipos de cómputo tienen una licencia instalada de Office de Microsoft. También se hace necesario el desarrollo, con normas técnicas, de los puntos de red donde se soporta el funcionamiento de los equipos y la actualización del sistema operativo con que se trabaja actualmente, que es Windows 7.

Es indispensable que la ESE cuente con los equipos tecnológicos que le permitan dar soporte a las actividades que ejecutar y respaldo a la información que allí se genera, pues la no disponibilidad del mismo por caducidad de los equipos con que se cuenta actualmente o por insuficiencia de capacidad pueden terminar exponiendo a la institución a demandas y sanciones de los organismos de control.

Capítulo aparte merece el tratamiento de los datos y el archivo documental de la empresa social del estado en cumplimiento de la Ley 594 de 2000 y las normas que la reglamentan para lo cual se hace necesario verificar en qué fase está y adónde se quiere llegar.

Todo lo anterior, amerita considerar de dónde y cómo se va a trabajar en esta área para poner a tono la institución con los requerimientos de las tecnologías de la información y poder cumplir con oportunidad y suficiencia, entre otros reportes, los correspondientes a circular única de la SNS y la información del Decreto 2193 de 2004.

5.4.5. PROCESOS JUDICIALES

Con base en el reporte enviado por el doctor Armando Quintero, asesor jurídico al frente de los procesos que cursan en contra de la entidad, con corte a 31 de diciembre de 2023 la situación existente es:

Existen 36 procesos judiciales en contra de la entidad, que presentan la siguiente discriminación por tipo de proceso.

Tabla 25: Relación de procesos judiciales que adelanta la ESE Hospital San Juan de Dios, según tipo de proceso

TIPO DE PROCESO	CANTIDAD	%
CONTROVERSIA CONTRACTUAL	1	2,78
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DERECHO	3	8,33
NULIDAD SIMPLE	2	5,55
REPARACIÓN DIRECTA	30	83,33
TOTAL	36	99,99

Fuente: Reporte de Asesoría Jurídica

Conforme a lo observado, más del 80% de los procesos corresponden a reparación directa originada en situaciones relacionadas con la prestación de servicios. No se conoce si la entidad dispone de un mecanismo (¿póliza de responsabilidad civil?) que le permita compensar, de alguna forma, la afectación económica que podría generarse ante la posibilidad de un fallo en contra de la empresa social del estado.

En cuanto a evaluación de riesgo, la distribución es la siguiente:

Tabla 26: Relación de procesos judiciales que adelanta la ESE Hospital San Juan de Dios, según evaluación del riesgo

EVALUACIÓN DEL RIESGO	CANTIDAD	%
BAJO	24	67%
MEDIO	3	8%
ALTO	9	25%
TOTAL	36	100

Fuente: Reporte de Asesoría Jurídica

La oficina jurídica encargada de monitorear y atender el devenir de las demandas en curso contra la empresa social del estado ha realizado un estimativo de los costos de aquellas consideradas como de mediano y alto riesgo de pérdida. El valor que se ha cuantificado asciende a la suma de Tres mil ochocientos setenta y cinco millones de pesos. Claro, esa no es una cifra que se tenga que pagar de un momento a otro porque los juzgados pueden durar varios años en definir la situación de los procesos. No obstante, en una entidad que está hasta el 31 de diciembre de 2022 estuvo inmersa en un programa de saneamiento fiscal y financiero y, todavía sus indicadores financieros están en proceso de recuperación, debe vigilarse muy de cerca qué está pasando con esas demandas y brindarles la mejor atención desde el punto de vista jurídico.

5.4.6. MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

El informe consolidado del estado del sistema de control interno en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona correspondiente a la vigencia 2022, se estructuró

conforme al resultado de las diferentes dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, que corresponde a la Política de Control Interno, la cual se desarrolla bajo el Modelo Estándar de Control Interno en sus cinco (5) componentes a saber: 1) Ambiente de Control, 2) Evaluación del Riesgo, 3) Actividades de Control, 4) Información y Comunicación y 5) Actividades de Monitoreo.

Si bien, se identifican avances en las evaluaciones anuales que realiza la Jefe de la Oficina de Control Interno de la entidad respecto del índice de Control Interno, la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona debe hacer un mayor (en términos de más acciones) y mejor (en relación con un mejor compromiso institucional), en las próximas vigencias para que el crecimiento interanual de dicho índice muestre resultados más positivos.

Imagen 7: Resultados del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) ESE HSJDD, 2022



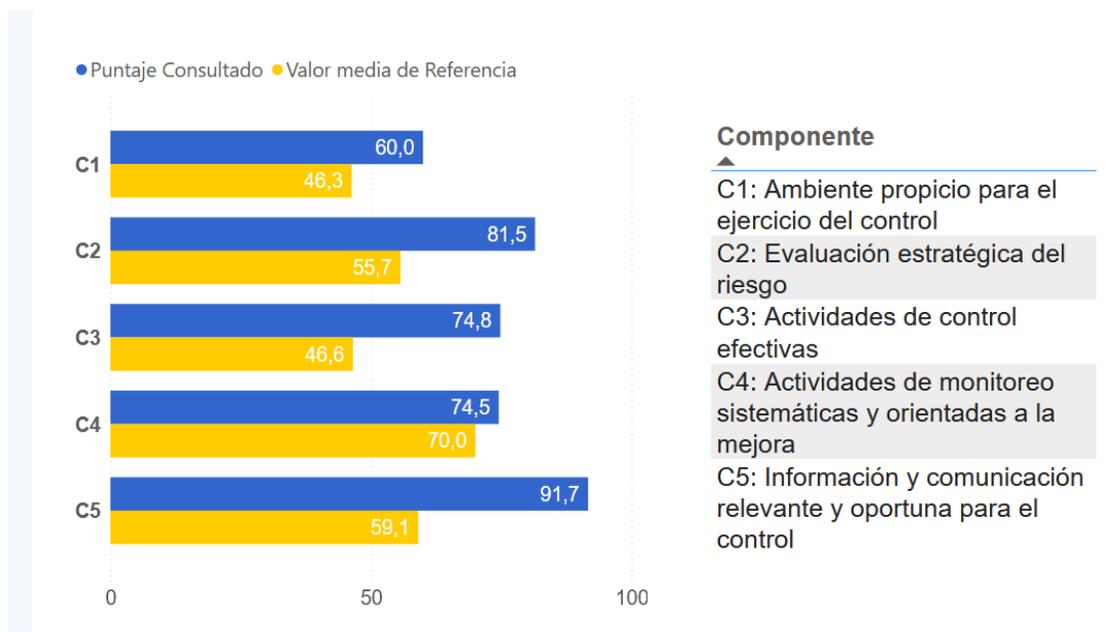
Fuente : Resultados Medición - MIPG - Función Pública (funcionpublica.gov.co)

No significa lo anterior que no se esté haciendo y no se obtengan resultados de mejoramiento. Solo que la empresa social del estado debe orientarse a dar saltos significativos que le permitan pasar al quintil cinco y no quedarse haciendo parte de un grupo donde el promedio de calificación es 57,4 que, comparada con la obtenida por la ESE, pues pareciera que la institución está muy bien. Solo que, cuando una entidad se atiene a los resultados de un promedio, puede tender a considerar que está bien, cuando en realidad está estancada.

De otra parte, no puede perderse de vista que, a pesar de esfuerzos realizados en la anterior administración, no se ha podido cristalizar la creación del cargo de profesional de Control Interno Disciplinario. La entidad amerita, por norma y requiere, por necesidad realizar las acciones tendientes a presentar nuevamente a la Junta Directiva, la creación de dicho cargo.

Además, al analizar los diversos índices de desempeño se puede observar que, el componente de “ambiente propicio para el ejercicio del control” presenta resultados poco significativos. Ahí se idéntica un espacio donde la entidad debe hacer énfasis en acciones que le permitan obtener más y mejores resultados. Otras áreas en las cuales puede y deben obtenerse mejores resultados son las correspondientes a los componentes C3 y C4.

Imagen 8: Índices de desempeño de los componentes que conforman el MECI ESE HSJDD, 2022



Fuente : Resultados Medición - MIPG - Función Pública (funcionpublica.gov.co)

Imagen 9: Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno ESE HSJDD, 2022



Fuente : Resultados Medición - MIPG - Función Pública (funcionpublica.gov.co)

El objetivo de la evaluación independiente es medir la efectividad del Sistema de Control Interno de manera independiente, objetiva y oportuna a través de seguimientos y auditorías que permitan generar alertas tempranas que contribuyan con el mejoramiento continuo en la gestión Institucional de acuerdo con el Plan Anual de Auditorías y Seguimientos de cada vigencia.

El informe de evaluación independiente al estado del Sistema del Control Interno fue establecido por el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019. en él se precisan las fortalezas y debilidades de cada uno de los componentes de la Dimensión y Política de Control Interno del Modelo Integrado de Planeación y Gestión M.I.P.G. Para la vigencia 2022, dado que a la fecha no se ha expedido el resultado de la vigencia 2023, el resultado permite evidenciar que la empresa social del estado presenta un nivel que no alcanza un puntaje de 60 (57,3) que al contrastarlo con el obtenido de 72, 2 refleja una brecha importante entre lo que se cree que se tiene con lo que quien evalúa de manera independiente considera que se ha logrado.

5.4.7. PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

Tabla 27: Producción de servicios ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PAMPLONA, 2023

Variable	2020	2021	2022	2023
Camas de hospitalización	55	50	50	50
Total de egresos	3.713	4.862	4.325	4.229
Porcentaje Ocupacional	69,93	89,63	78,93	79,42
Promedio Días Estancia	3,32	3,52	3,23	3,32
Giro Cama	67,51	97,24	86,5	84,58
Consultas Electivas	59.129	83.908	97.272	99.476
Consultas de medicina general urgentes realizadas	23.088	33.788	39.973	50.347
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	362	394	501	439

Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	2.286	2.667	2.860	3.169
Numero de partos	943	836	710	642
% Partos por cesárea	44,86	45,69	43,8	44,55
Exámenes de laboratorio	178.801	251.489	238.706	248.521
Número de imágenes diagnósticas tomadas	12.110	19.962	19.759	22.324
Dosis de biológico aplicadas	36.275	142.455	75.991	39.160
Citologías cervicovaginales tomadas	2.605	4.023	4.332	4.287
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	5.550	6.234	5.400	5.517
Producción Equivalente UVR	1.496.263,56	2.328.542,58	2.304.951,72	2.301.741,90

Fuente: Ficha Técnica SIHO 2023

Es evidente que la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona ha venido mejorando la producción de servicios, recuperando los niveles de prepandemia.

Para el período 2024 – 2027 la empresa social del estado debe realizar los esfuerzos necesarios para mantener y/o mejorar la producción de la vigencia 2023. Lo anterior demanda establecer un monitoreo e implementar acciones correctivas cuando se detecte desviaciones.

Sin desconocer la autonomía del profesional médico, se sugiere que:

- El promedio días/estancia no supere los 3.5 días.
- El giro cama se incremente en dos puntos porcentuales por año.
- Se busque superar las 100.000 consultas médicas electivas.
- Se incremente en un rango de entre 3 y 5% anual la producción de citologías.
- Incrementar en 2%, como mínimo, la producción interanual de cirugías, sobre todo en los grupos 11 en adelante, hasta donde pueda realizar la entidad.
- Mantener la producción de dosis de biológico aplicadas en una cifra no menor a 40.000 dosis año.
- Con la capacidad instalada que se tiene, analizar la conveniencia de prestar servicio particular de laboratorio e imágenes diagnósticas a precios razonables.
- Incrementar la producción de actividades de odontología.
- Incrementar la producción de controles de enfermería.

5.4.8. INDICADORES DE CALIDAD

Tabla 28: Comportamiento de los indicadores 18 A 20 Resolución 408 DE 2018, ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - III TRIMESTRE, PAMPLONA, 2023

	SUMATORIA DE DÍAS	CONSULTAS REALIZADAS	PROMEDIO DÍAS
SUMATORIA DIAS DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA EN PEDIATRÍA	9.393	2.696	3,5
SUMATORIA DIAS DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA EN OBSTETRICIA	3.223	777	4,1
SUMATORIA DIAS DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA EN MEDICINA INTERNA	15.948	3.485	4,6

Fuente: Consolidado Resolución 0256 de 2023.

La empresa social del estado Hospital San Juan de Dios – Pamplona muestra, a lo largo del cuatrienio 2020 – 2023 resultados positivos para los indicadores 18 a 20 de la Resolución 408 de 2018, medidos a través del reporte de la Resolución 0256 de 2016.

En la vigencia 2023 si bien se registra un incremento de aproximadamente un día en el tiempo de espera para la asignación de cita en la consulta especializada respecto de lo observado en 2022, todavía se tienen buenos resultados en cada uno de los tres indicadores objeto de análisis.

5.4.9. GESTIÓN AMBIENTAL

Con el fin de realizar el seguimiento y monitoreo a la ejecución de los programas, proyectos y actividades formuladas en el Plan Operativo Institucional de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, se determinó el cumplimiento de los indicadores de los objetivos planteados para la vigencia 2023, a corte 31 de diciembre del año en mención:

Objetivo 1: LIDERAZGO

- Se realizaron doce (12) reuniones correspondientes al Comité Verde.
- En el mes marzo se desarrolló la socialización de la Política de Hospitales Verdes y Saludables con el personal de servicios generales de la ESE, con la finalidad de garantizar el uso eficiente y ahorro del agua en el desarrollo de actividades de limpieza y desinfección.
- El día 22 de marzo de 2023 se llevó a cabo la conmemoración del día del Agua con la inclusión de la comunidad educativa del municipio de Pamplonita, haciendo énfasis en la protección de la cuenca del Río Pamplonita, conforme a la estrategia orientada por la ONU para el 2023, “Sé el cambio que quieres ver en el mundo”. En el evento participó la Policía Ambiental y la Alcaldía de Pamplonita.

- En el mes de mayo se conmemoró el día Mundial del Reciclaje, a través de una ponencia dirigida por la ingeniera ambiental coordinadora del proyecto Hospital Verde y Saludable en las instalaciones del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, en la que participó el personal administrativo y asistencial.
- En el mes de junio se conmemoró el Día Mundial del Medio Ambiente a través de una jornada de siembra sobre la ronda del Río Pamplonita, con el apoyo de los líderes ambientales de Clubes Defensores del Agua orientados por CORPONOR, garantizando la vinculación de las comunidades de la provincia de Pamplona.

Objetivo 2: ENERGÍA

- En el mes de septiembre se realizó la auditoría energética de la vigencia 2023 en la que se evaluaron los consumos de energía de la ESE HSDP. Como soporte se adjunta informe de auditoría.

Objetivo 3: AGUA

- La líder del proceso ambiental desarrolló tres (3) campañas de sensibilización frente al uso eficiente y ahorro del Agua con el personal de servicios generales y personal asistencial de la ESE y los centros de salud adscritos a su jurisdicción, quienes son las principales consumidoras del recurso en las actividades de limpieza y desinfección.

Objetivo 4: RESIDUOS

- Se ha realizado implementación y seguimiento al programa de capacitación establecido en el MPGIRASA, durante la ejecución de los comités del GAGAS y reuniones presenciales en la ESE y los centros de salud adscritos. Como medio de verificación se anexan las seis actas de los comités y de socializaciones.
- En el mes de mayo se realizó una reunión con la empresa de servicios Públicos RENACER SA ESP para tratar temas inherentes al mejoramiento de las estrategias para garantizar reciclaje de residuos sólidos en la ESE HSDP y contribuir con jornadas de embellecimiento institucional.
- En el mes de septiembre se contó con el apoyo profesional de la empresa RENACER para la sensibilización frente al adecuado manejo de residuos aprovechables en la ESE HSDP.
- Se socializó la política cero papel por área de servicio de la E.S.E.
- Se coordinaron estrategias de reducción de consumos con el personal asistencial del centro de salud del municipio de Mutiscua.
- Como medio de verificación se adjunta acta de socialización.
- Se instalaron contenedores en todas las áreas para la disposición segura de baterías usadas; las cuales son entregadas al programa de posconsumo PILAS CON EL AMBIENTE.

Resultado de gestión total

De conformidad con los resultados obtenidos a corte 30 diciembre de 2023, se logró establecer que el porcentaje de cumplimiento de los programas y actividades establecidos

en el componente de Hospitales Verdes y Saludables, corresponde al **93%** del total de los compromisos establecidos para la vigencia evaluada.

5.4.10. OTROS ASPECTOS EN QUE LA ESE DEBE TRABAJAR

5.4.10.1. Parque automotor

La institución posee una parte del parque automotor de adquisición relativamente reciente y en buen estado. Sin embargo, dadas las condiciones de las carreteras que desde los municipios circunvecinos se comunican con Pamplona y, considerando también la cantidad de referencias que desde Pamplona se realizan a ciudades como Cúcuta y Bucaramanga, es necesario considerar que en un lapso de tiempo no muy largo (podría decirse que entre 2025 y/o 2026) la ESE debe iniciar el proceso conducente a la reposición del parque automotor, teniendo en cuenta que el mismo puede llevar entre un año y año y medio para la obtención de resultados. Se tiene conocimiento que la Gerencia de la empresa social del estado ya viene trabajando en este aspecto.

5.4.10.2. Política de comunicación institucional

En la ESE HSJDD – Pamplona, dispone y ha implementado una política definida de comunicación institucional que define, entre otros aspectos, los canales, manejo, reserva, duración, oportunidad, etc. Por ello, se hace necesario trabajar al respecto con miras a subsanar esta deficiencia. Sin embargo, debe actualizarla en la medida en que la entidad y la nueva administración lo demanda toda vez que se protocolizó bajo la gerencia anterior y, quien actualmente detenta ese cargo puede considerar necesarios algunos ajustes.

5.4.10.3. Estatuto de contratación

La entidad dispone de un estatuto de contratación actualizado que le permite responder a las condiciones de la norma. Sin embargo, el Ministerio de Salud acaba de expedir una resolución que implica cambios en varios de los artículos de la norma vigente anteriormente lo que obliga a la empresa social del estado, en un lapso definido de dos meses definido por el nivel nacional, a llevar a cabo los ajustes en el articulado afectado por los cambios.

5.4.10.4. Manual de procesos y procedimientos del área administrativa

La empresa social del estado Hospital San Juan de Dios – Pamplona ha avanzado de manera importante en la definición de los procesos administrativos. De manera similar al ítem anterior, se hace necesario que la subgerencia administrativa de la ESE defina y adopte procesos y procedimientos del área, los socialice y les de la debida aplicación. Por ello, se prioriza como una de las metas a trabajar en el presente cuatrienio.

5.4.10.5. Sistemas de costos

A riesgo de considerarse reiterativo, se insiste en la imperiosa necesidad de que la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona implemente un sistema de costos unitarios en cada centro de costos. No es bueno que la entidad continúe dando aplicación a un sistema de prorrateo que en ningún momento le refleja la situación real de los costos institucionales.

6. DOFA

6.1. DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

6.1.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

Mediante la aplicación del formato situacional virtual, se realizó la recopilación de los datos de forma participativa de los diferentes líderes de proceso de la institución.

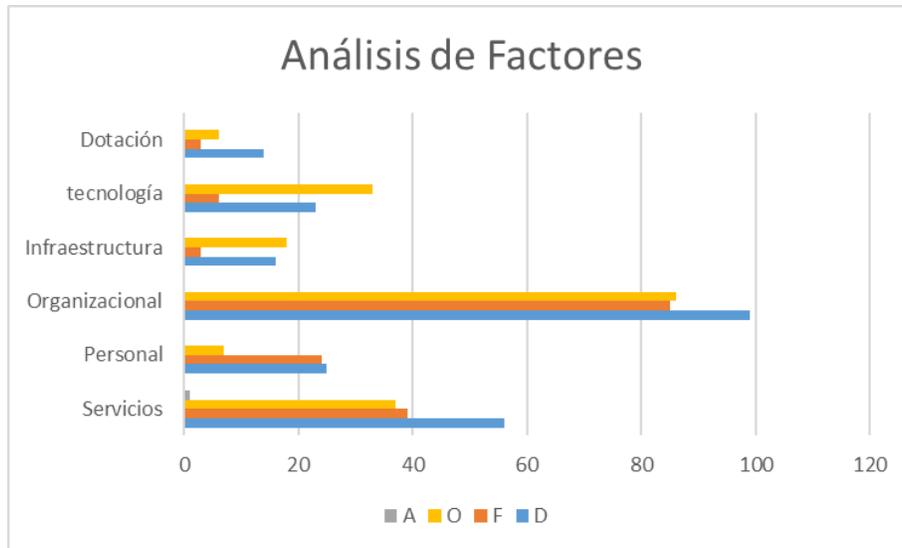
6.1.2. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos, se implementó la metodología de la Matriz IE, identificando los factores del entorno del negocio dentro del cual opera la institución y de la propia organización, con el fin de formular una estrategia para la toma de decisiones y el cumplimiento de los objetivos.

En coherencia con lo anterior, de manera participativa e incluyente, se recopiló la información base, a través del uso formularios aplicados a los líderes de proceso para realizar el siguiente análisis externo, interno y de competitividad que permitirá identificar el estado de la institución y dar los fundamentos para el diseño e implementación de estrategias y planes de acción.

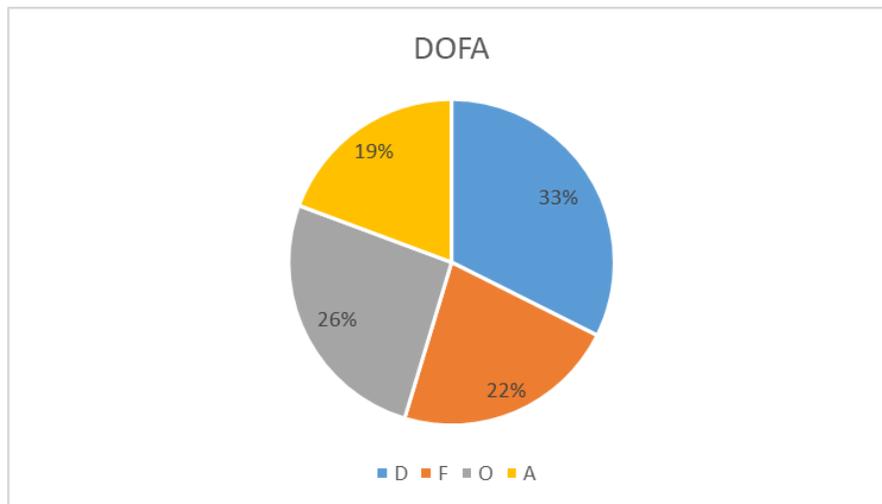
Luego de realizar la captación de datos a través de la encuesta virtual aplicada, se obtuvieron 719 opiniones y que según su clasificación nos muestran 139 amenazas, 233 debilidades, 160 fortalezas y 187 oportunidades.

Imagen 9: Análisis de los factores DOFA



Fuente: Base de datos consulta web

Imagen 10: Resultados del Análisis de los factores DOFA



Fuente: Base de datos consulta web

6.1.3. FACTORES INTERNOS – MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS (EFI)

Se realiza el análisis de las fuerzas internas claves de la institución (Fortalezas y Debilidades), en las que se estudian variables como: sistemas de información, finanzas, marketing, investigación y desarrollo, además de la administración y operaciones; con ello se pretende facilitar el entender las fortalezas y debilidades de la empresa y/o de sus áreas funcionales.

De acuerdo con la base de datos de la consulta realizada y luego de la depuración se identificaron 93 debilidades, 87 fortalezas, posteriormente se realizó el proceso de ponderación y calificación de los factores internos, obteniendo como resultado un valor del EFI de 2,63.

Tabla 29: Resultados de la evaluación de factores internos

Descripción	DOFA	Ponderado	Calificación	Resultado
Acceso a información de calidad	F1	0,01	4	0,04
Actualización de la información respetando la ley de transparencia	F2	0,005	3	0,015
ACTUALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS Y MANUALES PARA LA GESTIÓN DE COBRO Y ASEGURAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.	F3	0,002	3	0,006
Alianza con instituciones educativas: permite la generación de contenido actualizado gracias a la colaboración con los profesionales en formación de diferentes áreas en salud	F4	0,01	4	0,04
Alta demanda de usuarios	F5	0,005	4	0,02
Alta demanda del servicio	F6	0,002	4	0,008
Alto compromiso de los miembros de la junta directiva con la institución	F7	0,005	4	0,02
Ambientes necesarios para la prestación del servicio	F8	0,01	3	0,03
apoyo desde la administración al grupo PAMEC	F9	0,005	4	0,02
Apoyo institucional para el transporte de los vacunadores extramurales.	F10	0,002	4	0,008
ARCHIVADO DE DOCUMENTOS Y SOPORTES DE LAS DEUDAS PENDIENTES DE COBRO	F11	0,002	4	0,008
Aumento talento humano	F12	0,005	4	0,02
Avances en el cumplimiento de estándares de habilitación	F13	0,01	4	0,04
Capacitación continua al personal de vacunación por parte de la coordinación institucional	F14	0,01	4	0,04
Clima laboral positivo y colaborativo.	F15	0,005	4	0,02
Comité de bienestar social conformado y un rublo para tal fin.	F16	0,01	4	0,04
Compromiso de la institución con el cuidado y preservación del medio ambiente, velando por la mitigación de impactos negativos que puedan generar los servicios administrativos y asistenciales desarrollados en la E.S.E.	F17	0,005	3	0,015
Compromiso de los funcionarios	F18	0,005	4	0,02
conocimiento de instrumental quirúrgico	F19	0,005	4	0,02
Conocimiento de la entidad y documentación de los procesos	F20	0,01	3	0,03
conocimiento de procedimientos quirúrgicos	F21	0,005	3	0,015
Conocimiento y experiencia del personal a cargo de la central de esterilización	F22	0,01	3	0,03
Contamos con software financiero integrado	F23	0,005	3	0,015
Contar con un modelo operativo adaptado a la institución y normas actuales	F24	0,005	3	0,015
Contratación de equipos PAI para el área intramural y extramural.	F25	0,005	4	0,02
control de inventarios	F26	0,005	3	0,015
Control y seguimiento ante el trámite de remisiones y previa autorización para el debido proceso.	F27	0,005	4	0,02
Creación de documentos exclusivos para enfermería	F28	0,005	3	0,015
Cuenta con datos estadísticos históricos	F29	0,01	4	0,04

Descripción	DOFA	Ponderado	Calificación	Resultado
Cuenta con dotación y manejo de medicamentos para la atención que se brinda en el servicio de referencia y contrarreferencia.	F30	0,002	4	0,008
Cuenta con personal de traslado comprendido en personal (administrativo, auxiliar de enfermería de traslado, conductores de ambulancia), lo que influye en el mejoramiento de la capacidad y disponibilidad de talento humano según necesidad del servicio	F31	0,002	4	0,008
Cumple con estándar de infraestructura del servicio de vacunación de acuerdo a los criterios de habilitación.	F32	0,01	4	0,04
Desarrollo de procesos y procedimientos ajustados a manual de contratación	F33	0,005	3	0,015
Disminución de la carga laboral en los servicios y gestión en el proceso de atención integral que requieren los usuarios según necesidad de atención.	F34	0,005	3	0,015
disponibilidad de la documentación de los procesos misionales	F35	0,01	3	0,03
Dotación de equipos para la conservación de la cadena de frío e insumos para el transporte de biológicos.	F36	0,002	4	0,008
EJECUCIÓN COBRO PERSUASIVOS.	F37	0,002	4	0,008
Ejecución de trámites administrativos para las solicitudes de oxígenos y exámenes complementarios	F38	0,002	4	0,008
El acompañamiento realizado por los presidentes de JAC y líderes comunitarios, garantizando el ingreso a los hogares de los micro territorios.	F39	0,002	4	0,008
El cumplimiento de cronograma de capacitaciones continuas en las actualizaciones que se requieren ante el servicio de referencia y contrarreferencia	F40	0,005	3	0,015
Equipo humano capacitado y comprometido	F41	0,005	3	0,015
Especialistas con experiencia - Personal capacitado	F42	0,002	3	0,006
Establecimiento de plantillas con imagen institucional y verificación de requisitos técnicos de autenticidad de los mismos.	F43	0,002	3	0,006
ESTRATEGIAS DE RECAUDO DE CARTERA.	F44	0,002	3	0,006
Equipo de trabajo interdisciplinario.	F45	0,002	4	0,008
Responsabilidades desde cada Proceso misional.	F46	0,01	3	0,03
Avances de cumplimiento es estándares de Habilitación.	F47	0,01	3	0,03
Fortalecimiento del programa de Auditoria de Mejoramiento Continuo de Calidad	F48	0,005	4	0,02
Contar con un modelo operativo adaptado a la institución y las normas actuales.	F49	0,005	3	0,015
fortalecimiento del equipo base de calidad con perfiles profesionales	F50	0,005	4	0,02
fortalecimiento y reestructuración del programa de seguridad del paciente a nivel de la sede principal y las sedes integradas.	F51	0,005	4	0,02
Gestión de recursos de la gerencia a nivel territorial y nacional	F52	0,01	4	0,04
Identificación de condiciones en cada uno de los hogares, toma de signos vitales y plan de cuidado familiar.	F53	0,002	4	0,008
Identificación de las necesidades en salud	F54	0,005	4	0,02
integración de las subdirecciones para el trabajo en equipo dirigido a mejoramiento de la calidad de los procesos	F55	0,002	3	0,006
integración del equipo de trabajo a la mejoría de los procesos	F56	0,005	3	0,015
La disposición, receptividad y calidad humana de los contratistas que conformaron los equipos básicos en salud.	F57	0,002	4	0,008
La entidad cuenta con espacio suficiente para mejora de servicios	F58	0,01	3	0,03
La institución como espacio de práctica de las instituciones educativas del sector	F59	0,005	4	0,02
Los procesos tienen en su mayoría los procedimientos y demás documentos que hacen parte de ellos para el desarrollo, adicional a estos se cuenta con los riesgos identificados y documentados	F60	0,01	3	0,03
Manual, política y procedimientos actualizados.	F61	0,01	3	0,03
mejoría en la capacidad de análisis de los indicadores en los diferentes comités institucionales	F62	0,01	3	0,03

Descripción	DOFA	Ponderado	Calificación	Resultado
modelo operacional permite asignar responsabilidades a los líderes de procesos	F63	0,005	3	0,015
Operatividad y ejercicio de operativización de los equipos básicos en salud en los micro territorios priorizados	F64	0,002	4	0,008
Personal experimentado, Buenas relaciones con otras áreas, Sistema de Gestión Documental-SIEP, amabilidad y buen trato, eficiencia ante solicitudes	F65	0,005	4	0,02
Personal idóneo	F66	0,005	4	0,02
Política de seguridad del paciente institucional. Estructura documental. Equipo de trabajo básico.	F67	0,005	3	0,015
Presencia en Facebook e Instagram: participación activa en estas plataformas digitales.	F68	0,002	4	0,008
Presupuesto para obligaciones financieras actuales.	F69	0,005	4	0,02
Producción de información por unidades productoras.	F70	0,005	4	0,02
Programa de capacitación continua y estructurada.	F71	0,005	3	0,015
Programa integral de seguridad y salud en el trabajo.	F72	0,005	3	0,015
Realizar remisiones a la red prestadora de los servicios de salud, activación de rutas presentes en la resolución 3280 y trámite para lograr su cumplimiento.	F73	0,005	3	0,015
Reconocimiento Institucional: que facilita la confianza del público en la información que se comunica.	F74	0,01	4	0,04
Recurso Humano vacunador certificado por el Servicio Nacional de Aprendizaje Sena (requisito del programa).	F75	0,01	4	0,04
REDUCCIÓN EN LA CARTERA MOROSA.	F76	0,01	4	0,04
se cuenta con grupo auto evaluador en PAMEC con enfoque en acreditación el cual ha obtenido calificación alta ante el IDS	F77	0,005	4	0,02
Se cuenta con presupuesto asignado para cubrir los costos anuales de los 115 cargos vigentes	F78	0,01	4	0,04
Se cuenta con sistema de captura de la información, control de trazabilidad y digitalización de expedientes en sistema SIEP	F79	0,005	3	0,015
Se cuenta con un espacio dentro de la página de la entidad para publicación y divulgación de la información	F80	0,01	4	0,04
Se encuentra establecido por el sistema integrado de gestión y MIPG	F81	0,005	3	0,015
se inicio programa de humanización en los distintos servicios	F82	0,005	4	0,02
Se tiene almacenamiento de fondos acumulados como fuentes de consulta	F83	0,005	3	0,015
Se tienen fondos acumulados diferenciados en gran parte	F84	0,002	3	0,006
Seguimiento continuo al componente ambiental del hospital para la conservación y protección de los recursos naturales.	F85	0,01	3	0,03
Sistema de gestión documental eficiente.	F86	0,005	3	0,015
Único prestador de servicios de segundo nivel en la provincia	F87	0,01	4	0,04
ACCESO LIMITADO A LOS PORTALES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO.	D1	0,005	1	0,005
ACTUALIZACIÓN EN CORREOS INSTITUCIONALES DE ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO.	D2	0,002	1	0,002
algunos líderes de procesos no son conscientes de la importancia de tener al día la documentación de los procesos que se realizan en sus áreas	D3	0,005	2	0,01
Ausencia de sentido de pertenencia por parte del personal con la entidad	D4	0,002	2	0,004
Baja calidad del dato en los registros de vacunación	D5	0,005	2	0,01
Baja cultura de seguridad por parte de colaboradores. Falta de equipo de trabajo que haga seguimiento e intervención de manera permanente a buenas practicas	D6	0,01	1	0,01
Bajo pago de sueldos en comparación a las demás entidades.	D7	0,005	1	0,005
Capacidad de respuesta inmediata por parte del personal médico de referencia y contrarreferencia	D8	0,01	1	0,01
Capacidad instalada de algunos servicios no corresponde a la demanda	D9	0,01	2	0,02

Descripción	DOFA	Ponderado	Calificación	Resultado
Conocimiento evaluación y adherencia de procesos procedimientos	D10	0,005	2	0,01
Continua actualización y disposiciones - No existe intranet para disponer de los formatos oficiales por parte de los funcionarios - Poca adherencia por carencia socialización.	D11	0,005	2	0,01
Definir roles y funciones para evitar reprocesos	D12	0,005	2	0,01
Dependencia de procesos manuales.	D13	0,002	2	0,004
Difícil recaudo de cartera y pago por parte de las eps, recursos propios insuficientes, no cumplimiento con estándares de calidad	D14	0,005	2	0,01
Dificultad del trabajo en equipo	D15	0,005	2	0,01
Dificultad en la comunicación entre las diferentes dependencias de la institución	D16	0,002	2	0,004
Dificultad para la ubicación de los usuarios susceptibles y/o inasistentes al programa de vacunación, por los datos de contacto desactualizados.	D17	0,005	2	0,01
Documentación estandarizada que permita de manera sistemática realizar intervención de la infraestructura	D18	0,01	2	0,02
El call center es un proceso análogo	D19	0,005	2	0,01
El tiempo transcurrido de las ambulancias en el proceso de revisión y ajustes según necesidad en el taller.	D20	0,005	2	0,01
En el lineamiento emitido por el ministerio de salud se referían formatos como plan de cuidado, seguimiento y canalización y estos no fueron remitidos; lo cual requirió de un ajuste de los mismos y operatividad de los equipos básicos.	D21	0,002	1	0,002
Equipos de cómputo de varias oficinas no son propios del hospital, sino se maneja por medio de terceros.	D22	0,005	2	0,01
Errores dentro del sistema, Dificultad de identificación de expediente, fallas de conexión y desviaciones por error dentro del sistema.	D23	0,005	2	0,01
escasa adherencia del personal a los procesos desplegados	D24	0,005	2	0,01
escasa capacitación continua del personal	D25	0,01	2	0,02
especialidades que dan solo cubrimiento de solo 8 diarias y que por responsabilidad médico legal deberían ser de 24 horas, retrasando indicadores de procesos hospitalarios	D26	0,01	2	0,02
Evaluación de los aspectos propios de central de esterilización	D27	0,002	1	0,002
Falta autoclave para cubrimiento de toda la institución y sedes integradas	D28	0,005	2	0,01
Falta de apropiación o desconocimiento por parte de los trabajadores en los sistemas de información, plataformas de la entidad	D29	0,005	2	0,01
Falta de compromiso y humanización	D30	0,005	1	0,005
Falta de comunicación efectiva.	D31	0,005	1	0,005
Falta de conciencia ambiental respecto a la clasificación de los residuos sólidos generados en la E.S.E y sus centros de salud adscritos.	D32	0,005	1	0,005
Falta de medición de impacto: comunicaciones hasta ahora cuenta con más integrantes y hasta ahora se está realizando el acople, lo cual no ha permitido realizar una medición de impacto oportuno a las publicaciones.	D33	0,002	1	0,002
Falta de plataforma para el cargue de la información y acceso protegido	D34	0,005	2	0,01
Falta de plataforma para reporte y seguimiento a incidentes y eventos adversos.	D35	0,01	2	0,02
Falta de políticas de ingreso, inducción, evaluación y motivación del talento humano.	D36	0,01	2	0,02
falta de tecnología para control de trazabilidad e inventarios	D37	0,002	2	0,004
Falta de uso en la implementación del sistema.	D38	0,005	1	0,005
Falta hacer auditoria a cada uno de los procesos para verificación	D39	0,005	2	0,01
Falta red de voluntarios de la misma entidad que apoyen la difusión de información.	D40	0,002	1	0,002
Faltan guías médicas	D41	0,01	2	0,02
Formalización e igualdad de empleo	D42	0,002	1	0,002

Descripción	DOFA	Ponderado	Calificación	Resultado
inadecuado proceso de inducción y reinducción del personal los perfiles profesionales y sus cargos no están completamente definidos para toda la institución y sus sedes integradas.	D43	0,01	2	0,02
Incumplimiento de normas técnicas de infraestructura, redes hidráulicas, redes de datos.	D44	0,005	2	0,01
Incumplimiento en la adaptación e interoperabilidad el modelo integrado de gestión de la calidad a los cambios normativos (MIPG-SOGC-SIGC).	D45	0,005	2	0,01
Inexistencia control interno disciplinario.	D46	0,005	2	0,01
Infraestructura insuficiente para atención usuarios, tecnología insuficiente y equipos biomédicos insuficiente	D47	0,005	2	0,01
Insuficiencia en la implementación de estudios de caracterización de vertimientos de aguas residuales generadas en la institución.	D48	0,005	2	0,01
La incidencia de las fallas mecánicas que presentan los vehículos de ambulancias ya que favorecen la dificultad para la capacidad de respuesta inmediata ante las atenciones que se requiera brindar en el servicio.	D49	0,01	2	0,02
La planta de Personal no satisface los requerimientos actuales de la normativa vigente	D50	0,005	1	0,005
Las veredas que conforman el micro territorio número 2 pertenecen a la delimitación del páramo de Santurbán, lo cual fue una barrera para acceder, pues no permitieron el desarrollo de la caracterización en la totalidad del micro territorio y se requirió de nueva definición.	D51	0,002	1	0,002
Limitaciones presupuestarias para la capacitación.	D52	0,005	1	0,005
Limitado desarrollo del sistema de información lo cual oportunidad y validez para la toma de decisiones	D53	0,01	1	0,01
Los datos que posee el ente territorial respecto al número de hogares por micro territorio varían significativamente en el trabajo de terreno, Evidenciándose un número superior al existente en el micro territorio.	D54	0,002	1	0,002
Los equipos básicos deberían garantizarse la continuidad en el micro territorio priorizado.	D55	0,002	1	0,002
Mayor cantidad de funcionarios en carrera administrativa y presupuesto limitado para atender a la cantidad de funcionarios.	D56	0,002	1	0,002
Necesidad de ajuste en el proceso de remisión por horas transcurridas en el proceso de traslado	D57	0,005	1	0,005
Necesidad de control en los insumos y medicamentos utilizados en los procesos de traslado.	D58	0,002	2	0,004
Necesidad de control y seguimiento al uso correcto de los equipos biomédicos por parte del personal de referencia y contrarreferencia.	D59	0,005	2	0,01
Necesidad de cumplimiento de protocolo de egreso de los usuarios con el fin de minimizar el indicador de no aceptación de usuarios por no cumplir con lo establecido para el ingreso a las instituciones y diferentes servicios.	D60	0,01	2	0,02
Necesidad de vehículo de ambulancia medicalizada ya que se cuenta con un solo vehículo para dicho traslado según normatividad.	D61	0,01	2	0,02
No contar con el orden lógico de los documentos. Insuficiencia de Espacio, Dotación de muebles y enseres propios para el desarrollo de las labores de organización y nomenclatura.	D62	0,01	1	0,01
No existe un sistema de costos que nos permita determinar el valor de los servicios	D63	0,005	2	0,01
No hay organización documental y se presentan reprocesos	D64	0,01	2	0,02
No implementación de la totalidad de las prácticas seguras.	D65	0,01	2	0,02
No se cuenta con coordinación de enfermería	D66	0,002	1	0,002
No se cuenta con herramientas técnicas, tecnológicas que permitan mejorar el proceso	D67	0,005	1	0,005
No se cuenta con organigrama que permita la operatividad de la institución desde la jerarquía	D68	0,002	1	0,002
No se cuenta con repositorio accesible de documentación de procesos, que permita la consulta de los colaboradores	D69	0,005	2	0,01
No se cuenta con una herramienta/plataforma que permita el despliegue de la documentación de los procesos establecidos, evaluación y adherencia a los procesos institucionales.	D70	0,005	2	0,01
No se cuentan con el cumplimiento de las condiciones de conservación dadas por el AGN	D71	0,01	2	0,02
No se tiene información real de inventarios documentales - FUID en producción por gestión- No aplicación de Formatos.	D72	0,005	2	0,01

Descripción	DOFA	Ponderado	Calificación	Resultado
No se tiene selección, sistema de inventarios y exactitud sobre los expedientes en reposo para consultas.	D73	0,01	2	0,02
Personal con múltiples trabajos simultáneos	D74	0,002	1	0,002
Personal flotante y en formación. Mal clima organizacional por insatisfacción. Deshumanización de la atención. Falta de compromiso y despreocupación	D75	0,01	1	0,01
Personal insuficiente para el cubrimiento de la prestación del servicio	D76	0,005	2	0,01
Plan de capacitación	D77	0,005	2	0,01
Poca aplicación e implementación de los módulos de software financiero	D78	0,005	2	0,01
POCO ESPACIO PARA MANTENER EL ARCHIVO FÍSICO DE LOS SOPORTES DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	D79	0,01	2	0,02
Posibles errores de digitación por falta de funcionamiento del módulo correspondiente	D80	0,002	2	0,004
Presupuesto insuficiente para llevar a cabo las mejoras que se requieren en infraestructura, contratación de personal y procesos prioritarios	D81	0,005	2	0,01
problemas de comunicación asertiva y aceptación de indicaciones para mejoramiento de los procesos	D82	0,002	1	0,002
Que no todas la áreas manejan el SIEP y las entidades tampoco quieren manejar la ventanilla única para radicación de información - falta de capacitación continua, comunicación no asertiva entre dependencias, espacio no adecuado a la necesidad y falta de muebles para archivo.	D83	0,005	2	0,01
Recaudo insuficiente de las cuentas por cobrar de EPS	D84	0,002	2	0,004
Recursos limitados: No se cuenta con programas y equipos propios de la Institución.	D85	0,005	2	0,01
Recursos y personal limitados en el área de seguridad y salud en el trabajo.	D86	0,005	2	0,01
Rotación del personal	D87	0,002	2	0,004
Se cuenta con indicaciones de custodia y conservación, pero los parámetros de disposición final de eliminación.	D88	0,005	1	0,005
Se cuenta con un solo quirófano	D89	0,002	1	0,002
Se dificulta el liderazgo de los responsables de cada proceso según modelo operativo institucional, debido a que no se cuenta con un dato estadístico unificado.	D90	0,002	2	0,004
Se requiere de una plataforma que permita el despliegue de la documentación de los procesos establecidos, evaluación y adherencia a los procesos institucionales.	D91	0,005	2	0,01
Sistematización de procesos	D92	0,002	2	0,004
Tecnología Biomédica en obsolescencia e incumplimiento en algunos servicios.	D93	0,01	2	0,02
Resultado EFI				2.63

Fuente: Elaboración propia

6.1.4. FACTORES EXTERNOS – MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES EXTERNOS (EFE)

Se realiza el análisis de las fuerzas Externas de la institución (Oportunidades y Amenazas), de acuerdo con la base de datos de la consulta realizada luego del proceso de depuración se identificaron 90 amenazas y 108 oportunidades; realizado el proceso de calificación de los factores externos se obtuvo como resultado un valor del EFE de 2,38.

Tabla 30: Resultados de la evaluación de factores externos

Descripción	DOFA	Ponderado	Calificación	Resultado
Acciones de inspección y sanción administrativas por incumplimientos.	A1	0,01	2	0,02

Descripción	DOFA	Ponderado	Calificación	Resultado
Alta presión y carga de trabajo.	A2	0,005	2	0,01
Alta rotación de personal calificado.	A3	0,005	2	0,01
Aumento de precios de productos farmacéuticos en el mercado.	A4	0,002	2	0,004
Aumento demanda de servicios, riesgo elevado de ataques cibernéticos y cambios de políticas gubernamentales	A5	0,005	3	0,015
Avances tecnológicos	A6	0,002	3	0,006
Cambios constantes de la normatividad para el sector salud.	A7	0,005	2	0,01
Cambios constantes de las políticas de ministerio del trabajo	A8	0,005	2	0,01
Cambios en la normatividad aplicable a la recolección de residuos generados en la atención en salud, que pueden incurrir en cargas adicionales al contrato que se tiene establecido.	A9	0,01	3	0,03
Cambios Normativos para el Sistema Obligatorio de la calidad.	A10	0,005	2	0,01
capacidad de recurso humano para abastecer las necesidades quirúrgicas de la institución y sedes integradas	A11	0,005	3	0,015
Complejidad en las plataformas y accesos de comunicación con las EPS.	A12	0,002	3	0,006
CRISIS ECONÓMICA EN EL SECTOR.	A13	0,005	3	0,015
Crisis sanitarias	A14	0,01	3	0,03
Daño reputacional, tiempos de espera prolongados en el acceso que pone en riesgo el estado de salud del usuario	A15	0,005	3	0,015
Déficit en la capacidad instalada de las IPS, debido que no cuentan con lo necesario para recibir los usuarios en ocasiones como (disponibilidad de oxígeno o de camilla para instalación y entrega de los usuarios según necesidad)	A16	0,005	2	0,01
Demanda insatisfecha	A17	0,002	2	0,004
Demora por parte de las eps en el proceso de autorización de los traslados de los usuarios y requerimiento de exámenes complementarios y solicitud de oxígeno.	A18	0,002	3	0,006
Desigualdad laboral. Tipo de contratación	A19	0,005	2	0,01
Desinformación y noticias falsas	A20	0,002	3	0,006
Detrimiento por reproceso de intervenciones	A21	0,002	2	0,004
Dificultad en el acceso a sistemas de información	A22	0,005	3	0,015
El mal manejo del call center de la entidad, genera mala reputación del mismo.	A23	0,005	2	0,01
El tener suspendido el ingreso al micro territorio 2 retrasó el proceso de caracterización.	A24	0,002	3	0,006
Encontrar viviendas solas y por la premura del tiempo no alcanzar a realizar una segunda Visita	A25	0,002	2	0,004
Escases de recurso humano debido a Salarios y Honorarios inferiores al mercado.	A26	0,005	2	0,01
Existencia de procesos administrativos sancionatorios	A27	0,005	3	0,015
Falta de comunicación asertiva con el usuario interno y externo de la ESE	A28	0,005	3	0,015
Falta de disponibilidad en las IPS, para la aceptación de usuarios según necesidad.	A29	0,01	2	0,02
Falta de especificaciones técnicas en el módulo destinado al proceso	A30	0,002	2	0,004
Falta de pago de las eps.	A31	0,005	3	0,015
Fue una primera puesta en marcha de la operatividad de los equipos básicos en salud y se evidenciaba carencia de algunos formatos propuestos por el ministerio.	A32	0,002	3	0,006
Fuga de clientes por capacidad insuficiente	A33	0,005	2	0,01

Descripción	DOFA	Ponderado	Calificación	Resultado
Fuga de talento humano por bajo nivel de salarial.	A34	0,005	3	0,015
Hallazgos y sanciones por pérdida de información en material de conservación permanente.	A35	0,01	2	0,02
Impacto financiero por los descuentos generados por los valores glosados de las eps	A36	0,01	2	0,02
Impactos directos sobre acceso mal intencionada sobre formatos por parte de terceros .	A37	0,002	2	0,004
Incertidumbre nuevo sistema de salud.	A38	0,005	3	0,015
Incrementos de niveles de insatisfacción	A39	0,005	3	0,015
Incumplimiento de a la normalidad vigente para los funcionarios de carrera administrativa.	A40	0,005	3	0,015
Incumplimiento de la frecuencia de recolección del material aprovechable por parte de la asociación encargada.	A41	0,01	2	0,02
Incumplimiento de las normativas de seguridad y salud en el trabajo.	A42	0,01	3	0,03
Inestabilidad financiera del sistema de salud y de las eps	A43	0,002	3	0,006
Inexistencias y pérdidas de la información, Sanciones derivadas, hallazgos por auditoria.	A44	0,01	2	0,02
Infraestructura no apta	A45	0,01	2	0,02
Infraestructura no está dividido en urgencias adulto de pediatría y gineco	A46	0,002	2	0,004
La distancia entre cada vivienda que expone a posibles picaduras de insectos, mordedura de perros, caídas al personal de salud.	A47	0,002	3	0,006
La tecnología por implementar es extensa.	A48	0,002	3	0,006
limitación para presupuestal para cambios de tecnología: software - hardware	A49	0,002	2	0,004
Limitación presupuestal para poder a cabo los distintos planes de mejora	A50	0,002	2	0,004
Mayor posibilidad de error humano.	A51	0,01	2	0,02
Multas por incumplimiento en SOGC	A52	0,01	2	0,02
Necesidad de apoyo por parte de la central de referencia (CRUE) para el direccionamiento de los usuarios y disminuir el tiempo de traslado y el indicador de no aceptación de los usuarios por parte de las instituciones.	A53	0,01	2	0,02
Necesidad de educación continua a los usuarios del debido proceso de remisión y traslado con el fin de minimizar las insatisfacciones y procesos judiciales por parte de los usuarios por demoras en los traslados.	A54	0,002	2	0,004
No calidad de atención	A55	0,005	2	0,01
No contar con el personal oportunamente para atender emergencias y realizar planes de mejoramiento para la entidad.	A56	0,005	2	0,01
No contar con proceso de selección de personal. Ni control interno disciplinario	A57	0,005	1	0,005
No está estructurado el mapa de procesos cada uno de los líderes Motivación Estructuración	A58	0,005	2	0,01
No incremento del valor de LA UPC.	A59	0,01	2	0,02
No se cuenta con comunicación interna para municipios y la ese	A60	0,005	3	0,015
No tenemos la sala de partos oportunamente habilitadas	A61	0,005	2	0,01
Nuevos pagadores.	A62	0,002	3	0,006
Oportunidad de pérdida y deterioro de instrumental y ropa quirúrgica	A63	0,01	2	0,02
Pagos extemporáneos de las eps	A64	0,002	3	0,006

Descripción	DOFA	Ponderado	Calificación	Resultado
Percepción de inseguridad en los micro territorios, la cual es referida por el personal, pero de manera oficial no se ve idéntica presencia de grupos al margen de la ley en el micro territorio.	A65	0,002	2	0,004
Perdida de autoridad en las unidades funcionales en la exigencia de cumplimiento en obligaciones, anarquía en los servicios.	A66	0,002	3	0,006
Pérdida de confianza pública	A67	0,01	2	0,02
perdida de documentos digitales, por equipos obsoletos y falta de plataforma con capacidad de almacenamiento, y perdida de documentos físicos sin condiciones normativas de ley de archivo	A68	0,005	2	0,01
Perdida de información construida en el tiempo, que incluye conocimiento tácito y explícito	A69	0,005	2	0,01
Perdidas de información, fallas técnicas y ataques cibernéticos.	A70	0,01	2	0,02
Pérdidas financieras, no hay organización de gastos, no hay buenas negociaciones	A71	0,01	2	0,02
Personal con restricción médica	A72	0,002	3	0,006
Población colombiana y extranjera flotante, quienes retornaron a su lugar de origen por lo cual no se logró terminar esquemas de vacunación.	A73	0,005	3	0,015
Poca eficacia en la intervención de los organismos de control para garantizar el pago oportuno	A74	0,005	2	0,01
Posibilidad de ataques cibernéticos	A75	0,01	2	0,02
Posibles sanciones externas por no cumplimiento de infraestructura acorde a la norma.	A76	0,005	2	0,01
Presupuesto Limitado	A77	0,01	3	0,03
Privacidad en historia clínica	A78	0,005	3	0,015
Quedar sin equipos de cómputo por inconvenientes con el contrato de la empresa tercerizada.	A79	0,01	3	0,03
Riesgo de Perdida por vencimiento y sustracción	A80	0,005	3	0,015
Riesgo de seguridad y privacidad de datos.	A81	0,005	3	0,015
Riesgo jurídico	A82	0,005	3	0,015
Riesgos permanentes financieros, jurídicos, fiscales, penales, etc	A83	0,01	3	0,03
Salarios y Honorarios inferiores al mercado.	A84	0,002	3	0,006
Sanciones, Hallazgos de auditoria por incumplimientos.	A85	0,01	3	0,03
Sanciones por parte de órganos de control y mediciones insuficientes en efectos de avance en la gestión.	A86	0,005	2	0,01
Se requiere estructuración de la coordinación de enfermería	A87	0,005	3	0,015
Selección del personal con experiencia y conocimiento.	A88	0,01	3	0,03
Tarifas más económicas de la competencia en algunos servicios	A89	0,005	3	0,015
Temor de la población para acudir a la vacunación, por falsas creencias o mitos.	A90	0,01	3	0,03
Acceso a programas de formación y certificación externa.	O1	0,005	3	0,015
Adopción de los formatos - aplicar técnicas del debido cuidado de clasificación de soportes.	O2	0,005	3	0,015
Adopción de nuevas tecnologías y formación y actualización continua del personal	O3	0,01	2	0,02
Adquirir equipos de cómputo propios de la entidad.	O4	0,005	1	0,005
Adquirir plataforma para consulta de documentación que permita evaluación y seguimiento de ingreso con indicadores	O5	0,005	1	0,005
Adquisición de herramienta tecnológica para la elaboración y seguimiento de los planes de mejoramiento.	O6	0,005	1	0,005
Adquisición de Tecnología biomédica para renovación innovación y cumplimiento mínimas de habilitación en los servicios.	O7	0,005	2	0,01

Descripción	DOFA	Ponderado	Calificación	Resultado
Adquisición de tecnología para aumentar los modos de esterilización, garantizando suplir necesidades internas y lograr mejorar el portafolio de venta de servicio y clientes externos.	O8	0,005	2	0,01
Adquisición o desarrollo de una herramienta tecnológica que permita integrarse a la página para hacer cargue documental y tener memoria digital de la ESE	O9	0,005	2	0,01
Diseño de políticas de gestión, acordes con la naturaleza propia de la ESE				
Ajustar el organigrama institucional que permita establecer niveles jerárquicos, distribuyendo responsabilidades, permitiendo cumplimiento de planes y metas	O10	0,005	1	0,005
Ampliación de atención a partos cesárea	O11	0,002	1	0,002
Ampliación del servicio de rehabilitación	O12	0,002	1	0,002
Ampliar la oferta de procedimientos, consultas y ayudas diagnósticas, que garantice integralidad de la atención de acuerdo a lo recomendado en rutas de promoción y mantenimiento de la salud, Rutas de riesgo, guías de práctica clínica y la evidencia científica.	O13	0,005	2	0,01
Análisis de datos y uso de inteligencia artificial.	O14	0,005	1	0,005
Articulación del Plan Maestro de Infraestructura y Dotación.	O15	0,005	2	0,01
Aumento de presupuesto para atender la necesidad de los funcionarios en carrera administrativa.	O16	0,005	3	0,015
Aumento de productividad	O17	0,01	2	0,02
Ingresos eficientes				
Aumento en la demanda de contratación con las diferentes aseguradoras y clientes potenciales	O18	0,005	2	0,01
Avance en el cumplimiento de las nuevas directrices emanadas por el ministerio de salud y protección social, operativización de los equipos básicos en salud y nuevo plan decenal de salud pública (PDSP).	O19	0,01	2	0,02
Buscar efectos de corto y mediano plazo que permitan el alcance las condiciones mínimas de conservación de la información y el expediente.	O20	0,002	2	0,004
Capacidad de gestión de gerencia y sugerencias	O21	0,005	2	0,01
capacitación en nuevas habilidades, implementación de nuevas tecnologías	O22	0,005	2	0,01
capacitación periódica al recurso humano	O23	0,005	2	0,01
Cerrar brechas del sistema único de Habilitación.	O24	0,005	2	0,01
contar con proceso adecuado de inducción y reinducción del personal	O25	0,005	2	0,01
Contar con un dato estadístico unificado que facilite el liderazgo de los responsables de cada proceso según modelo operativo institucional,	O26	0,005	2	0,01
Contratos sin Riesgo compartido de UCI y HELP TRAUMA en etapa de terminación lo que aumenta flujo de recursos	O27	0,005	3	0,015
Crecimiento en el uso de medios digitales: el incremento en las nuevas plataformas y redes sociales, permite una rápida difusión de la información.	O28	0,002	3	0,006
Cumplimiento de la normatividad vigente que requiere el trayecto a la habilitación y acreditación del servicio	O29	0,005	2	0,01
definir los perfiles profesionales y sus cargos para toda la institución y sus sedes integradas.	O30	0,002	2	0,004
Definir los recursos y el cronograma para la referenciación de calidad con entidad del mismo nivel acreditada.	O31	0,002	3	0,006
Definir y adquirir un módulo de operación para el callcenter	O32	0,005	2	0,01
Definir y mejorar la calidad del del dato estadístico para la toma de decisiones oportunas.	O33	0,005	2	0,01
Desarrollo de jornada integral en salud en el micro territorio priorizado.	O34	0,002	3	0,006
Digitalización y automatización de procesos.	O35	0,01	2	0,02

Descripción	DOFA	Ponderado	Calificación	Resultado
Diseñar una herramienta para el control adecuado de los inventarios	O36	0,005	2	0,01
Documentar y presentar las solicitudes de habilitación de nuevos servicios conforme a capacidad concertada aprobada y documento de Red del IDS.	O37	0,005	3	0,015
Documentos actualizados Venta de SERVICIOS	O38	0,002	3	0,006
Donativos de diferentes organizaciones, de insumos para el programa institucional de vacunación. Apoyo de instituciones educativas como Universidad de Pamplona y Escuela de formación EFORSALUD.	O39	0,002	3	0,006
Educación por redes sociales: se ofrece contenido educativo a los usuarios para fortalecer los programas de promoción y mantenimiento de Salud.	O40	0,002	3	0,006
Espacios de ampliación suficientes para proyectos de expansión.	O41	0,005	3	0,015
Establecer espacios y dotación óptima de equipos y enseres	O42	0,002	3	0,006
Establecer indicadores	O43	0,005	3	0,015
Establecer interoperabilidad mediante conexión en línea de las sedes.	O44	0,01	2	0,02
Establecer nuevas estrategias para asignación de citas a largo tiempo, seguimiento al paciente para su asistencia y mejoramiento del manejo de PQRS	O45	0,005	3	0,015
Establecer un centro de costos acorde con la adaptación de las vías clínicas, guías de práctica clínica y protocolos de atención.	O46	0,005	2	0,01
Establecer un modelo de honorarios a contratistas.	O47	0,002	2	0,004
Establecer una herramienta para la visualización, evaluación de adherencia de la documentación de cada proceso.	O48	0,01	2	0,02
Expansión y creación del hospital nuevo.	O49	0,01	3	0,03
Feedback de los usuarios: contamos con medios oficiales para información directa por parte de los usuarios que permiten la retroalimentación para fortalecer el área de comunicaciones.	O50	0,005	2	0,01
Formular y presentar los proyectos de dotación para la concertación de capacidad instalada de Chitagá, Cécota, Cucutilla y Nuevo Hospital	O51	0,005	2	0,01
Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia, debido a que el modelo de salud plantea que se debe lograr tramitar las necesidades de los usuarios hospitalarios y ambulatorios, entre la entidad responsable de pago y el prestador.	O52	0,005	2	0,01
Fortalecimiento de infraestructura y tecnología	O53	0,005	3	0,015
Fortalecimiento de los servicios de salud e identificación de la oferta institucional.	O54	0,005	3	0,015
Fortalecimiento tecnológico, ampliar la capacidad instalada de consulta	O55	0,005	2	0,01
Garantía en la prestación de los servicios en la comunidad de manera individual y colectiva.	O56	0,005	3	0,015
Generar espacio de acciones de mejora en forma presencial y virtual. Integrar profesionales en todas las áreas. Despliegue a todo nivel resultados de reportes/acciones	O57	0,005	2	0,01
Gestión de conocimiento; Elaboración, Adaptación y adopción de; Vías Clínicas, Guías de práctica clínica, Protocolos.	O58	0,01	2	0,02
Gestión de recursos departamentales y nacionales para cofinanciación de proyectos	O59	0,01	3	0,03
Gran demanda de usuarios	O60	0,002	3	0,006
Ha mejorado la adherencia del personal a los procesos desplegados	O61	0,002	2	0,004
Hacer organización de funciones por procesos	O62	0,002	2	0,004
Han mejorado los problemas de comunicación asertiva y aceptación de indicaciones para mejoramiento de los procesos, a través de capacitación y trato humanizado.	O63	0,002	2	0,004

Descripción	DOFA	Ponderado	Calificación	Resultado
Herramientas jurídicas para la defensa de la entidad	O64	0,005	2	0,01
Implementación de estrategia APS.	O65	0,002	3	0,006
Implementación de nuevos programas y tecnologías en el área de seguridad y salud en el trabajo.	O66	0,005	3	0,015
Implementación de programas de bienestar y salud mental.	O67	0,005	3	0,015
Implementación de tratamiento de aguas residuales previo al descargue de estas.	O68	0,005	2	0,01
Implementación del sistema de modelo de Kuapp.	O69	0,005	3	0,015
Implementación y aplicación de criterios ambientales (ventilación, iluminación, etc.) en el diseño y construcción de nuevas instalaciones pertenecientes al hospital y sus centros de salud adscritos.	O70	0,005	2	0,01
Implementar las mejoras de adecuación de infraestructura de las áreas de Cirugía, Central de Mezclas, y las sedes.	O71	0,002	2	0,004
Implementar los requerimientos de mejora del software (Kubapp) en cumplimiento de normatividad y estudio para viabilizar financieramente los requerimientos por mejora de procesos.	O72	0,005	3	0,015
implementar un programa de capacitación continua del personal teniendo en cuenta eL PIC	O73	0,01	2	0,02
Integración de modelos de atención individualizada basada en tendencias de medicina de la precisión.	O74	0,002	2	0,004
La disposición de la comunidad en atender y diligencia la tecnología	O75	0,002	3	0,006
Liderazgo enfocado a la humanización y calidad de atención	O76	0,005	3	0,015
Los Líderes de procesos institucionales han desarrollado la documentación de los procesos que se realizan en sus áreas en forma completa y están actualizados cumpliendo con los estándares solicitados en procesos prioritarios.	O77	0,005	3	0,015
Los servicios hospitalarios requieren con urgencia la implementación de clínica de heridas, política de humanización y buen trato.	O78	0,005	2	0,01
Mejoramiento continuo y miras a una acreditación	O79	0,01	3	0,03
Mejoras de la configuración y parametrización del sistema, potencializar la selección y el efecto de orden lógico de almacenamiento para acceso rápido y búsqueda.	O80	0,005	2	0,01
Mejoras directas sobre imagen corporativa y mejora de las estructuras documentales y su presentación.	O81	0,002	2	0,004
Mejoras en los mecanismos de transferencias de información -menorar impacto negativo de riesgos y establecer métodos de consulta de fácil acceso.	O82	0,002	2	0,004
Nivelación salarial del personal respecto a la realidad del departamento.	O83	0,005	2	0,01
Nuevo documento de operabilidad de la red pública del departamento.	O84	0,005	3	0,015
Oferta permanente de convocatorias para actualizar conocimientos a nivel nacional	O85	0,005	2	0,01
Capacidad de mejoramiento en la respuesta efectiva ante la necesidad del servicio y usuarios.	O86	0,002	3	0,006
Organizar y estandarizar procesos de calidad	O87	0,005	3	0,015
Plan hospitalario domiciliario	O88	0,002	3	0,006
Posibilidad de aumentar la frecuencia de recolección externa de residuos sólidos generados en la atención en salud.	O89	0,002	2	0,004
Posibilidad de la adecuación del cuarto de almacenamiento de estos residuos según las normativas ambientales vigentes.	O90	0,002	2	0,004
Protocolos de comunicación en crisis	O91	0,005	3	0,015
Proyección en la productividad	O92	0,002	2	0,004
Realizar documento que contenga las variables necesarias para definir intervención de la infraestructura con toma de decisiones, que incluya proyecciones de crecimiento armonicas y ordenadas	O93	0,002	2	0,004

Descripción	DOFA	Ponderado	Calificación	Resultado
Recopilación de información que permitió conocer las problemáticas actuales de cada comunidad y derivar a la red interinstitucional con el fin de lograr su resolutiveidad.	O94	0,002	3	0,006
Recurso humano idóneos comprometido.	O95	0,005	3	0,015
Rediseñar la planta de personal que responda a las nuevas necesidades establecidas	O96	0,005	2	0,01
Regulación e Inclusión de nuevas tecnologías sanitarias (Medicamentos-Dispositivos médicos y equipos biomédicos) en el sistema de salud.	O97	0,002	2	0,004
Relaciones adecuadas con los medios de comunicación locales	O98	0,002	3	0,006
Reorganización espacios de servicios	O99	0,005	2	0,01
Reorganización, reestructuración y nivelación.	O100	0,005	2	0,01
Se cuenta con control interno disciplinario.	O101	0,002	2	0,004
Se cuenta con especialidades prioritarias que dan cobertura 24 horas de servicio en hospitalarios teniendo en cuenta responsabilidad medico legal, mejorando los indicadores de procesos hospitalarios	O102	0,002	3	0,006
Se cuenta con Presupuesto suficiente para llevar a cabo las mejoras que se requieren en infraestructura, contratación de personal y procesos prioritarios	O103	0,01	3	0,03
Se cuenta con una plataforma que permita el despliegue de la documentación de los procesos, evaluación y seguimiento para mejoramiento continuo.	O104	0,005	2	0,01
Se tiene indicaciones documentales y soporte normativo adaptado en manual - se considera prudente establecer personal con competencia para el tema	O105	0,002	2	0,004
Sistematizar el proceso de call center	O106	0,005	2	0,01
Único prestador del servicio de segundo nivel en la provincia	O107	0,01	4	0,04
Uso de economía circular para abarcar la armonía con el ambiente.	O108	0,002	2	0,004
Resultados EFE				2.38

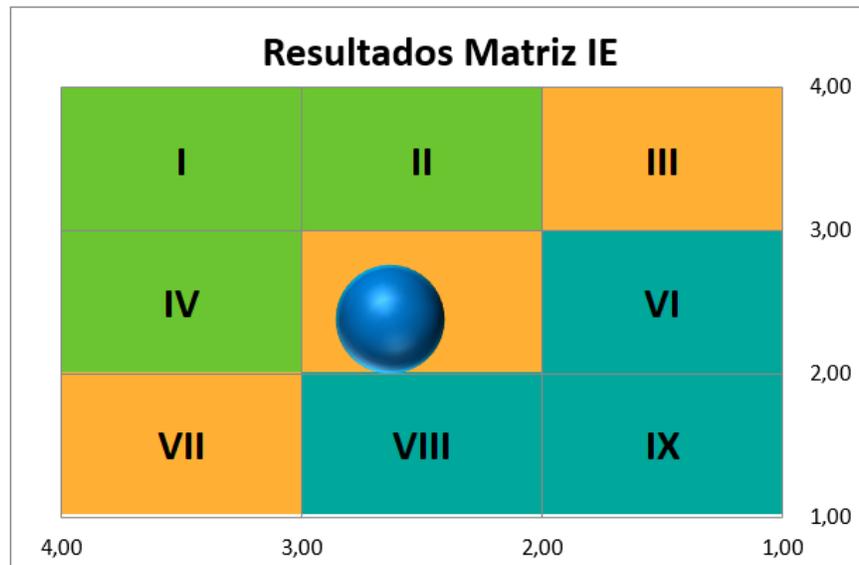
Fuente: Elaboración propia

6.1.4. GRÁFICA DE RESULTADOS – MATRIZ IE

La matriz Interna Externa (IE) es una herramienta para evaluar a una organización, tomando en cuenta sus Factores Internos (Fortalezas y Debilidades) y sus Factores Externos (Oportunidades y Amenazas), cuantificando un índice que se puede graficar y ubicar en uno de los 9 cuadrantes de dicha matriz.

Realizado el proceso de evaluación de factores y según los resultados en (EFI) donde se obtuvo una calificación de 2.63 y en conjunto con los resultados en (EFE) donde se obtuvo una calificación de 2.63, se procede a graficar los totales ponderados en los ejes X y Y respectivamente, donde se da una ubicación con mayor peso en el cuadrante V; con este resultado y según lo dispuesto en la metodología se recomienda para La ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona estrategias de penetración en el mercado y el desarrollo de producto, continuar con el óptimo el manejo de recursos y maximizar la productividad de los servicios habilitados.

Figura 11: Resultados de la Matriz IE



Fuente: Elaboración propia

6.2. RESULTADOS DE LA METODOLOGÍA

6.2.4. FO

- Gestión del proyecto de construcción de la IPS pública de mediana complejidad en Pamplona, de tal manera que, a más tardar en 2025 se disponga de los planes aprobados por MSPS y, en ese mismo año se presente el proyecto de construcción para gestionar recursos del departamento y la nación. (F52 - O21, O49, O51, O59, O70, O78)
- Gestión para la construcción de la IPS de Cucutilla. (F52 - O51, O71)
- Mejoramiento de la prestación del servicio, cumplimiento de condiciones de habilitación (F13, F32, F47 - O7, O24, O29, O37, O59)
- Gestión para la construcción de la IPS de Chitagá. (F52 - O51, O71)
- Gestión para la construcción de la IPS de Cácuta. (F52 - O51, O71)
- Aprovechar la existencia de convenios docencia-asistencia para el desarrollo de investigaciones en temas de interés para la ESE. (F4, F14, F40, F41, F59, F71 - O22, O23, O39, O63, O73)
- Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional con resultados superiores al 90% (F52 - O51, O71)

6.2.5. DO

- Implementación de un sistema de costos al interior de la ESE HSJDD. (D63 - O46)
- Estudio de factibilidad sobre proceso de formalización de empleo para los misionales (D81 - O47, 0103)
- Fortalecer y promover los espacios de interlocución entre la ESE HSJDD y sus usuarios permitiendo que la administración desarrolle los procesos de transparencia, mejoramiento de la gestión y construcción de la cultura pública. (D47, D60 - O40, O50, O86 - A28, A54)
- Renovación del parque automotor de transporte asistencial (D20, D50, D61 - O52, O59)
- Reporte oportuno y suficiente de la información correspondiente al Decreto 2193 y la Circular Única de la SNS (D5, D35, D90 - O14, O26, O33)
- Mantener en costo promedio de la UVR producida, en pesos constantes. (D63 - O17, O46, O92)
- Contratar la prestación de servicios con base en decisiones informadas y analizadas. (D5, D17, D90 - O14, O26, O33)
- Crecimiento de los indicadores de liquidez, solvencia y rentabilidad. (D63 - O17, O46, O92)
- Mantener el equilibrio con recaudo. (D63 - O17, O46, O92)
- Adquisición de un porcentaje no menor al 30% de medicamentos y material médico quirúrgico a través de los mecanismos establecidos en la Resolución 408 de 2018. (D58, D63 - O17, O46, O92, O97)
- Categorización del riesgo fiscal y financiero de la ESE como SIN RIESGO. (D63 - O17, O46, O92)

6.2.6. FA

- Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, con cumplimiento superior al 90% (F48, F50, F55, F56 - A10)
- Reducir las glosas por P y P y reducir las devoluciones. (F3, F23, F33, F35, F37, F44, F70, F76 - A36)

- Mejorar los tiempos de rotación de cartera. (F3, F23, F33, F35, F37, F44, F70, F76 - A36)
- Reducir las pérdidas por mala praxis. (F14, F40, F41, F42, F71 - A82, A83)

6.2.4. DA

- Cumplimiento del SGSST y mejoramiento de la seguridad del paciente (D6, D65, D86 - A42)
- Establecimiento de un componente de auditoría integral que permita monitorear los diversos aspectos de las unidades de negocio de la ESE (Consulta externa, hospitalización, otros servicios). (D39 - A44, A68, A85)
- Mantener la oportunidad para la asignación de cita de medicina especializada por debajo de los estándares de la Resolución 408 de 2018 (D19 - A23)
- Fidelizar al personal con mejores remuneraciones y trabajos estables (D42 - A19, A26, A34, A84).

7. PLANES OPERATIVOS ANUALES

Se presenta a continuación los Planes Operativos Anuales 2024 – 2027 con los cuales, previa aprobación de la Junta Directiva, trabajará la entidad. No significa lo anterior que, si una situación no queda incluida dentro de la propuesta, no pueda ser objeto de intervención.

El documento solo plantea aquellas que ha considerado más importantes, pero no solamente es posible si no también necesario que, incorporadas o no a los planes operativos anuales, otros aspectos que se cataloguen como relevantes sean retomados por la gerencia de la entidad y trabajados a través de los distintos comités que posee la empresa social del estado.

7.1. PLAN OPERATIVO ANUAL 2024

Tabla 31: Proyecto 1 – POA 2024

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
Proyecto 1. Gestión para el cumplimiento de las acciones de dirección y gerencia de la ESE HSJDD	Meta 1. Resultado de indicador de Autoevaluación en condiciones de acreditación evaluado a febrero 28 entre las vigencias 2024 a 2027 muestra crecimiento interanual de 7% (línea base 1.5).	Monitoreo semestral del indicador 1, iniciando en julio 2024 y terminando en febrero de 2027.	Profesional de calidad con apoyo de Subgerencia Científica.	Autoevaluación vigencia evaluada / Autoevaluación vigencia anterior.	Recursos propios ESE HSJDD	Apoyo Subgerencia Científica y Administrativa.
	Meta 2. El indicador con referencia al grado del cumplimiento del PAMEC arroja un resultado igual o superior al 90% en cada vigencia, entre 2024 y 2027.	Monitoreo semestral del indicador 2 iniciando en julio 2024 y terminando en febrero de 2027	Profesional de apoyo a la subgerencia científica y Calidad.	Existe informe semestral del comportamiento de este indicador.	Recursos propios ESE HSJDD	Apoyo Subgerencia Científica y Administrativa.
	Meta 3. La ESE cuenta con un sistema de auditoría unificado y concurrente que contribuye a reducir las demandas por mala praxis entre 2024 y 2027.	Monitoreo trimestral del indicador iniciando en septiembre 2024 hasta diciembre de 2027.	Gerencia y Subgerencia Científica.	Informe trimestral a partir de sept 2021, de los resultados de auditoría y acciones de mejora propuestas y ejecutadas.	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 4. Se ha implementado y ejecuta un programa de capacitación sobre protocolos o guías de manejo de las diez primeras causas de egreso hospitalario y de consulta externa que abarca el 100% del personal asistencial entre 2024 y 2027. (20% en 2024, 30% en 2025, 30% en 2026 y 20% en 2027	A ejecutar entre julio de 2024 y diciembre de 2027.	Medico líder de la auditoría.	Se dispone de soporte documental de seis eventos anuales de capacitación entre 2024 y 2027	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 6. La ESE HSJDD - Pamplona ejecuta, en cada vigencia, los planes de capacitación y bienestar social de la ESE garantizando el 90% de su cumplimiento.	A diciembre 31 de cada anualidad entre 2024 y 2027.	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Informe de Talento Humano.	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 7. Porcentaje de cumplimiento del PINAR. La ESE HSJDD Pamplona incrementa en 2 puntos porcentuales en cada vigencia el resultado del PINAR. Línea Base 61,8	A diciembre 31 de cada vigencia entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa	Informe del responsable del PINAR	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 8. Porcentaje de cumplimiento de la política de Administración Integral del Riesgo. La ESE HSJDD Pamplona cumple con un mínimo del 85% de las actividades programadas en cada vigencia	A diciembre 31 de cada vigencia entre 2024 y 2027	Subgerencias Científica y Administrativa.	Informe del Jefe de la Oficina de CI de Gestión.	Recursos propios ESE HSJDD	

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
	Meta 9. Porcentaje de cumplimiento en los estándares mínimos del SGSST (Res 312 de 2019). La ESE HSJDD - Pamplona cumple con un mínimo del 85% de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo según la norma.	A diciembre 31 de cada vigencia entre 2024 y 2027	Subgerencias Científica y Administrativa.	Informe del responsable del componente de Seguridad y Salud en el trabajo.	Recursos propios ESE HSJDD	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 32: Proyecto 3 – POA 2024

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
Proyecto 3. Gestión para el desarrollo del componente financiero/ administrativo de la ESE Hospital San Juan de Dios.	Meta 17. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona ha sido categorizada por el MSPS como sin riesgo fiscal y financiero entre los años 2024 a 2027	30 de mayo de cada anualidad entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Resolución expedida por el MSPS entre 2024 y 2027.	Recursos de orden deptal Y/ o nacional.	
	Meta 18. Se ha mejorado en dos puntos porcentuales el indicador de rentabilidad de la ESE entre 2024 y 2027.	30 de marzo de cada anualidad entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Certificación del contador de la ESE.	Recursos de orden deptal Y/ o nacional.	
	Meta 19. Se ha mejorado en dos puntos porcentuales el indicador de liquidez de la ESE entre 2024 y 2027.	30 de marzo de cada anualidad entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Certificación del contador de la ESE.	Recursos propios	
	Meta 20. Se ha mejorado en dos puntos porcentuales el indicador de solvencia de la ESE entre 2024 y 2027.	30 de marzo de cada anualidad entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Certificación del contador de la ESE.	Recursos gobernación.	
	Meta 21. La ESE HSJDD mantiene en cero (0) la deuda superior a 30 días con personal de planta y contratistas durante los cuatro años de vigencia del PD.	Seguimiento trimestral en cada una de las vigencias entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa.	Certificación del contador de la ESE.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 22. La ESE HSJDD se mantiene en equilibrio presupuestal con recaudo durante los cuatro años de vigencia del PD.	Seguimiento trimestral en cada una de las vigencias entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa.	Certificación Profesional de Presupuesto de la ESE	Recursos propios de la ESE	
	Meta 25. la ESE dispone de estatuto de contratación actualizado.	A diciembre de 2024	Subgerencia Administrativa.	Acuerdo de adopción de Estatuto de Contratación actualizado por	Recursos propios de la ESE	

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
				parte de la Junta Directiva		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 33: Proyecto 4 – POA 2024

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
Proyecto 4. Otras acciones de gestión que contribuyen al fortalecimiento Institucional y de prestación de servicios.	Meta 26. La ESE Hospital San Juan de Dios cumple con los reportes de información del decreto 2193 y la Circular Unica entre 2024 y 2027.	Seguimiento trimestral en cada una de las vigencias entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa y Científica	Certificación anual del MSPS y de la SNS	Recursos propios de la ESE	
	Meta 27. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona cumple con los planes de mejoramiento que suscribe con los organismos de control.	A diciembre de cada anualidad, previa suscripción de los planes.	Subgerencia Administrativa y Científica	Informe de la Jefe de Oficina de CI de Gestión.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 28. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona da continuidad al desarrollo del componente de gestión ambiental dando cumplimiento a por lo menos el 85% de las actividades programadas para cada vigencia.	Monitoreo trimestral de avance y evaluación en cada vigencia entre 2024 y 2027.	Subgerencia Administrativa y Profesional de apoyo en gestión ambiental.	Informe del profesional de apoyo en gestión ambiental.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 29. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona mejorado el desempeño institucional en cuanto a implementación del MIPG en dos puntos porcentuales en cada vigencia.	Evaluación interanual entre 2024 y 2027	Profesional de apoyo a la Gerencia y Calidad.	Informe del coordinador del PSFF.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 30. La ESE cumple con los estándares de tiempo promedio para la asignación de cita para consulta especializada en pediatría, obstetricia y medicina interna de la Resolución 408 de 2018.	Monitoreo trimestral entre 2024 y 2027	Gerencia. Subgerencia Científica	Ficha técnica del SIHO	Recursos propios de la ESE	
	Meta 31. La ESE HSJDD - Pamplona ha realizado el saneamiento del 100% de la cartera de difícil cobro.	A diciembre 30 de 2026.	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Informe de la Subgerencia Administrativa.	Recursos propios de la ESE	

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
	Meta 32. La ESE HSJDD implementa las acciones de repetición contra los responsables de hechos que afecten el patrimonio de la ESE y presenta informe de resultados a la Junta durante los años 2024 a 2027.	Anual entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Informe de la Subgerencia Administrativa.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 33. La ESE socializa con los trabajadores el 100% las obligaciones derivadas de la suscripción de contratos con pagadores	Interanual, entre 2024 y 2027.	Gerencia y Subgerencias administrativa y científica.	Informe de la profesional de CI.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 34. Presentar a Junta Directiva la creación del cargo de Profesional en Control Interno Disciplinario.	A diciembre de 2025	Gerencia	Acto Administrativo.	No genera costos adicionales.	
	Meta 35. La ESE ha implementado y monitorea un sistema de indicadores de gestión en la defensa jurídica de la entidad que le permite reducir las pérdidas por fallos en contra en 10% por año, entre 2024 y 2027.	Interanual entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa	Acta de socialización	No genera costos adicionales.	
	Meta 36. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona ha fortalecido el componente tecnológico administrativo que garantiza la disponibilidad de la información institucional en todo momento.	A diciembre 2026	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Informe Subgerencia administrativa.	Recursos propios.	
	Meta 37. La ESE aplica el procedimiento establecido para la ejecutar el mantenimiento de la infraestructura hospitalaria.	A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa	Informe de Control Interno.	Recursos propios.	
	Meta 38. Fortalecer la cultura del reporte de eventos adversos a través de la educación continuada en buenas prácticas de seguridad del paciente, asegurando el aumento de los reportes por lo menos en un 2% anualmente partiendo de la línea base de 6 reportes anuales.	A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027	Subgerencia Científica.	Informe de la profesional de apoyo a la calidad.	Recursos propios.	
	Meta 39. Garantizar el análisis, gestión y seguimiento del 100% de los	A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027	Subgerencia Científica	Informe de la profesional de	Recursos propios.	

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
	eventos adversos reportados en la ESE IMSALUD.			apoyo a la calidad.		
	Meta 40. La ESE HSJDD - Pamplona realiza conciliación de cartera con las EAPB	A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa.	Informe de la Profesional a cargo - Actas de conciliación.	Recursos propios de la ESE	

Fuente: Elaboración propia

7.2. Plan Operativo Anual 2025

Tabla 34: Proyecto 1 – POA 2025

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
Proyecto 1. Gestión para el cumplimiento de las acciones de dirección y gerencia de la ESE SJDD	Meta 1. Resultado de indicador de Autoevaluación en condiciones de acreditación evaluado a febrero 28 entre las vigencias 2024 a 2027 muestra crecimiento interanual de 7% (línea base 1.5).	Monitoreo semestral del indicador 1, iniciando en julio 2024 y terminando en febrero de 2027.	Profesional de calidad con apoyo de Subgerencia Científica.	Autoevaluación vigencia evaluada / Autoevaluación vigencia anterior.	Recursos propios ESE HSJDD	Apoyo Subgerencia Científica y Administrativa.
	Meta 2. El indicador con referencia al grado del cumplimiento del PAMEC arroja un resultado igual o superior al 90% en cada vigencia, entre 2024 y 2027.	Monitoreo semestral del indicador 2 iniciando en julio 2024 y terminando en febrero de 2027	Profesional de apoyo a la subgerencia científica y Calidad.	Existe informe semestral del comportamiento de este indicador.	Recursos propios ESE HSJDD	Apoyo Subgerencia Científica y Administrativa.
	Meta 3. La ESE cuenta con un sistema de auditoría unificado y concurrente que contribuye a reducir las demandas por mala praxis entre 2024 y 2027.	Monitoreo trimestral del indicador iniciando en septiembre 2024 hasta diciembre de 2027.	Gerencia y Subgerencia Científica.	Informe trimestral a partir de sept 2021, de los resultados de auditoría y acciones de mejora propuestas y ejecutadas.	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 4. Se ha implementado y ejecuta un programa de capacitación sobre protocolos o guías de manejo de las diez primeras causas de egreso hospitalario y de consulta externa que abarca el 100% del personal asistencial entre	A ejecutar entre julio de 2024 y diciembre de 2027.	Medico líder de la auditoría.	Se dispone de soporte documental de seis eventos anuales de capacitación entre 2024 y 2027	Recursos propios ESE HSJDD	

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
	2024 y 2027. (20% en 2024, 30% en 2025, 30% en 2026 y 20% en 2027					
	Meta 5. Se ha iniciado la revisión y actualización de las guías de manejo de las principales causas de morbilidad por consulta externa y egreso hospitalario en la ESE HSJDD	A diciembre de 2025.	Subgerencia Científica y auditor.	Soporte documental de las guías actualizadas.	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 6. La ESE HSJDD - Pamplona ejecuta, en cada vigencia, los planes de capacitación y bienestar social de la ESE garantizando el 90% de su cumplimiento.	A diciembre 31 de cada anualidad entre 2024 y 2027.	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Informe de Talento Humano.	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 7. Porcentaje de cumplimiento del PINAR. La ESE HSJDD Pamplona incrementa en 2 puntos porcentuales en cada vigencia el resultado del PINAR. Línea Base 61,8	A diciembre 31 de cada vigencia entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa	Informe del responsable del PINAR	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 8. Porcentaje de cumplimiento de la política de Administración Integral del Riesgo. La ESE HSJDD Pamplona cumple con un mínimo del 85% de las actividades programadas en cada vigencia	A diciembre 31 de cada vigencia entre 2024 y 2027	Subgerencias Científica y Administrativa.	Informe del Jefe de la Oficina de CI de Gestión.	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 9. Porcentaje de cumplimiento en los estándares mínimos del SGSST (Res 312 de 2019). La ESE HSJDD - Pamplona cumple con un mínimo del 85% de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo según la norma.	A diciembre 31 de cada vigencia entre 2024 y 2027	Subgerencias Científica y Administrativa.	Informe del responsable del componente de Seguridad y Salud en el trabajo.	recursos propios ESE HSJDD	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 35: Proyecto 2 – POA 2025

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
<p>Proyecto 2. Gestión para el fortalecimiento de la capacidad instalada y el cumplimiento de condiciones de habitación de algunas IPS que conforman la ESE Hospital San Juan de Dios.</p> <p>Proyecto 2. Gestión para el fortalecimiento de la capacidad instalada y el cumplimiento de condiciones de habitación de algunas IPS que conforman la ESE Hospital San Juan de Dios.</p>	<p>Meta 10. Un proyecto relacionado con la ampliación o construcción del nuevo hospital San Juan de Dios dispone de levantamiento de planos y los mismos cuentan con acta de concertación del MSPS, a dic 2025.</p>	Diciembre 30 de 2025	Gerencia y Subgerencia Científica	Radicado SEPPI del proyecto y oficio de radicación ante MSPS.	Recursos de orden nacional y/o deptal.	Meta sujeta a disponibilidad de recursos del nivel nacional y/o deptal. Se entenderá cumplida con la elaboración y radicación del proyecto, obtención del código SEPPI y oficio de entrega a MSPS.
	<p>Meta 11. El proyecto para la construcción del nuevo centro de salud de Chitagá dispone de planos y los mismos tienen concepto de viabilidad por parte del IDS y del MSPS, a diciembre de 2025.</p>	Diciembre 30 de 2025	Gerencia y Subgerencia Científica	Radicado SEPPI del proyecto y oficio de radicación ante MSPS.	Recursos de orden nacional y/o deptal.	Meta sujeta a disponibilidad de recursos del nivel nacional y/o deptal. Se entenderá cumplida con la elaboración y radicación del proyecto, obtención del código SEPPI y oficio de entrega a MSPS.
	<p>Meta 14. Un proyecto orientado al fortalecimiento de la dotación de las IPS que conforman la ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona cuenta con código SEPPI y se está gestionando ante el Departamento y la Nación.</p>	30 de diciembre de 2025	Gerencia y Subgerencia Científica	Radicado SEPPI del proyecto y oficio de radicación ante MSPS.	Recursos de orden nacional y/o deptal.	Meta sujeta a disponibilidad de recursos del nivel nacional y/o deptal. Se entenderá cumplida con la elaboración y radicación del proyecto, obtención del código SEPPI y oficio de entrega a MSPS.
	<p>Meta 10. Un proyecto relacionado con la ampliación o construcción del nuevo hospital San Juan de Dios dispone de levantamiento de planos y los mismos cuentan con acta de concertación del MSPS, a dic 2025.</p>	Diciembre 30 de 2025	Gerencia y Subgerencia Científica	Radicado SEPPI del proyecto y oficio de radicación ante MSPS.	Recursos de orden nacional y/o deptal.	Meta sujeta a disponibilidad de recursos del nivel nacional y/o deptal. Se entenderá cumplida con la elaboración y radicación del proyecto, obtención del código SEPPI y oficio de entrega a MSPS.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 36: Proyecto 3 – POA 2025

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
Proyecto 3. Gestión para el desarrollo del componente financiero/ administrativo de la ESE Hospital San Juan de Dios.	Meta 17. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona ha sido categorizada por el MSPS como sin riesgo fiscal y financiero entre los años 2024 a 2027	30 de mayo de cada anualidad entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Resolución expedida por el MSPS entre 2024 y 2027.	Recursos de orden deptal Y/ o nacional.	
	Meta 18. Se ha mejorado en dos puntos porcentuales el indicador de rentabilidad de la ESE entre 2024 y 2027.	30 de marzo de cada anualidad entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Certificación del contador de la ESE.	Recursos de orden deptal Y/ o nacional.	
	Meta 19. Se ha mejorado en dos puntos porcentuales el indicador de liquidez de la ESE entre 2024 y 2027.	30 de marzo de cada anualidad entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Certificación del contador de la ESE.	Recursos propios	
	Meta 20. Se ha mejorado en dos puntos porcentuales el indicador de solvencia de la ESE entre 2024 y 2027.	30 de marzo de cada anualidad entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Certificación del contador de la ESE.	Recursos Gobernación.	
	Meta 21. La ESE HSJDD mantiene en cero (0) la deuda superior a 30 días con personal de planta y contratistas durante los cuatro años de vigencia del PD.	Seguimiento trimestral en cada una de las vigencias entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa.	Certificación del contador de la ESE.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 22. La ESE HSJDD se mantiene en equilibrio presupuestal con recaudo durante los cuatro años de vigencia del PD.	Seguimiento trimestral en cada una de las vigencias entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa.	Certificación Profesional de Presupuesto de la ESE	Recursos propios de la ESE	
	Meta 23. La ESE ha puesto en funcionamiento y aplica sistema de costos.	A diciembre de 2025	Subgerencia Administrativa.	Informe de la Subgerencia Administrativa.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 24. El área administrativa de la ESE cuenta y aplica con un manual de procesos y procedimientos actualizado.	A diciembre de 2025	Subgerencia Administrativa.	Informe de la Subgerencia Administrativa.	Recursos propios de la ESE	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 37: Proyecto 4 – POA 2025

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
Proyecto 4. Otras acciones de gestión que contribuyen al fortalecimiento Institucional y de prestación de servicios.	Meta 26. La ESE Hospital San Juan de Dios cumple con los reportes de información del decreto 2193 y la Circular Unica entre 2024 y 2027.	Seguimiento trimestral en cada una de las vigencias entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa y Científica	Certificación anual del MSPS y de la SNS	Recursos propios de la ESE	
	Meta 27. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona cumple con los planes de mejoramiento que suscribe con los organismos de control.	A diciembre de cada anualidad, previa suscripción de los planes.	Subgerencia Administrativa y Científica	Informe de la Jefe de Oficina de CI de Gestión.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 28. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona da continuidad al desarrollo del componente de gestión ambiental dando cumplimiento a por lo menos el 85% de las actividades programadas para cada vigencia.	Monitoreo trimestral de avance y evaluación en cada vigencia entre 2024 y 2027.	Subgerencia Administrativa y Profesional de apoyo en gestión ambiental.	Informe del profesional de apoyo en gestión ambiental.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 29. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona mejorado el desempeño institucional en cuanto a implementación del MIPG en dos puntos porcentuales en cada vigencia.	Evaluación interanual entre 2024 y 2027	Profesional de apoyo a la Gerencia y Calidad.	Informe del coordinador del PSFF.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 30. La ESE cumple con los estándares de tiempo promedio para la asignación de cita para consulta especializada en pediatría, obstetricia y medicina interna de la Resolución 408 de 2018.	Monitoreo trimestral entre 2024 y 2027	Gerencia. Subgerencia Científica	Ficha técnica del SIHO	Recursos propios de la ESE	
	Meta 31. La ESE HSJDD - Pamplona ha realizado el saneamiento del 100% de la cartera de difícil cobro.	A diciembre 30 de 2026.	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Informe de la Subgerencia Administrativa.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 32. La ESE HSJDD implementa las acciones de repetición contra los responsables de hechos que afecten el patrimonio de la ESE y presenta informe de resultados a la Junta durante los años 2024 a 2027.	Anual entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Informe de la subgerencia Admtiva.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 33. La ESE socializa con los trabajadores el 100% las obligaciones derivadas de la suscripción de contratos con pagadores	Interanual, entre 2024 y 2027.	Gerencia y Subgerencias administrativa y científica.	Informe de la profesional de CI.	Recursos propios de la ESE	

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
	Meta 34. Presentar a Junta Directiva la creación del cargo de Profesional en Control Interno Disciplinario.	A diciembre de 2025	Gerencia	Acto Administrativo.	No genera costos adicionales.	
	Meta 35. La ESE ha implementado y monitorea un sistema de indicadores de gestión en la defensa jurídica de la entidad que le permite reducir las pérdidas por fallos en contra en 10% por año, entre 2024 y 2027.	Interanual entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa	Acta de socialización	No genera costos adicionales.	
	Meta 36. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona ha fortalecido el componente tecnológico administrativo que garantiza la disponibilidad de la información institucional en todo momento.	A diciembre 2026	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Informe Subgerencia administrativa.	Recursos propios.	
	Meta 37. La ESE aplica el procedimiento establecido para la ejecutar el mantenimiento de la infraestructura hospitalaria.	A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa	Informe de Control Interno.	Recursos propios.	
	Meta 38. Fortalecer la cultura del reporte de eventos adversos a través de la educación continuada en buenas practicas de seguridad del paciente, asegurando el aumento de los reportes por lo menos en un 2% anualmente partiendo de la línea base de 6 reportes anuales.	A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027	Subgerencia Científica.	Informe de la profesional de apoyo a la calidad.	Recursos propios.	
	Meta 39. Garantizar el análisis, gestión y seguimiento del 100% de los eventos adversos reportados en la ESE IMSALUD.	A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027	Subgerencia Científica	Informe de la profesional de apoyo a la calidad.	Recursos propios.	
	Meta 40. La ESE HSJDD - Pamplona realiza conciliación de cartera con las EAPB	A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa.	Informe de la Profesional a cargo - Actas de conciliación.	Recursos propios de la ESE	

Fuente: Elaboración propia

7.3. Plan Operativo Anual 2026

Tabla 38: Proyecto 1 – POA 2026

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
Proyecto 1. Gestión para el cumplimiento de las acciones de dirección y gerencia de la ESE HSJDD Proyecto 1. Gestión para el cumplimiento de las acciones de dirección y gerencia de la ESE HSJDD	Meta 1. Resultado de indicador de Autoevaluación en condiciones de acreditación evaluado a febrero 28 entre las vigencias 2024 a 2027 muestra crecimiento interanual de 7% (línea base 1.5).	Monitoreo semestral del indicador 1, iniciando en julio 2024 y terminando en febrero de 2027.	Profesional de calidad con apoyo de Subgerencia Científica.	Autoevaluación vigencia evaluada / Autoevaluación vigencia anterior.	Recursos propios ESE HSJDD	Apoyo Subgerencia Científica y Administrativa.
	Meta 2. El indicador con referencia al grado del cumplimiento del PAMEC arroja un resultado igual o superior al 90% en cada vigencia, entre 2024 y 2027.	Monitoreo semestral del indicador 2 iniciando en julio 2024 y terminando en febrero de 2027	Profesional de apoyo a la subgerencia científica y Calidad.	Existe informe semestral del comportamiento de este indicador.	Recursos propios ESE HSJDD	Apoyo Subgerencia Científica y Administrativa.
	Meta 3. La ESE cuenta con un sistema de auditoría unificado y concurrente que contribuye a reducir las demandas por mala praxis entre 2024 y 2027.	Monitoreo trimestral del indicador iniciando en septiembre 2024 hasta diciembre de 2027.	Gerencia y Subgerencia Científica.	Informe trimestral a partir de sept 2021, de los resultados de auditoría y acciones de mejora propuestas y ejecutadas.	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 4. Se ha implementado y ejecuta un programa de capacitación sobre protocolos o guías de manejo de las diez primeras causas de egreso hospitalario y de consulta externa que abarca el 100% del personal asistencial entre 2024 y 2027. (20% en 2024, 30% en 2025, 30% en 2026 y 20% en 2027)	A ejecutar entre julio de 2024 y diciembre de 2027.	Medico líder de la auditoría.	Se dispone de soporte documental de seis eventos anuales de capacitación entre 2024 y 2027	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 6. La ESE HSJDD - Pamplona ejecuta, en cada vigencia, los planes de capacitación y bienestar social de la ESE garantizando el 90% de su cumplimiento.	A diciembre 31 de cada anualidad entre 2024 y 2027.	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Informe de Talento Humano.	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 7. Porcentaje de cumplimiento del PINAR. La ESE HSJDD Pamplona incrementa en 2 puntos porcentuales en cada vigencia el resultado del PINAR. Línea Base 61,8	A diciembre 31 de cada vigencia entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa	Informe del responsable del PINAR	Recursos propios ESE HSJDD	

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
	Meta 8. Porcentaje de cumplimiento de la política de Administración Integral del Riesgo. La ESE HSJDD Pamplona cumple con un mínimo del 85% de las actividades programadas en cada vigencia	A diciembre 31 de cada vigencia entre 2024 y 2027	Subgerencias Científica y Administrativa.	Informe del Jefe de la Oficina de CI de Gestión.	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 9. Porcentaje de cumplimiento en los estándares mínimos del SGSST (Res 312 de 2019). La ESE HSJDD - Pamplona cumple con un mínimo del 85% de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo según la norma.	A diciembre 31 de cada vigencia entre 2024 y 2027	Subgerencias Científica y Administrativa.	Informe del responsable del componente de Seguridad y Salud en el trabajo.	recursos propios ESE HSJDD	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 39: Proyecto 2 – POA 2026

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
Proyecto 2. Gestión para fortalecimiento capacidad instalada.	Meta 12. El proyecto para la construcción del nuevo centro de salud de Cácuta dispone de planos y los mismos tienen concepto de viabilidad por parte del IDS y del MSPS, a diciembre de 2026.	Diciembre 30 de 2026	Gerencia y Subgerencia Científica	Radicado SEPPI del proyecto y oficio de radicación ante MSPS.	Recursos de orden nacional y/o deptal.	
	Meta 13. El proyecto para la construcción del nuevo centro de salud de Cucutilla dispone de planos y los mismos tienen concepto de viabilidad por parte del IDS y del MSPS, a diciembre de 2026.	30 de diciembre de 2026	Gerencia y Subgerencia Científica	Radicado SEPPI del proyecto y oficio de radicación ante MSPS.	Recursos de orden nacional y/o deptal.	
	Meta 15. Un proyecto orientado al fortalecimiento del componente de transporte asistencial de las IPS que conforman la ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona cuenta con código SEPPI y se está gestionando ante el Departamento y la Nación..	30 de diciembre de 2026	Gerencia y Subgerencia Científica	Radicado SEPPI del proyecto y oficio de radicación ante MSPS.	Recursos de orden nacional y/o deptal.	Meta sujeta a disponibilidad de recursos del nivel nacional y/o deptal. Se entenderá cumplida con la elaboración y radicación del proyecto, obtención del código SEPPI y

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
						oficio de entrega a MSPS.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 40: Proyecto 3 – POA 2026

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
Proyecto 3. Gestión para el desarrollo del componente financiero/ administrativo de la ESE Hospital San Juan de Dios. Proyecto 3. Gestión para el desarrollo del componente financiero/ administrativo de la ESE Hospital San Juan de Dios.	Meta 17. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona ha sido categorizada por el MSPS como sin riesgo fiscal y financiero entre los años 2024 a 2027	30 de mayo de cada anualidad entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Resolución expedida por el MSPS entre 2024 y 2027.	Recursos de orden deptal Y/ o nacional.	
	Meta 18. Se ha mejorado en dos puntos porcentuales el indicador de rentabilidad de la ESE entre 2024 y 2027.	30 de marzo de cada anualidad entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Certificación del contador de la ESE.	Recursos de orden deptal Y/ o nacional.	
	Meta 19. Se ha mejorado en dos puntos porcentuales el indicador de liquidez de la ESE entre 2024 y 2027.	30 de marzo de cada anualidad entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Certificación del contador de la ESE.	Recursos propios	
	Meta 20. Se ha mejorado en dos puntos porcentuales el indicador de solvencia de la ESE entre 2024 y 2027.	30 de marzo de cada anualidad entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Certificación del contador de la ESE.	Recursos gobernación.	
	Meta 21. La ESE HSJDD mantiene en cero (0) la deuda superior a 30 días con personal de planta y contratistas durante los cuatro años de vigencia del PD.	Seguimiento trimestral en cada una de las vigencias entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa.	Certificación del contador de la ESE.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 22. La ESE HSJDD se mantiene en equilibrio presupuestal con recaudo durante los cuatro años de vigencia del PD.	Seguimiento trimestral en cada una de las vigencias entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa.	Certificación Profesional de Presupuesto de la ESE	Recursos propios de la ESE	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 411: Proyecto 4 – POA 2026

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
Proyecto 4. Otras acciones de gestión que contribuyen al fortalecimiento Institucional y de prestación de servicios.	Meta 26. La ESE Hospital San Juan de Dios cumple con los reportes de información del decreto 2193 y la Circular Unica entre 2024 y 2027.	Seguimiento trimestral en cada una de las vigencias entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa y Científica	Certificación anual del MSPS y de la SNS	Recursos propios de la ESE	
	Meta 27. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona cumple con los planes de mejoramiento que suscribe con los organismos de control.	A diciembre de cada anualidad, previa suscripción de los planes.	Subgerencia Administrativa y Científica	Informe de la Jefe de Oficina de CI de Gestión.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 28. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona da continuidad al desarrollo del componente de gestión ambiental dando cumplimiento a por lo menos el 85% de las actividades programadas para cada vigencia.	Monitoreo trimestral de avance y evaluación en cada vigencia entre 2024 y 2027.	Subgerencia Administrativa y Profesional de apoyo en gestión ambiental.	Informe del profesional de apoyo en gestión ambiental.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 29. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona mejorado el desempeño institucional en cuanto a implementación del MIPG en dos puntos porcentuales en cada vigencia.	Evaluación interanual entre 2024 y 2027	Profesional de apoyo a la Gerencia y Calidad.	Informe del coordinador del PSFF.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 30. La ESE cumple con los estándares de tiempo promedio para la asignación de cita para consulta especializada en pediatría, obstetricia y medicina interna de la Resolución 408 de 2018.	Monitoreo trimestral entre 2024 y 2027	Gerencia. Subgerencia Científica	Ficha técnica del SIHO	Recursos propios de la ESE	
	Meta 31. La ESE HSJDD - Pamplona ha realizado el saneamiento del 100% de la cartera de difícil cobro.	A diciembre 30 de 2026.	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Informe de la Subgerencia Administrativa.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 32. La ESE HSJDD implementa las acciones de repetición contra los responsables de hechos que afecten el patrimonio de la ESE y presenta informe de resultados a la Junta durante los años 2024 a 2027.	Anual entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Informe de la Subgerencia Administrativa.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 33. La ESE socializa con los trabajadores el 100% las obligaciones derivadas de la suscripción de contratos con pagadores	Interanual, entre 2024 y 2027.	Gerencia y Subgerencias administrativa y científica.	Informe de la profesional de CI.	Recursos propios de la ESE	

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
	Meta 34. Presentar a Junta Directiva la creación del cargo de Profesional en Control Interno Disciplinario.	A diciembre de 2025	Gerencia	Acto Administrativo.	No genera costos adicionales.	
	Meta 35. La ESE ha implementado y monitorea un sistema de indicadores de gestión en la defensa jurídica de la entidad que le permite reducir las pérdidas por fallos en contra en 10% por año, entre 2024 y 2027.	Interanual entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa	Acta de socialización	No genera costos adicionales.	
	Meta 36. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona ha fortalecido el componente tecnológico administrativo que garantiza la disponibilidad de la información institucional en todo momento.	A diciembre 2026	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Informe Subgerencia administrativa.	Recursos propios.	
	Meta 37. La ESE aplica el procedimiento establecido para la ejecutar el mantenimiento de la infraestructura hospitalaria.	A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa	Informe de Control Interno.	Recursos propios.	
	Meta 38. Fortalecer la cultura del reporte de eventos adversos a través de la educación continuada en buenas prácticas de seguridad del paciente, asegurando el aumento de los reportes por lo menos en un 2% anualmente partiendo de la línea base de 6 reportes anuales.	A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027	Subgerencia Científica.	Informe de la profesional de apoyo a la calidad.	Recursos propios.	
	Meta 39. Garantizar el análisis, gestión y seguimiento del 100% de los eventos adversos reportados en la ESE IMSALUD.	A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027	Subgerencia Científica	Informe de la profesional de apoyo a la calidad.	Recursos propios.	
	Meta 40. La ESE HSJDD - Pamplona realiza conciliación de cartera con las EAPB	A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa.	Informe de la Profesional a cargo - Actas de conciliación.	Recursos propios de la ESE	

Fuente: Elaboración propia

7.4. Plan Anual 2027

Tabla 422: Proyecto 1 – POA 2027

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
Proyecto 1. Gestión para el cumplimiento de las acciones de dirección y gerencia de la ESE HSJDD	Meta 1. Resultado de indicador de Autoevaluación en condiciones de acreditación evaluado a febrero 28 entre las vigencias 2024 a 2027 muestra crecimiento interanual de 7% (línea base 1.5).	Monitoreo semestral del indicador 1, iniciando en julio 2024 y terminando en febrero de 2027.	Profesional de calidad con apoyo de Subgerencia Científica.	Autoevaluación vigencia evaluada / Autoevaluación vigencia anterior.	Recursos propios ESE HSJDD	Apoyo Subgerencia Científica y Administrativa.
	Meta 2. El indicador con referencia al grado del cumplimiento del PAMEC arroja un resultado igual o superior al 90% en cada vigencia, entre 2024 y 2027.	Monitoreo semestral del indicador 2 iniciando en julio 2024 y terminando en febrero de 2027	Profesional de apoyo a la subgerencia científica y Calidad.	Existe informe semestral del comportamiento de este indicador.	Recursos propios ESE HSJDD	Apoyo Subgerencia Científica y Administrativa.
	Meta 3. La ESE cuenta con un sistema de auditoría unificado y concurrente que contribuye a reducir las demandas por mala praxis entre 2024 y 2027.	Monitoreo trimestral del indicador iniciando en septiembre 2024 hasta diciembre de 2027.	Gerencia y Subgerencia Científica.	Informe trimestral a partir de sept 2021, de los resultados de auditoría y acciones de mejora propuestas y ejecutadas.	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 4. Se ha implementado y ejecuta un programa de capacitación sobre protocolos o guías de manejo de las diez primeras causas de egreso hospitalario y de consulta externa que abarca el 100% del personal asistencial entre 2024 y 2027. (20% en 2024, 30% en 2025, 30% en 2026 y 20% en 2027)	A ejecutar entre julio de 2024 y diciembre de 2027.	Medico líder de la auditoría.	Se dispone de soporte documental de seis eventos anuales de capacitación entre 2024 y 2027	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 6. La ESE HSJDD - Pamplona ejecuta, en cada vigencia, los planes de capacitación y bienestar social de la ESE garantizando el 90% de su cumplimiento.	A diciembre 31 de cada anualidad entre 2024 y 2027.	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Informe de Talento Humano.	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 7. Porcentaje de cumplimiento del PINAR. La ESE HSJDD Pamplona incrementa en 2 puntos porcentuales en cada vigencia el resultado del PINAR. Línea Base 61,8	A diciembre 31 de cada vigencia entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa	Informe del responsable del PINAR	Recursos propios ESE HSJDD	

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
	Meta 8. Porcentaje de cumplimiento de la política de Administración Integral del Riesgo. La ESE HSJDD Pamplona cumple con un mínimo del 85% de las actividades programadas en cada vigencia	A diciembre 31 de cada vigencia entre 2024 y 2027	Subgerencias Científica y Administrativa.	Informe del Jefe de la Oficina de CI de Gestión.	Recursos propios ESE HSJDD	
	Meta 9. Porcentaje de cumplimiento en los estándares mínimos del SGSST (Res 312 de 2019). La ESE HSJDD - Pamplona cumple con un mínimo del 85% de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo según la norma.	A diciembre 31 de cada vigencia entre 2024 y 2027	Subgerencias Científica y Administrativa.	Informe del responsable del componente de Seguridad y Salud en el trabajo.	recursos propios ESE HSJDD	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 433: Proyecto 2 – POA 2027

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
Proyecto 2. Gestión para fortalecimiento capacidad instalada.	Meta 16. Porcentaje de IPS que cumplen condiciones de habilitación, según Resolución 3100 de 2019.	A diciembre 31 de 2027.	Gerencia y Subgerencia Científica	Informe de visita de auditoría de la ESE.	Recursos propios ESE HSJDD	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 444: Proyecto 3 – POA 2027

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
Proyecto 3. Gestión para el desarrollo del componente financiero/ administrativo de la ESE Hospital San Juan de Dios.	Meta 17. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona ha sido categorizada por el MSPS como sin riesgo fiscal y financiero entre los años 2024 a 2027	30 de mayo de cada anualidad entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Resolución expedida por el MSPS entre 2024 y 2027.	Recursos de orden deptal Y/ o nacional.	
	Meta 18. Se ha mejorado en dos puntos porcentuales el indicador de rentabilidad de la ESE entre 2024 y 2027.	30 de marzo de cada anualidad entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Certificación del contador de la ESE.	Recursos de orden deptal Y/ o nacional.	
	Meta 19. Se ha mejorado en dos puntos porcentuales el indicador de liquidez de la ESE entre 2024 y 2027.	30 de marzo de cada anualidad entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Certificación del contador de la ESE.	Recursos propios	
	Meta 20. Se ha mejorado en dos puntos porcentuales el indicador de solvencia de la ESE entre 2024 y 2027.	30 de marzo de cada anualidad entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Certificación del contador de la ESE.	Recursos gobernación.	
	Meta 21. La ESE HSJDD mantiene en cero (0) la deuda superior a 30 días con personal de planta y contratistas durante los cuatro años de vigencia del PD.	Seguimiento trimestral en cada una de las vigencias entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa.	Certificación del contador de la ESE.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 22. La ESE HSJDD se mantiene en equilibrio presupuestal con recaudo durante los cuatro años de vigencia del PD.	Seguimiento trimestral en cada una de las vigencias entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa.	Certificación Profesional de Presupuesto de la ESE	Recursos propios de la ESE	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 455: Proyecto 4 – POA 2027

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
Proyecto 4. Otras acciones de gestión que contribuyen al fortalecimiento Institucional y de prestación de servicios.	Meta 26. La ESE Hospital San Juan de Dios cumple con los reportes de información del decreto 2193 y la Circular Única entre 2024 y 2027.	Seguimiento trimestral en cada una de las vigencias entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa y Científica	Certificación anual del MSPS y de la SNS	Recursos propios de la ESE	
	Meta 27. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona cumple con los planes de mejoramiento que suscribe con los organismos de control.	A diciembre de cada anualidad, previa suscripción de los planes.	Subgerencia Administrativa y Científica	Informe de la Jefe de Oficina de CI de Gestión.	Recursos propios de la ESE	

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
	Meta 28. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona da continuidad al desarrollo del componente de gestión ambiental dando cumplimiento a por lo menos el 85% de las actividades programadas para cada vigencia.	Monitoreo trimestral de avance y evaluación en cada vigencia entre 2024 y 2027.	Subgerencia Administrativa y Profesional de apoyo en gestión ambiental.	Informe del profesional de apoyo en gestión ambiental.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 29. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona mejorado el desempeño institucional en cuanto a implementación del MIPG en dos puntos porcentuales en cada vigencia.	Evaluación interanual entre 2024 y 2027	Profesional de apoyo a la Gerencia y Calidad.	Informe del coordinador del PSFF.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 30. La ESE cumple con los estándares de tiempo promedio para la asignación de cita para consulta especializada en pediatría, obstetricia y medicina interna de la Resolución 408 de 2018.	Monitoreo trimestral entre 2024 y 2027	Gerencia. Subgerencia Científica	Ficha técnica del SIHO	Recursos propios de la ESE	
	Meta 31. La ESE HSJDD - Pamplona ha realizado el saneamiento del 100% de la cartera de difícil cobro.	A diciembre 30 de 2026.	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Informe de la Subgerencia Administrativa.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 32. La ESE HSJDD implementa las acciones de repetición contra los responsables de hechos que afecten el patrimonio de la ESE y presenta informe de resultados a la Junta durante los años 2024 a 2027.	Anual entre 2024 y 2027	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Informe de la subgerencia Admtiva.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 33. La ESE socializa con los trabajadores el 100% las obligaciones derivadas de la suscripción de contratos con pagadores	Interanual, entre 2024 y 2027.	Gerencia y Subgerencias administrativa y científica.	Informe de la profesional de CI.	Recursos propios de la ESE	
	Meta 34. Presentar a Junta Directiva la creación del cargo de Profesional en Control Interno Disciplinario.	A diciembre de 2025	Gerencia	Acto Administrativo.	No genera costos adicionales.	
	Meta 35. La ESE ha implementado y monitorea un sistema de indicadores de gestión en la defensa jurídica de la entidad que le permite reducir las pérdidas por fallos en contra en 10% por año, entre 2024 y 2027.	Interanual entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa	Acta de socialización	No genera costos adicionales.	

NOMBRE DE PROYECTO	RESULTADO A ALCANZAR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FUENTES DE FINANCIACIÓN	OBSERVACIONES
	Meta 36. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona ha fortalecido el componente tecnológico administrativo que garantiza la disponibilidad de la información institucional en todo momento.	A diciembre 2026	Gerencia y Subgerencia Administrativa.	Informe Subgerencia administrativa.	Recursos propios.	
	Meta 37. La ESE aplica el procedimiento establecido para la ejecutar el mantenimiento de la infraestructura hospitalaria.	A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa	Informe de Control Interno.	Recursos propios.	
	Meta 38. Fortalecer la cultura del reporte de eventos adversos a través de la educación continuada en buenas practicas de seguridad del paciente, asegurando el aumento de los reportes por lo menos en un 2% anualmente partiendo de la línea base de 6 reportes anuales.	A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027	Subgerencia Científica.	Informe de la profesional de apoyo a la calidad.	Recursos propios.	
	Meta 39. Garantizar el análisis, gestión y seguimiento del 100% de los eventos adversos reportados en la ESE IMSALUD.	A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027	Subgerencia Científica	Informe de la profesional de apoyo a la calidad.	Recursos propios.	
	Meta 40. La ESE HSJDD - Pamplona realiza conciliación de cartera con las EAPB	A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027	Subgerencia Administrativa.	Informe de la Profesional a cargo - Actas de conciliación.	Recursos propios de la ESE	

Fuente: Elaboración propia

Agradeciendo su atención y en espera de sus valiosos comentario y observaciones,



LUIS DANIEL VERJEL SÁNCHEZ
Gerente.