



PLAN DE DESARROLLO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

**“ TRABAJAMOS POR MI NARIÑO, TU SALUD,
NUESTRO COMPROMISO ”**
2020-2024



PLAN DE DESARROLLO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

“ TRABAJAMOS POR MI NARIÑO, TU SALUD, NUESTRO COMPROMISO ”
2020-2024

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE

Dr. JHON ALEXANDER ROJAS CABRERA
Gobernador del Departamento de Nariño

Dr. MARIO BENAVIDES
Presidente - delegado por el Gobernador

Dra. DIANA PAOLA ROSERO ZAMBRANO
Directora Instituto Departamental de Salud de Nariño.

Dr. FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO
Representante Organizaciones Científicas Área Influencia.

Dr. JAVIER ALBERTO BURBANO MADROÑERO.
Representante del Sector Productivo.

Dr. FERNANDO PAREJA BLINDER
Representación del Sector Científico del Hospital Departamental.

Sr. DAVID ERNESTO NICHROY MEJIA
Representante de la Liga de Usuarios del Hospital Departamental.

Dr. NILSEN ARLEY ALVEAR ACOSTA.
Gerente

EQUIPO DE TRABAJO

Dr. DIEGO MORALES ORTEGÓN
Subgerente de Prestación de Servicios

**Dra. MAGDA NURIS QUIRÓZ
HERNÁNDEZ**
Subgerente Administrativo y Financiero

Dr. LUIS EDUARDO MEJIA MEJIA
Jefe oficina Asesora de Auditoría
Médica

Ing. LUIS ANTONIO MUESES CORAL.
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Dr. BIBIANA IMBACUAN
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Prof. Esp. MONICA YOLANDA PANTOJA
Coordinadora GIT Urgencias y Consulta
Externa

Prof. Esp. YANETH VALENCIA LOPEZ
Coordinadora GIT Quirófano y Sala de
Partos

Prof. Esp. MARÍA ELENA ERAZO
Coordinadora GIT Ayudas Diagnosticas

Prof. Esp. PILAR CANDO IMBACUAN
Coordinadora GIT Soporte Terapéutico

Prof. Esp. NANCY CARLOSAMA
Coordinadora GIT Hospitalización

**Prof. Esp. MARTIN RICARDO CAICEDO
BASANTE**
Coordinador Docencia Universitaria

Prof. Esp. JANETH A. HURTADO
Coordinadora SIAU

Prof. Esp. HENRY RODRIGUEZ
Coordinador de Información y
Comunicaciones

Prof. Esp. CLARA CAICEDO
Coordinadora Talento Humano

Prof. Esp. (E) VICTOR BETANCOURT
Coordinador Gestión Recursos
Financieros

Prof. Esp. MARÍA ELIZABETH LLANOS
Coordinadora Recursos Físicos

Prof. Esp. LILIANA LONDOÑO
Seguridad y Salud en el Trabajo

Esp. ROBINSON BEJARANO
Profesional Universitario de Planeación
Planta Temporal



INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE, es el principal centro de atención en Salud Especializada del Sur Occidente del país, además de ser centro de referencia del sur del Cauca y del departamento de Putumayo.

Es de conocimiento público la difícil situación que atraviesa el sector salud, con deficiencia en la prestación de los servicios en salud en donde se afecta principalmente la población más vulnerable de nuestra región, aunado a ello el fenómeno migratorio y las condiciones de pandemia SARS CoV 2, ha impuesto retos en salud pública, retos a los que el Gobierno Nacional debe hacer frente con acciones como vacunación y el plan de choque de liquidez financiera.

Por tanto, como estrategia gerencial, la actual administración formula el Plan de Desarrollo para el periodo 2020 a 2024, este documento se lo realiza de manera participativa en su diagnóstico utilizando la Planeación Estrategia como herramienta de diagnóstico a través de la Matriz DOFA. Este Plan se convierte en la ruta para desarrollar acciones que se enmarquen dentro de las políticas nacionales y departamentales plasmadas en sus planes de desarrollo “El futuro es de todos” y “En defensa de lo nuestro” respectivamente.

Con el ejercicio realizado por los funcionarios del Hospital liderados por los Coordinadores de los Grupos Internos de Trabajo (GIT) tanto de la Subgerencia Administrativa y Financiera como la Subgerencia de Prestación de Servicios se logró identificar los nuevos retos que debe afrontar nuestra Organización, cuyas estrategias deben estar enmarcadas en los resultados que se obtuvieron mediante dicho análisis. El panorama actual de la prestación de los Servicios de Salud en Colombia no es alentador, sin embargo, con el análisis realizado se elaboran unos objetivos estratégico encaminados a mitigar la difícil situación socioeconómica de la Salud. Es importante mencionar que debe existir un compromiso por parte de la Junta Directiva de la Institución quien representa el máximo referente de apoyo Administrativo con el fin de lograr los objetivos Planteados.

El mantenimiento de la Certificación en Calidad que ostenta el Hospital siendo uno de los pocos hospitales acreditados del orden Público en prenda de garantía para continuar con la Prestación de los Servicios Habilitados, de igual forma se debe avanzar hacia el reconocimiento como Hospital Universitario con proyectos de envergadura en Investigación que fortalezcan el desarrollo científico de la Organización, continuar con el proceso de Formalización Laboral, Planeación de nuevos servicios de Subespecialidades que satisfagan las necesidades del mercado con el fin de disminuir el impacto de la competencia desleal y prepararse para la presencia de nuevas ofertas



en el mercado, fortalecimiento del desarrollo sostenible y del medio ambiente, mejorar los procesos Administrativos y financieros especialmente en lo que hace referencia a Costos y Facturación,

Es importante mencionar que la elaboración del Plan de Desarrollo está sujeto a la implementación de nuevas normas que establezca el Gobierno Nacional, por otro lado, el seguimiento que se realice al presente documento es importante para que esta herramienta de trabajo cumpla el fin planteado y contribuya con el bienestar de la población del departamento de Nariño.

PLAN DE DESARROLLO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

1. DIAGNOSTICO

1.1 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) son fruto del acuerdo alcanzado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas y se componen de una Declaración, 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas. Los Estados Miembros han convenido en tratar de alcanzarlos para 2030. La salud ocupa un lugar fundamental en el ODS 3 «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades», articulado en torno a 13 metas que cubren un amplio abanico de la labor de la OMS. La mayoría de los ODS están relacionados directamente con la salud o contribuirán a la salud indirectamente. El nuevo programa, basado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tiene por objeto ser pertinente a todos los países y se centra en mejorar la igualdad para responder a las necesidades de las mujeres, los niños y las personas más necesitadas y desfavorecidas¹.

El balance general de Colombia en el cumplimiento de los ODM es positivo: se alcanzó un promedio de cumplimiento de 86,8% para los ocho objetivos establecidos en la Declaración del Milenio. De los 50 indicadores planteados para medir el avance de esta agenda, el país logró un cumplimiento superior al 92 % en 33 indicadores, y superior al 80% en 8 indicadores. En los 9 indicadores restantes existen retos que configuran puntos de partida para la definición de prioridades en la implementación de los ODS².

La buena salud es esencial para el desarrollo sostenible, y la Agenda 2030 refleja la complejidad y la interconexión de ambos. Toma en cuenta la ampliación de las desigualdades económicas y sociales, la rápida urbanización, las amenazas para el clima y el medio ambiente, la lucha continua contra el VIH y otras enfermedades infecciosas, y los nuevos problemas de salud, como las enfermedades no transmisibles. La cobertura universal de salud será integral para lograr el ODS 3, terminar con la pobreza y reducir las desigualdades. Las prioridades de salud global emergentes que no se incluyen explícitamente en los ODS, incluida la resistencia a los antimicrobianos, también demandan acción.

¹ <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/>

² <https://www.minambiente.gov.co/images/normativa/app/conpes/32-Conpes%20No.%203918-2018.pdf>

Las grandes metas son:

- Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.
- Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
- Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
- Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
- Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
- Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.
- Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.
- Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.

- Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

FIGURA 1: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS ODS EN AMERICA LATINA³

Tabla 2 | Resultados Índice ODS para América Latina y el Caribe 2019

Ranking	País	Puntaje	Ranking	País	Puntaje
1	Chile	73,68	13	República Dominicana	63,93
2	Uruguay	71,50	14	Surinam	62,98
3	Costa Rica	69,98	15	El Salvador	62,72
4	Ecuador	67,88	16	Nicaragua	62,57
5	Argentina	66,94	17	Paraguay	62,54
6	Perú	66,81	18	Trinidad y Tobago	60,34
7	Brasil	66,35	19	Venezuela	60,10
8	México	65,55	20	Honduras	58,09
9	Colombia	64,78	21	Belice	57,62
10	Bolivia	64,77	22	Guyana	57,42
11	Panamá	64,33	23	Guatemala	55,78
12	Jamaica	64,16	24	Haití	44,58

Fuente: Elaboración propia

Colombia, en el contexto de América Latina y el Caribe, ocupa la novena posición en la lista de países evaluados en el Índice ODS, con un puntaje de 64,78 sobre 100. Según el reporte, el país presenta avances importantes en ODS como reducción de la pobreza, agua limpia y saneamiento, energía asequible y no contaminante; pero también tiene grandes retos para alcanzar las metas en áreas como la protección de la biodiversidad y la disminución de la desigualdad.

La gráfica siguiente muestra la tendencia del país en el cumplimiento de los ODS. En el primero, sobre el fin de la pobreza, el país muestra un avance frente a décadas anteriores y una tendencia hacia el cumplimiento de la erradicación de la pobreza. Sin embargo, se necesitan más esfuerzos para alcanzar a cumplir con las metas de este objetivo en la próxima década, ya que actualmente cerca del 12,43% de la población del país recibe menos de USD \$3,20 al día y 3,77% recibe menos de USD\$ 1,9 al día, es decir, se considera que viven en pobreza extrema.

³ <https://www.elespectador.com/noticias/medio-ambiente/como-va-colombia-en-el-cumplimiento-de-los-ods-esto-revela-la-primera-evaluacion-de-la-region/>

FIGURA 2: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS ODS EN COLOMBIA⁴



En los ODS 2, 3, 4 y 5 el país presenta algunos avances e indicadores positivos en el cumplimiento de algunas metas, pero otras se encuentran en rezago. Por su parte los ODS 8 y 9 sostienen varias metas que el Estado Colombiano no ha logrado alcanzar. El ODS 15 da cuenta de los retrocesos del país en materia de conservación de la biodiversidad debido a la deforestación y a otras intervenciones del ser humano que están afectando las áreas protegidas terrestres.

Otro de los desafíos más urgentes que tendrá que afrontar el país es el de la desigualdad, pues como señala el Índice, “entre los casos más críticos de desigualdad se encuentran Colombia, Guatemala y México, con un coeficiente de Gini ajustado por ingresos similar a los niveles observados en países de África subsahariana. En Guatemala, por ejemplo, el ingreso recibido por el 10 % más rico de la población es 20 veces mayor al que recibe el 40 % más pobre. En Colombia y en México esta cifra es de 17.9 y 13.5 respectivamente”.

1.2 PLAN DE DESARROLLO NACIONAL

En el momento, el PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2018-2022 “Pacto por Colombia, pacto por la equidad” plantea tres grandes pactos, el tercero se denomina “pacto por la equidad: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados” y en él se contiene la línea B “Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos” que tiene como propósito “construir una visión de largo plazo del sistema de salud, centrada en la atención de calidad al paciente, con cobertura universal sostenible financieramente y acciones de salud pública consistentes con el cambio social, demográfico y epidemiológico que enfrenta Colombia”.

⁴ <https://www.elspectador.com/noticias/medio-ambiente/como-va-colombia-en-el-cumplimiento-de-los-ods-esto-revela-la-primera-evaluacion-de-la-region/>

La línea tiene tres componentes: una fase diagnóstica, el planteamiento de los objetivos y estrategias y la definición de metas; en la primera se denotan las principales dolencias del sector salud en el país y en el sector de las metas se denotan los grandes retos numéricos con los que se pretende evaluar la gestión del plan, es de especial interés para la institución algunos de los elementos del apartado de objetivos y estrategias que deben ser referentes para el desarrollo próximo.

CUADRO 1: OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS REFERENTES DEL PLAN DE DESARROLLO NACIONAL 2018-2022 “PACTO POR COLOMBIA, PACTO POR LA EQUIDAD”

ID	OBJETIVO	ESTRATEGIA
1	Fortalecer la rectoría y la gobernanza dentro del sistema de salud, tanto a nivel central, como en el territorio	Rediseñar el modelo de inspección, vigilancia y control del sector y fortalecer las capacidades en el territorio
2		Mejorar la institucionalidad del sector de la salud
3		Blindar en forma efectiva al sector de la salud de los riesgos de corrupción y falta de transparencia
4	Definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos	Definir prioridades en salud pública de acuerdo con la carga de la enfermedad
5		Implementar intervenciones en salud pública y liderar, monitorear y evaluar las acciones intersectoriales para la promoción de políticas saludables y los enfoques de género
6	Articular todos los agentes del sector salud en torno a la calidad	Robustecer los sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores
7		Generar incentivos al desempeño para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud
8		Redefinir e implementar una política de prestación de servicios garantizando la calidad y humanización de la atención con énfasis en optimizar la gestión de los hospitales públicos
9		Operativizar los modelos especiales de atención desde lo local, con enfoque integral para el paciente y diferencial para las zonas rurales con población dispersa
10		Incentivar herramientas que pongan a disposición información de calidad y desempeño de cara a los usuarios para empoderarlos en la toma de decisiones
11		Incentivar la investigación en salud
12	Lograr más infraestructura y dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y la calidad	Instituciones prestadoras de servicios de salud dotadas con infraestructura adecuada y capacidad para responder con calidad y efectividad a las necesidades de toda la población

13		Cierre de brechas de talento humano en el sector de la salud
14	Formular acuerdos para el reconocimiento, formación y empleo de calidad para los trabajadores de la salud	Crear y desarrollar lineamientos para el cierre de brechas de cantidad, calidad y pertinencia del talento humano de la salud a nivel territorial
15		Implementar estrategias de educación continua para desarrollar y fortalecer competencias de los trabajadores de la salud
16	Sostenibilidad financiera, una responsabilidad de todos. Alcanzar la eficiencia en el gasto optimizando los recursos financieros disponibles y generando nuevos con el aporte de todos	Hacer más eficiente el gasto en salud, a través de la actualización del plan de beneficios (PBS) y otras medidas que hagan más eficiente el gasto en tecnologías no financiadas con cargo a la UPC
17		Incrementar las fuentes de financiación del SGSSS, a través de la creación de la contribución al sistema de salud como alternativa para extender la corresponsabilidad de la población colombiana, de acuerdo con su capacidad diferencial de pago y la adquisición de seguros privados de salud complementarios para los individuos de mayores ingresos
18		Conciliar y sanear, de manera progresiva, la cartera entre los agentes del sistema de salud, generando un cambio de prácticas financieras que garantice un saneamiento definitivo y estructural de las deudas del sector

Es importante para la organización iniciar gestiones de alineación a estas estrategias destacadas para poder obtener beneficios de financiación para proyectos.

1.3 PLAN DECENAL DE SALUD 2012 - 2021

Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) busca "lograr la equidad en salud y el desarrollo humano". El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), es una expresión concreta de una política pública de Estado que apuesta por la equidad en salud, reconociendo la salud como un derecho humano interdependiente con otros y como dimensión central del desarrollo humano. Dicha equidad se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas⁵. Para alcanzar este propósito, el PDSP estableció tres objetivos estratégicos específicos:

- 1) Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.
- 2) Mejorar las condiciones de vida y salud de vida y salud de los habitantes.
- 3) Mantener cero tolerancias con la mortalidad y discapacidad evitable.

⁵ <https://asivamosensalud.org/actualidad/que-es-el-plan-decenal-de-salud-publica>

El plan establece ocho dimensiones prioritarias a saber: salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencia y desastres, algunas de ellas de singular importancia para la institución y en las cuales se puede gestionar importantes alianzas y apoyos para su desarrollo, también establece dos transversales: dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

Lo importante aquí es saber que la política institucional en Colombia entra a revisión y la organización deberá hacer parte de dichas discusiones para establecer su inclusión en las líneas de acción se establezcan para el nuevo decenio.

1.4 PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL

El Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023 Mi Nariño, en Defensa de lo Nuestro, revela para el departamento y para la organización una interesante disyuntiva que se puede aprovechar para la gestión de recursos en la búsqueda de desarrollos institucionales.

El plan tiene cuatro grandes componentes, Parte I. General, donde se analizan los pilares y el modo de construir región y el contexto territorial diagnóstico, en la Parte II. Componente Estratégico, se define el modelo de desarrollo, las líneas estratégicas y la definición de la gestión eficiente. La parte III Plan Plurianual de Inversiones, refiere a la asignación de recursos y la parte IV establece los Mecanismos de Seguimiento y Evaluación.

Como para el caso del Plan de Desarrollo Nacional el interés se enfatizará en la Parte II y en especial en la línea estratégica “Mi Nariño seguro” y dentro de ella lo referente al componente de la “Salud”.

Y en este apartado esta gobernación inicia con una referencia muy importante “La salud es un factor transversal para la garantía de la vida. Su gestión no solo corresponde a la atención, sino también a la reducción de la vulnerabilidad a través de la prevención. El envejecimiento demográfico, producto de la reducción de las tasas de fecundidad, y el incremento de la esperanza de vida plantean nuevos retos para la sociedad, que tendrá mayores exigencias en demandas de atención (enfermedades crónicas, cáncer etc.), y menos población joven para subsidiarla. Con este enfoque integral se define el Índice de Necesidades en Salud, que integra la evaluación de 24 criterios tanto demográficos, sociales, de morbimortalidad, y de respuesta del servicio. Se identifican para el Departamento 16 municipios en estado crítico, especialmente

en la costa; 16 con INS alto, 16 en medio y 16 en bajo. El rango de resultados en el Índice ubica en la posición más crítica a Magüí Payán, con un INS de 22.7, y en la posición más favorable a Pasto, con INS de -12.4.”

La oferta de servicios de salud en Nariño tiene 2148 instituciones habilitadas, que prestan el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, 3579 instituciones habilitadas prestan el servicio de consulta externa, 235 instituciones habilitadas prestan el servicio de internación, 4892 instituciones habilitadas prestan el servicio de protección específica y detección temprana, en promedio 333 instituciones habilitadas prestan el servicio quirúrgico, en promedio 13 instituciones habilitadas prestan el servicio de transporte asistencial, y en promedio 95 instituciones habilitadas prestan el servicio de urgencias.

En la morbilidad por grandes causas, de acuerdo con los ciclos vitales, son representativas las condiciones transmisibles y nutricionales en la primera infancia y las enfermedades no transmisibles en la infancia, adolescencia, juventud, adultez y personas mayores de 60 años. La hipertensión arterial es un factor de riesgo que afecta a una proporción importante de la población, al igual que la diabetes, con altas tasas de prevalencia e incidencia, que se constituyen en un factor con morbilidad asociada a estilos de vida no saludable. También la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC, es un daño funcional progresivo, resultado de hábitos de vida no saludables o factores de riesgo ambiental, que reduce la capacidad productiva y aumenta los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) por incapacidad o muerte.

El consumo de sustancias psicoactivas es un flagelo que afecta la comunidad en general, y en particular al grupo de adolescentes y jóvenes, sumado a los fenómenos de esquizofrenia, ansiedad, depresión, epilepsia, bipolaridad y trastornos alimenticios (anorexia y bulimia), que son eventos que inciden sustancialmente en el perfil epidemiológico de la salud mental del Departamento.

La violencia intrafamiliar, anteriormente poco identificada y reportada, se considera un evento relevante en nuestra sociedad nariñense. En cuanto a riesgos laborales, existe una inequidad manifiesta entre trabajadores formales e informales frente a la garantía de derechos y deberes en el Sistema General de Riesgo Laboral. Además, se evidencia un subregistro en la identificación y tipificación del accidente de trabajo y enfermedad laboral en la población trabajadora, especialmente en actividades rurales.

En cuanto a las tasas de mortalidad del Departamento, son en promedio menores a las nacionales. Entre el año 2005 y 2017 se presentaron 79.905 muertes, las enfermedades del sistema circulatorio (127.2/100.000 hab.), las neoplasias

(77.53/100.000 hab.) y las muertes por otras causas (99.24/100.000 hab.) son las más representativas.

La mortalidad materna se constituye en uno de los indicadores trazadores más relevantes de la situación de salud del país y del Departamento, este evento de característica prevenible en su mayoría, si no en todos los casos, sigue siendo un importante problema de salud pública en la región.

En cuanto a la mortalidad infantil, las afecciones perinatales, del sistema respiratorio, las malformaciones congénitas, enfermedades endocrinas, de nutrición y metabólicas, además de otras causas externas, son las más representativas.

La desnutrición y la muerte por desnutrición son eventos directamente asociados con enfermedades prevalentes en el Departamento, como son la IRA y la EDA, esta última determinada en gran parte por las bajas coberturas de agua potable; la desnutrición aguda y las muertes asociadas a este evento, que supera los promedios nacionales, se considera un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de morir en los niños menores de 5 años, al igual que la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda.

Las enfermedades transmitidas por vectores, como malaria, dengue, chikunguña, zika y leishmaniasis son problemas endémicos en la Costa Pacífica y Piedemonte Costero nariñense. Además, la tuberculosis mantiene su importancia, especialmente por su condición de multiresistencia a los antibióticos, el VIH/sida es un problema crónico de alto impacto social y económico en el Departamento de Nariño, donde su asociación con la tuberculosis es una importante causa de letalidad.

Entonces el gran propósito para la gobernación se indica como “Disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad en la población del Departamento de Nariño, a través de la mejora en la gestión integral de servicios de salud, permitiendo garantizar su cobertura y calidad”, así los programas definidos y resaltados son:

CUADRO 2: PROGRAMAS Y OBJETIVOS DEL PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO 2020-2023 MI NARIÑO, EN DEFENSA DE LO NUESTRO

ID	PROGRAMA	OBJETIVO
1	Salud ambiental	Gestionar de manera integral, eficiente y oportuna, en el marco de la intersectorialidad, la salud ambiental para la prevención, manejo y control de los efectos adversos en la salud por exposiciones a factores de riesgo relacionados con los determinantes sociales, ambientales y sanitarios en cada uno de los entornos con el fin

		de impactar positivamente sobre la carga ambiental de la enfermedad reduciendo las brechas e inequidades en salud la ambiental en la población departamento
2	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Reducir y/o mitigar la carga las enfermedades crónicas no transmisibles de origen cardiovascular (hipertensión arterial), metabólico (diabetes mellitus) y cáncer en el Departamento de Nariño
3	Convivencia social y salud mental	Fortalecer la institucionalidad y los diferentes actores y sectores involucrados con la promoción de la salud mental y la sana convivencia
4	Sexualidad y derechos sexuales reproductivos	Garantizar condiciones que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y Reproductivos
5	Vida saludable y enfermedades transmisibles	Reducir la carga por enfermedades transmisibles en el Departamento de Nariño
6	Salud en emergencias y desastres	Mejorar la salud pública en emergencias y desastres en la población con factores de riesgo y alta vulnerabilidad, aplicando el enfoque diferencial, integral e integrado en la promoción, prevención y atención
7	Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	Mejorar la aplicación del enfoque diferencial, integral e integrada en la atención en salud familiar y comunitaria para población víctima de conflicto armado, población adulto mayor, niños, niñas y adolescentes, población con discapacidad, habitante de calle, población étnica y población según género
8	Salud y ámbito laboral	Incrementar la identificación de las condiciones de salud y ocupacional de la población del sector informal identificado
9	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria.	Fortalecer el desarrollo de la gestión del riesgo individual y colectiva en salud para la mitigación del riesgo por fallas en la atención en los servicios de salud y reducción de la carga de enfermedad en el Departamento de Nariño

Lo interesante del plan es que asigna rubros presupuestales específicos bajo los cuales se pueden identificar los recursos a los que se puede tener opción.

1.5 PLAN TERRITORIAL DE SALUD

El Plan Territorial de Salud es el instrumento de política pública que permite incorporar la salud en todas las políticas del territorio. Por lo tanto, será el componente transversal del plan de desarrollo territorial. Orienta las acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias relacionadas con la salud a fin de alcanzar la mayor equidad en salud y desarrollo humano sustentable en el territorio.

El Plan Territorial de Salud del Departamento de Nariño retoma, acoge y adopta lineamientos estratégicos técnicos y conceptuales, como el Plan Decenal de Salud Pública de la Ley 1428 de 2011; la Política de nación de Atención Integral en Salud (PAIS);, el Modelo de Atención Integral en Salud Territorial - MAITE, las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, Redes Integradas de Servicios de Salud; además, el Plan

Nacional de Desarrollo adoptado mediante Ley 1955 de 2019 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS, acuerdo celebrado por el País con la Organización de las Naciones Unidas ONU; también, el Plan de Gobierno Departamental Mi Nariño ¡en defensa de lo nuestro!.

Objetivos PTS

- Mejorar el acceso a los servicios de salud en el departamento de Nariño.
- Promover la promoción y mantenimiento de la salud en el Departamento de Nariño.
- Coadyuvar en el mejoramiento condiciones socioeconómico del Departamento.

Priorización en Salud

Desde la perspectiva del Plan Decenal de Salud, que acoge el Plan de Desarrollo Departamental, el Plan Territorial de Salud⁶ identifica problemas que se representan en el siguiente cuadro:

CUADRO 3: DIMENSIONES Y PROBLEMAS REFERENTES DEL PLAN DECENAL DE SALUD

DIMENSION	ID	PROBLEMA
Salud Ambiental	1	Las bajas coberturas de agua potable y saneamiento básico en las zonas rurales del departamento de Nariño inciden en las condiciones sanitarias de esta población e incrementan la inequidad social
	2	La dispersión de las viviendas, las deficiencias de la infraestructura vial en zonas rurales, y la falta de separación en la fuente, son las principales causas que dificultan la adecuada gestión de los residuos sólidos, que son arrojados a los cuerpos hídricos, enterrados, quemados y/o dispuestos a cielo abierto, convirtiéndose en grandes contaminantes del medio ambiente
	3	Los entes municipales tienen una baja percepción del riesgo asociado a la mala infraestructura sanitaria para el suministro de agua potable y saneamiento básico, ante la ocurrencia de fenómenos de origen natural y antrópico.
	4	La falta de empoderamiento y adopción de buenas prácticas y estilos de vida saludables, autocuidado y cuidado de la vivienda, han llevado a la población a ocupar zonas no aptas para el hábitat humano.
	5	El manejo inadecuado de plaguicidas ha aumentado la incidencia de intoxicaciones agudas en trabajadores agrícolas de áreas rurales.
	6	Efectos en la salud asociados a la quema de combustibles de biomasa y carbón para la preparación de alimentos, el uso de combustibles fósiles para la movilización de vehículos y para la producción industrial y el desarrollo exponencial de compuestos químicos se identifican como las principales causas de la contaminación del aire
	7	La alta incidencia de accidentes ofídicos es un problema de salud pública que afecta las zonas rurales del departamento de Nariño determinada especialmente por la mala calidad de prestación de servicios
Vida saludable	8	La hipertensión arterial es un factor de riesgo que afecta a una proporción importante de la población del departamento de Nariño.

⁶ IDSN. Mi Nariño, en defensa de lo nuestro- Plan Territorial de Salud, Pasto, 125 pág.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



	9	La enfermedad cerebrovascular ocupa las primeras causas de mortalidad en nuestro perfil epidemiológico
	10	La diabetes es una enfermedad que sigue impactando sobre la población nariñense con altas tasas de prevalencia e incidencia y constituyéndose en un factor de con morbilidad asociada a estilos de vida no saludable
	11	La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC es un daño funcional progresivo resultado de hábitos de vida no saludables o factores de riesgo ambiental, que reduce la capacidad productiva y aumenta los Años de Vida Potencialmente Perdidos AVPP por incapacidad o muerte
Convivencia social y salud mental	12	El consumo de sustancias Psicoactivas es un flagelo que afecta la comunidad en general y en particular al grupo de adolescentes y jóvenes
	13	Los fenómenos de esquizofrenia, ansiedad, depresión, epilepsia, bipolaridad y trastornos alimenticios (anorexia y bulimia) son eventos que inciden sustancialmente en el perfil epidemiológico de la salud mental del departamento
	14	Los suicidios y los intentos de suicidio cada vez más frecuentes en grupos poblacionales jóvenes es un problema de salud pública de importancia social.
	15	La violencia intrafamiliar anteriormente poco identificada y reportada se considera un evento relevante en nuestra sociedad.
Seguridad alimentaria y nutricional	16	Las zonas especialmente rurales del departamento dadas sus condiciones de pobreza e inequidad social y agudizadas por la situación del conflicto armado, hacen que su población no tenga acceso a una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada a las necesidades de las familias, garantizando su inocuidad
	17	La desnutrición y la muerte por desnutrición son eventos directamente asociados con enfermedades prevalentes en el departamento como son la IRA y la EDA, esta última determinada en gran parte por las bajas coberturas de agua potable
	18	La desnutrición Aguda y las muertes asociadas a este evento, que supera los promedios nacionales, se considera un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de morir en los niños menores de 5 años.
	19	El bajo peso al nacer es un indicador trazador preocupante en el departamento de Nariño dado su alto porcentaje de ocurrencia y asociado directamente a la salud materna especialmente a su estado nutricional
	20	El incremento de los casos de Obesidad en preadolescentes y adultos es un fenómeno cada vez más relevante en nuestra población
	21	Los altos índices de talla baja para la edad son un problema de salud pública que dejara ver sus secuelas a largo del tiempo en el crecimiento social y económico del departamento, pues estos afectan directamente en el desarrollo no solo físico sino mental de los niños cuando estos alcancen su edad productiva.
Sexualidad derechos sexuales y reproductivos	22	La mortalidad materna y perinatal, así como la morbilidad materna extrema se constituyen en eventos de salud pública de primera magnitud e importancia en la salud pública.
	23	El incremento de embarazos en adolescentes a pesar de las campañas de promoción es un fenómeno que cada vez cobra más importancia especialmente en el grupo de 10 a 14 años.
	24	La violencia basada en género es cada vez más reconocida como un problema de salud pública que afecta más a mujeres que a hombres.
	25	El VIH/Sida, la sífilis y sífilis gestacional, así como la hepatitis B, son enfermedades de transmisión sexual que inciden directamente en la salud sexual y reproductiva.
	26	El cáncer de mama y de cuello uterino en mujeres, así como el cáncer de próstata en hombres, ocupan las primeras causas de morbimortalidad por este evento que puede ser prevenible si es detectado a tiempo.
Vida saludable y enfermedades transmisibles	27	La Infección Respiratoria Aguda son causas importantes de morbimortalidad que afectan especialmente a la población menor de 5 años la Enfermedad Diarreica Aguda son causas importantes de morbimortalidad que afectan especialmente a la población menor de 5 años
	28	Las Enfermedades Transmitidas Por Vectores, como la malaria, el dengue, el chikungunya, el zika y la Leishmaniasis son problemas endémicos en la costa pacífica, subregión de cordillera y pie de monte costero nariñense
	29	Existen zonas del departamento de Nariño en las cuales persisten las bajas coberturas de vacunación que aumentan el riesgo de morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles.

	30	La sífilis congénita es un evento trazador de gran importancia en nuestro departamento
	31	La tuberculosis mantiene su importancia especialmente por su condición de multiresistencia a los antibióticos.
	32	El VIH/Sida es un problema crónico de alto impacto social y económico en el departamento de Nariño, siendo su asociación con la tuberculosis una importante causa de letalidad.
Salud pública en emergencias y desastres	33	El departamento de Nariño, por su conformación geológica y localización geográfica está expuesto a diferentes riesgos naturales entre ellos erupciones volcánicas, terremotos, tsunamis y deslizamientos.
	34	Los riesgos antrópicos como paros por sectores productivos y cierre de vías, asonadas, tomas o enfrentamientos armados, y voladuras de oleoductos son una amenaza permanente en gran parte del territorio del departamento
	35	Baja capacidad administrativa, técnica y financiera para la prevención y atención de emergencias y desastres en el departamento de Nariño
	36	Dada su condición fronteriza, los fenómenos migratorios hacen que se incremente el riesgo de enfermedades de interés en salud pública.
Salud y ámbito laboral	37	Existe una inequidad manifiesta entre trabajadores formales e informales frente a la garantía de derechos y deberes en el Sistema General de Riesgo Laboral.
	38	Se observa una desprotección de las condiciones de estilos y entornos de vida laborales saludables para la población trabajadora
	39	Existe alto subregistro de la identificación y tipificación del accidente de trabajo y enfermedad laboral en la población trabajadora
	40	Baja abogacía de los actores del sistema general de riesgos laborales para articular las acciones encaminadas a la sensibilización, promoción y prevención de riesgos presentes en los espacios laborales
Gestión diferencial en poblaciones vulnerables	41	El envejecimiento demográfico producto de la reducción de las tasas de fecundidad, y el incremento de la esperanza de vida plantea nuevos retos para la sociedad que tendrá mayores exigencias en demandas de atención (Enfermedades crónicas, cáncer etc.) y menos población joven para subsidiarla.
	42	Existe una débil atención integral e integrada para atender los problemas de la primera infancia, infancia y adolescencia de los niños y niñas del departamento.
	43	La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) si bien esta adecuadamente fundamentada tiene muchos Vacíos normativos que impiden su implementación en todo el territorio departamental
	44	La población indígena dispersa y en muchos casos no identificados, tiene dificultades para el acceso oportuno a los servicios de salud y encuentra barreras por una atención no diferenciada.
	45	La población víctima del departamento de Nariño no está siendo identificada ni caracterizada al ser atendida por el sector salud.
	46	La actual desarticulación intersectorial, la ausencia del problema en la agenda del gobierno y el escaso recurso humano y económico se constituyen en los principales factores de la vulnerabilidad de los derechos de la población con discapacidad
	47	A pesar de la normatividad existente las barreras de acceso al sistema de salud de las personas con discapacidad incrementan el problema
	48	Son evidentes las barreras de acceso para la transversalidad con enfoque de género en los Planes de Acción Municipales, esto en parte por el desconocimiento y adherencia a las políticas públicas
Fortalecimiento autoridad sanitaria	49	Los recursos asignados al Sistema General de Seguridad Social en Salud son insuficientes para garantizar el derecho fundamental a la salud de la población nariñense, especialmente para la prestación de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios con cargo a la UPC
	50	Pobre articulación intersectorial para la atención de la población pobre y vulnerable que incluya no solo los servicios de salud sino los de protección social
	51	Falta de oferta de servicios médicos especializados y subespecializados, lo que implica la remisión de pacientes a otros departamentos, más aún en los casos de enfermedades huérfanas y de alto costo
	52	Baja cobertura de aseguramiento en los municipios con zonas de difícil acceso lo que conlleva a una limitación en la plena identificación, sensibilización y acceso al SGSSS

53	Baja capacidad instalada y resolutive especialmente en los componentes de infraestructura, dotación y talento humano de las IPS públicas del departamento de Nariño
54	Débil cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de atención en salud en habilitación, por parte de los prestadores de servicios de salud públicos en el departamento
55	No existe suficiente capacidad resolutive por parte del IDSN para hacer Inspección, Vigilancia y Control a los prestadores de servicios de salud del departamento
56	Deficientes procesos de contratación de prestación de servicios de salud entre las IPS públicas y las EAPB del departamento.
57	No existe una prestación de servicios suficientemente integrada para dar continuidad a los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes
58	El uso inadecuado, la alteración y adulteración, la dispensación errónea, las fallas en la prescripción y la administración de medicamentos incrementan la ocurrencia de eventos adversos que ponen en riesgo la salud de los pacientes generando incluso la muerte.
59	Débil capacidad institucional Resolutiva por parte de las secretarías municipales de salud, especialmente de municipios categorías V y VI para ejercer Inspección, Vigilancia y Control sanitario, así como Vigilancia Epidemiológica y Asistencia Técnica a su municipio.

Los problemas mencionados en su inmensa mayoría tienen cabida en el solucionario institucional, puesto que con la capacidad instalada y nivel de atención se da respuesta a todos ellos de una u otra forma, la organización HUDN tienen algún grado de influencia en su atención y minimización además, al ser contemplados por los órganos superiores de control y gestión como el IDSN, Gobernación de Nariño y Ministerio de Salud y Protección Social entonces podrían convertirse en líneas de trabajo con partes interesadas.

1.6 DOCUMENTO RED DE SERVICIOS

La categorización que el Documento “PROGRAMA TERRITORIAL DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERIZACIÓN DE REDES DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO” tiene para la institución HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO es: MEDIANA COMPLEJIDAD 3B.

La ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, es el Hospital de mayor complejidad del departamento, no brinda servicios de pediatría, en adultos brinda además de los servicios del TIPO 3A, Oncología, radioterapia, hemodinamia.

Caracterizado por contar con el siguiente recurso humano:

Recurso Humano: Médico especialista de medicina familiar y/o médico general, médicos especialistas de acuerdo con la oferta de salud y los programas o títulos autorizados por el ministerio de educación, especialidades subespecialidades que se necesiten según portafolio de servicios, auxiliar de enfermería, enfermera Profesional, psicólogo, auxiliar de laboratorio, bacteriólogo, citólogo, patólogo, auxiliar de

imagenología, radiólogo, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, fonoaudiología, fisiatra, terapia respiratoria, químico farmacéutico, regente de farmacia, auxiliar de farmacia, trabajador social y/o Sociólogo.

Portafolio:

- Internación
- Quirúrgicos
- Consulta externa
- Urgencias
- Transporte asistencial
- Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
- Protección específica y atención temprana
- Procesos

NOTA: La prestación de servicios como Unidad de Quemados adulto y Unidad de quemados pediátrico no está dispuesto en el Registro Especial de Prestadores, pero la prestación del servicio se brinda dentro de la capacidad instalada en número de camas dentro del servicio de internación, el cual es prestado por el Hospital Universitario Departamental de Nariño y el Hospital Infantil Los Ángeles.

La red de prestación de servicios de salud del Departamento de Nariño se organiza por complejidad: baja, mediana y alta, optimizando la capacidad instalada y resolutive para ofrecer servicios de salud integrales a los usuarios, relacionados entre sí mediante la adecuada operativización del Sistema de Referencia y Contra referencia, permitiendo minimizar barreras de acceso y riesgos en la atención, acordes al perfil epidemiológico y a las necesidades específicas de la población determinadas por el entorno externo de cada subregión.

Y se puede sintetizar en el siguiente cuadro⁷:

⁷ IDSN, PROPUESTA DE DISEÑO Y CONFORMACION DEL PROGRAMA TERRITORIAL DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERIZACIÓN DE REDES DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO. IDSN, PASTO, 72 P.

CUADRO 4: VISION DEL HUDN E.S.E. DESDE EL DOCUMENTO RED DE SERVICIOS

ALTA COMPLEJIDAD - ATENCIÓN 3B			
GRUPO	COD	DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	COMPLEJIDAD
			ALTA
Internación	101	101-General adultos	SI
	105	105-Cuidado intermedio neonatal	SI
	107	107-Cuidado intermedio adultos	SI
	108	108-Cuidado intensivo neonatal	SI
	110	110-Cuidado intensivo adultos	SI
	112	112-Obstetricia	SI
	120	120-Cuidado básico neonatal	SI
Quirúrgicos	203	203-Cirugía general	SI
	204	204-Cirugía ginecológica	SI
	205	205-Cirugía maxilofacial	SI
	206	206-Cirugía neurológica	SI
	207	207-Cirugía ortopédica	SI
	208	208-Cirugía oftalmológica	SI
	209	209-Cirugía otorrinolaringología	SI
	211	211-Cirugía oral	SI
	212	212-Cirugía pediátrica	SI
	213	213-Cirugía plástica y estética	SI
	214	214-Cirugía vascular y angiológica	SI
	215	215-Cirugía urológica	SI
	217	217-otras cirugías	SI
	233	233-Cirugía dermatológica	SI
Consulta Externa	301	301-Anestesia	SI
	302	302-Cardiología	SI
	303	303-Cirugía cardiovascular	SI
	304	304-Cirugía general	SI
	305	305-Cirugía neurológica	SI
	306	306-Cirugía pediátrica	SI
	308	308-Dermatología	SI
	310	310-Endocrinología	SI
	313	313-Estomatología	SI
	316	316-Gastroenterología	SI
	318	318-Geriatria	SI
	320	320-Ginecobstetricia	SI
	321	321-Hematología	SI



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



323	323-Infectología	SI
325	325-Medicina familiar	SI
327	327-Medicina física y rehabilitación	SI
329	329-Medicina interna	SI
330	330-Nefrología	SI
331	331-Neumología	SI
332	332-Neurología	SI
333	333-Nutrición y dietética	SI
335	335-oftalmología	SI
336	336-Oncología clínica	SI
339	339-Ortopedia y/o traumatología	SI
339	Ortopedia y traumatología	SI
340	340-Otorrinolaringología	SI
342	342-Pediatría	SI
343	343 Periodoncia	SI
344	344-psicología	SI
345	345-Psiquiatria	SI
348	348-Reumatología	SI
354	354-Toxicología	SI
355	355-Urología	SI
356	356-Otras consultas de especialidad	SI
359	359-Consulta prioritaria	SI
361	361-Cardiología pediátrica	SI
362	362-Cirugía de cabeza y cuello	SI
363	363-Cirugía de mano	SI
365	365-Cirugía dermatológica	SI
366	366-Cirugía de tórax	SI
367	367-Cirugía gastrointestinal	SI
368	368-Cirugía ginecológica laparoscópica	SI
369	369-Cirugía plástica y estética	SI
372	372-cirugía vascular	SI
373	373-Cirugía oncológica	SI
377	377-Coloproctología	SI
385	385-Neonatología	SI
387	387-Neurocirugía	SI
388	388-Neuropediatría	SI
393	393-Ortopedia oncológica	SI
406	406-Hematología oncológica	SI
411	411-Cirugía maxilofacial	SI

Urgencias	501	501-Servicio de urgencias	SI
Transporte Asistencial	601	601-Transporte asistencial básico	SI
	602	602-Transporte asistencial Medicalizado	SI
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	701	701-Diagnóstico cardiovascular	SI
	703	703-Endoscopia digestiva	SI
	706	706-Laboratorio clínico	SI
	709	709-Quimioterapia	SI
	710	710-Radiología e imágenes diagnósticas	SI
	711	711-Radioterapia	SI
	713	713-Transfusión sanguínea	SI
	714	714-Servicio farmacéutico	SI
	715	715-Medicina nuclear	SI
	718	718-Laboratorio de patología	SI
	719	719-Ultrasonido	SI
	725	725-Electrodiagnóstico	SI
	728	728-Terapia ocupacional	SI
	729	729-terapia respiratoria	SI
	732	732-Ecocardiografía	SI
	733	733-Hemodiálisis	SI
739	739-Fisioterapia	SI	
740	740-Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	SI	
Protección Específica y Detección Temprana	908	908-Protección específica -atención al recién nacido	SI
	916	916-Protección específica -vacunación	SI
Procesos	950	950-Proceso esterilización	SI

Las IPS de mediana complejidad (Hospital San Rafael, Hospital Perpetuo Socorro y HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO) se caracterizan por prestar servicios de salud utilizando su capacidad instalada y resolutive para atender las actividades, intervenciones y/o tratamientos de baja y media complejidad, que no han sido resueltos en la baja complejidad, en todos los nodos.

Los hospitales que eventualmente queden liquidados por ordenanza de la Superintendencia Nacional de salud para garantizar la prestación de servicio, esta será asumida por el hospital de mayor complejidad de la Red Departamental sin importar el Nodo de atención.

Para el resto de la complementariedad de servicios se remitirán al Hospital San Rafael, Hospital Perpetuo Socorro, HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO de la Ciudad de Pasto con capacidad resolutive e instalada para garantizar en forma

integral servicios adicionales de urgencias de alta complejidad, hospitalización, intervenciones y procedimientos en las subespecialidades.

1.7 ASIS NARIÑO 2021 ENFOCADO AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

TERRITORIO Y DEMOGRAFIA

- El departamento de Nariño se ha posicionado en el contexto regional nacional e internacional dada su privilegiada localización geográfica y su rica condición pluriétnica y multicultural, es el departamento en general el resultado de un proceso histórico en el que se incluyeron desde los descendientes de varios grupos indígenas, los españoles, hasta los indígenas actuales, afrocolombianos y los mestizos dispuestos en un espacio geográfico que alberga moderados niveles de desarrollo económico y social. Aún en la actualidad el departamento mantiene una condición de aislamiento, cuenta con la vía panamericana que comunica a la ciudad de Pasto con el Cauca hacia el norte y con la ciudad de Ipiales y el vecino país del Ecuador hacia el sur. Hacia el occidente la vía comunica con Tumaco y al oriente con el Putumayo. Las conexiones al interior del departamento se hacen por vías secundarias no siempre en buen estado.
- Su posición geográfica lo localiza en la línea ecuatorial, su registro altitudinal va desde los 0 msnm a los 4.764 msnm en la cumbre del volcán Cumbal, su sistema hídrico está constituido por dos vertientes, la Pacífica y la Amazónica, en general el territorio posee un conjunto de estructuras volcánicas dentro de las que se destacan al nororiente el Macizo Colombiano ; Los cerros Petacas y las Animas, Doña Juana, en el centro el complejo volcánico Galeras y Mora surco, en la cordillera occidental el Azufra, Cumbal y Chiles y hacia el oriente el complejo Guamuez.
- En términos generales en el departamento se registran problemas de orden ambiental como contaminación del aire y del agua, reducción de caudales, deforestación y pérdida de la biodiversidad.
- Dentro de las amenazas naturales e inducidas se presenta actividad sísmica asociada por una parte con la gran cantidad de volcanes localizados en el departamento, y por otra por la localización entre las placas tectónicas de Sudamérica y Nazca, así como por las amenazas de tsunami, remoción de masa, inundaciones de origen fluvial o marino costero, avalanchas, erosión, desertificación e incendios forestales.
- La concentración del conflicto armado es una de las mayores problemáticas sociales presentes en el departamento, unida a violaciones de los derechos humanos, desplazamientos, homicidios, y el narcotráfico.

- Las múltiples relaciones entre la población humana y su ambiente están condicionadas por organizaciones sociales que regulan y especifican la forma de apropiación, producción, distribución y consumo, de tal forma que le permite establecer y organizar el territorio que ocupa de forma permanente, a su vez la población es condicionada por el territorio, influyendo directamente sobre su ubicación, identidad, características, así como en el ritmo y tendencias del crecimiento.
- El departamento está conformado por 64 municipios organizados actualmente en 13 subregiones, cuenta con una población de 1.809.166 de la cual el 49,8 es rural y el 50,2 urbana. La condición de ruralidad caracteriza a Nariño, y son las actividades agropecuarias y extractivas las que soportan esta condición.
- La clasificación de la población por determinadas variables y criterios, caracterizan y determinan su estructura, que además da cuenta de las transformaciones históricas y lo que se espera a futuro con relación a los hechos vitales, como la mortalidad, natalidad y fecundidad, así como su relación directa con las dinámicas socioeconómicas, como los movimientos migratorios, el conflicto armado. Igualmente permite identificar fenómenos como la disminución de la población infantil, el incremento de la población en edad de trabajar, y el paulatino aumento en el número de adultos mayores.
- En cuanto a su demografía, el departamento de Nariño en once años con una población pasando de 1.541.692 habitantes en 2005 a 1.809.116 en 2018, su estructura poblacional corresponde a una sociedad en transición, con una pirámide de base poblacional amplia en transformación.
- El departamento de Nariño con una extensión de 34.656 kilómetros cuadrados tiene una densidad poblacional promedio de 52,2 habitantes por km. Cuadrado, sin embargo, dada la diversidad geográfica y la extensión disímil de sus 64 municipios se presentan diferencias importantes entre ellos, así Pasto tiene la mayor densidad con 385,8 habitantes por km Cuadrado, San Bernardo y Albán con 298,7 y 277,1 Hab. Por km. Cuadrado, opuestos a Magüí. Payan con 13.8 Hab. Por km. Cuadrado, Ricaurte con 8,2 y Barbacoas con 21,6. En general vemos que los municipios menos poblados son los correspondientes a la zona del pacífico y los de más alta densidad son los de la zona centro.
- Muchos de sus aspectos sociales están relacionados con su composición étnica, así en Nariño se identifican tres grupos poblacionales bien definidos, indígenas que representan el 12.7 % de la población, afrocolombianos con un 20.7 % y mestizos que son aproximadamente el 66.5 restantes.
- Las modificaciones en la dinámica poblacional son el resultado del crecimiento natural o vegetativo, relacionado con la tendencia de la natalidad y mortalidad y el crecimiento migratorio donde Nariño durante los últimos años se ha visto afectado por los desplazamientos forzados de la población víctima de la violencia.

- En el contexto general en Nariño se identificaron desde el año 2013 al 2018 las víctimas de acuerdo a tipo de hechos victimizantes se encuentran el desplazamiento con acumulado para los seis años analizados de 127.918, resaltando que entre los años 2013 y 2014 se evidencia un aumento progresivo de 852 desplazados evidenciándose una disminución significativa en los años 2015, 2016, 2017 con un aumento importante para el año 2018 con 14.686 desplazados, en los municipios con mayor número de desplazados se encuentran en Pasto, Barbacoas, el Charco, Francisco Pizarro, Linares, La Tola, Mosquera, Magüí Payan, Olaya Herrera, Policarpa, Ricaurte, Roberto Payan, Samaniego, Santa Bárbara, Ipiales y Tumaco, seguido de amenazas y Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles.
- Las dinámicas migratorias en una población pueden afectar el perfil demográfico y epidemiológico de la misma. En Colombia se está presentando una cantidad mayor de inmigrantes en comparación con el departamento de Nariño para el año 2017 con 56 personas, recibiendo una baja proporción de ellos; esto crea la necesidad de conocer y analizar las condiciones de vida y salud de estos grupos poblacionales.
- Así como Colombia ha observado profundos cambios en la orientación de las políticas públicas en busca del desarrollo y economía, estas transformaciones también se han percibido de forma.
- Significativa en la dinámica poblacional del departamento de Nariño, mejorando sus indicadores demográficos, sociales, culturales económicos y de salud con el fin de disminuir las desigualdades sociales, lograr la equidad social y alcanzar el bienestar de sus habitantes.

MORTALIDAD

- Entre el año 2005 y 2017 en el departamento de Nariño se presentaron 79.905 muertes durante el período analizado, con tendencia creciente, evidenciando que el mayor porcentaje de muertes se presentan en hombres. En el año 2017 con 6.905 muertes de las cuales 44.5% (3.214) son en mujeres y el 55.5% (3.690) son en hombres.
- Para el año 2017 se evidencia que un total de 6.904 personas de las cuales se registraron con educación básica primaria 3.716 (53.8%), seguido de personas que no registran ningún nivel educativo con 1.215 (17.6%) y en tercer lugar sin información con 747 (10.8%) de acuerdo a las muertes presentadas.
- Entre el año 2008 y 2017 en el departamento de Nariño se presentaron 64.143 muertes, de las ocurridas en 2017 (6904), 427 personas (6.2%) pertenecen a comunidad indígena, ROM (Gitanos) 5 (0.07%), Raizal 3 (0.04%), Palanquero de san Basilio 1 (0.01%), negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente 791 (11.5%), otras etnias 5.674 (82.2%), y sin información 3 (0.04%).

- Entre el año 2008 y 2017 en el departamento de Nariño se presentaron 64.173, muertes de las ocurridas en el año 2017, se presentaron 5.055 personas (73%) régimen subsidiado, contributivo 1.069 (15%), régimen de excepción 175 (2,9%), régimen especial 13 (0,22%), sin información 592 (9%) y no se encuentran se presentaron casos de vinculados, particulares y otros.
- Las tasas ajustadas presentan un comportamiento entre los años los años 2005 a 2017 se tiene variación para las tres primeros causas de mortalidad en su orden: enfermedades del sistema circulatorio iniciando para el año 2005 con 79.9 por cada 100.000 habitantes con tendencia fluctuante llegando al año 2017 con 131.1 por 100.000 habitantes, seguido de las demás causas con comportamiento oscilante se presentando para el año 2017 con 99,8 por 100.000 habitantes y las neoplasias con 73.7 por 100.000 habitantes, se observándose un incremento en la tasa de mortalidad y en el último año hay un descenso leve, de las cuales tiene una tendencia creciente.
- Los años de vida potencialmente perdidos para el año de 2017 el departamento de Nariño registro 43.487 personas de los años potencialmente perdidos debido a causas externas, en el grupo de las demás causas que se considera como una agrupación de diagnósticos residuales, conformado por 14 subgrupos, entre los que se encuentran la diabetes mellitus, las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores , la cirrosis, y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado entre otras produjo 30.805 personas de AVPP, le siguen las enfermedades del sistema circulatorio con 24.121 personas de AVPP, las causas asociadas con neoplasias a 23.926 personas de AVPP, , las enfermedades transmisibles con 7.781 personas de AVPP y las afecciones del periodo perinatal con 7.177 personas de AVPP.
- En las enfermedades transmisibles, en el año 2017 presentan mayores tasas en la infección respiratoria aguda con 9,22 por 100.000 habitantes, con tendencia fluctuante, seguida de las enfermedades por EL VIH (SIDA) evidenciados el pico más alto de 3,28 por 100.000 habitantes, con tendencia oscilante y en tercer lugar se encuentran septicemia excepto neonatal con 1,33 por 100.000 habitantes presentando tendencia creciente.
- En las neoplasias para el año 2017, los tres primeros lugares son ocupados por el tumor de estómago, en primer lugar, seguido del tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago, y los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas.
- En las enfermedades del sistema circulatorio se ubican las enfermedades isquémicas del corazón, en primer lugar, seguidas las enfermedades hipertensivas y las enfermedades cerebrovasculares en tercer lugar.

- En las causas externas los homicidios ocupan el primer lugar de las sub causas de este grupo, seguido de los accidentes de transporte terrestre y lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) en tercer lugar.
- Observamos las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores ocupan el primer lugar de las demás causas, seguida del resto de enfermedades del sistema digestivo y en tercer lugar Diabetes mellitus la cual se alterna en los años 2005 a 2017.
- Todos los indicadores del departamento comparados con el nivel nacional están por debajo del dato presentado para el país o se encuentran en los rangos, lo cual los ubica en la semaforización en color amarillo, al organizar los subgrupos de causas según el valor de la tasa ajustada presentada, observamos que la tasa de Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios) el mayor valor, ocupando el primer lugar, seguidos diabetes mellitus, accidentes de transporte terrestre, tumor maligno de estómago, tumor de próstata y en sexto lugar se encuentran las mortalidades por tumor maligno de mama.
- Teniendo en cuenta todos los subgrupos encontramos que en el grupo de menores de un año las afecciones del período perinatal con una tasa de 4,83 por 1.000 NV ocupan el primer lugar, seguida de malformaciones congénitas con una tasa de 2,25 por 1.000 NV, de afecciones del sistema respiratorio con 0,82 por 1.000 NV, causas externas de mortalidad y morbilidad con 0,39 por 1.000 NV y Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con una tasa de 0,33 para ambos sexos. El comportamiento es similar en todos los años observados. Observamos que las causas externas con una tasa de 11,35 las enfermedades del sistema respiratorio con 4,54, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 3,78 Enfermedades endocrinas, nutricionales, metabólicas ocupan el cuarto lugar con 3,03. Al observar el grupo de menores de 5 años encontramos que las afecciones del periodo perinatal con 53,66, las malformaciones congénitas con 27,74, las causas externas de mortalidad y mortalidad con y Enfermedades del sistema respiratorio con 12,66 ocupan los primeros lugares, esto por el peso que constituyen las causas de menores de 5 año en este grupo observado, la tendencia es pareja tanto para hombres como para mujeres y es afín en todos los años observados.
- La mortalidad materna presenta una razón de 31,37% por encima del valor nacional lo que implica diferencias estadísticamente significativas con relación a dicho valor, contrariamente a los otros indicadores en los que no se observan diferencias importantes entre el promedio nacional y el de Nariño para el año 2017.

MORBILIDAD

- Se entiende por morbilidad la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado. La morbilidad es un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.
- Es fundamental ante tanta información de salud disponible identificar las principales causas según las diferentes categorías de análisis para hacer una priorización que nos permita intervenir de manera eficiente la basta cantidad de problemas que tiene la población del departamento de Nariño.
- La morbilidad por grandes causas, de acuerdo a los ciclos vitales se encuentran las condiciones transmisibles y nutricionales en la primera infancia y las enfermedades no transmisibles en la infancia, adolescencia, juventud, adultez y personas mayores de 60 años. Resaltando que la morbilidad atendida en hombres es determinada por las patologías agrupadas en las Enfermedades no transmisibles siendo la principal causa de consulta entre los hombres, esta situación se mantiene en cada uno de los ciclos vitales con excepción en la etapa de la primera infancia se encuentra condiciones transmisibles y nutricionales. Para las mujeres se evidencia una disminución de las grandes causas de morbilidad atendida en mujeres se caracteriza por la alta frecuencia de enfermedades no transmisibles. Esta es la principal causa de consulta en todos los grupos etarios, excepto en las mujeres de 0 a 5 años, entre las cuales las consultas por condiciones transmisibles y nutricionales se situaron en 2018 como las de mayor frecuencia. Así mismo entre las mujeres de 14 a 26 años se encuentra atención de la frecuencia de personas que consultan por lesiones.
- Por subgrupos de causas las condiciones transmisibles y nutricionales se encuentran las infecciones respiratorias, en las condiciones materno perinatales se encuentran en primer lugar las condiciones maternas, de las enfermedades no transmisibles la principal causa de morbilidad son las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades musculo-esqueléticas, las condiciones neuropsiquiátricas y en las causas por lesiones se encuentran los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas.
- La principal causa en el ciclo vital de la primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y personas mayores de 60 años se muestra los trastornos mentales y del comportamiento, la segunda causa son la epilepsia, con tendencia variada y los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas.
- El SIVIGILA como fuente alterna de información cobra relevancia ante la vigilancia de eventos de interés en salud pública objeto de intervenciones inmediatas, individuales o colectivas ante la potencialidad de la ocurrencia de brotes o

epidemias, entre ellas se encuentran: El bajo peso al nacer, Tosferina, dengue grave y malaria.

- Para la tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años) se registra para Colombia una incidencia de 7,10 en comparación para Nariño 0 no se presentan datos, mostrando una tendencia oscilante en los años analizados y en tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años) se encuentra a Colombia con una tasa de 34,50 mientras que, en Nariño con una tasa más baja de 4,50, presentando una tendencia varia en los diferentes años.
- Para el año 2018 la prevalencia de hipertensión arterial estimada para Colombia es de 7,91% y para el departamento de Nariño de 4,60%, significativamente más baja, sin embargo, este evento se constituye como uno de los principales factores de riesgo determinantes de la mortalidad cardiovascular.
- La prevalencia de diabetes mellitus en el año 2018 la prevalencia de diabetes mellitus estimada para Colombia es de 2.61% y para el departamento de Nariño de 1.52%, significativamente más baja, sin embargo, este evento se constituye como uno de los principales factores de riesgo determinantes de la mortalidad cardiovascular.
- La morbilidad de la población migrantes según el tipo de atención requerida, del total de la población migrante del departamento de Nariño concentró el 45% de la consulta externa, seguido de medicamentos con 26%, los procedimientos realizados con el 19%, con menos porcentajes se encuentran el servicio de urgencias, hospitalización y nacimientos.
- Es imposible desligar las condiciones sanitarias de una zona o población de la morbilidad presentada en la misma, en este sentido las bajas coberturas de agua potable (calidad de agua), de acueducto, de aseo, y de alcantarillado son de máxima atención y prioritarias a intervenir para reducir el daño a la salud.
- Finalmente se incluye en el cuadro de priorización el componente de intervención en grupos vulnerables, es el caso de la discapacidad, especialmente la dejada por las limitaciones del movimiento de miembros (Amputaciones, hemiplejias etc.), ceguera y alteraciones del sistema nervioso.

1.8 MARCO DEPARTAMENTAL

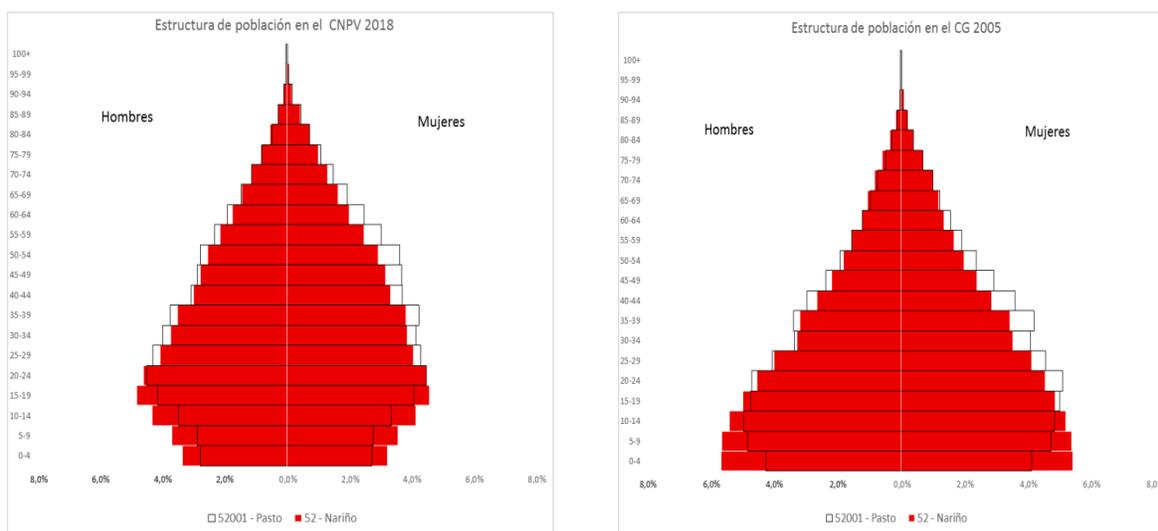
Nariño está ubicado al sur occidente de Colombia y tiene una posición geoestratégica privilegiada; es la frontera de Colombia con Sur América y el Mar Pacífico que lo comunica con toda la cuenca del mismo nombre. Cuenta con una extensión total de 33.268 kilómetros cuadrados, de los cuales 8% de su territorio pertenece al Pie de Monte de la Amazonía, una de las grandes reservas de biodiversidad del mundo, el 52% corresponde a la Llanura del Pacífico o Chocó Biogeográfico, que presentan

condiciones excepcionales en diversidad de comunidades y especies, y el 40% restante pertenece a la zona andina en donde se destacan los páramos y volcanes, aspectos que posicionan a Nariño como una de las regiones más diversas de Colombia y el mundo.

Uno de las grandes riquezas que tiene el Departamento está en su diversidad poblacional. De acuerdo con las proyecciones estadísticas del Censo 2018, para el año 2019 Nariño cuenta con una población total de 1.851.658 habitantes, de los cuales 929.463 son hombres y 922.195 son mujeres, que representan el 3.6% del total nacional. La población indígena alcanza 170.714 personas (10.28%), las comunidades afrodescendientes 270.433 (18%) y el Pueblo ROM con 83 habitantes.

La tercera parte de la población se concentra en los municipios de Pasto, Ipiales, Túquerres y Tumaco, ubicadas – a excepción de esta última – en la región Andina. En términos naturales, el crecimiento poblacional en Nariño se puede explicar casi en su totalidad por la evolución del ritmo del crecimiento natural y de la reducción en las tasas de natalidad y mortalidad. Entre otros factores, el creciente mejoramiento de las condiciones sanitarias y el aumento de la política social – especialmente en las zonas rurales – permitió a la población alcanzar niveles de esperanza de vida más elevados (73.52 en 2015) en comparación con 2005 (67.8 años).

FIGURA 3: PIRÁMIDE POBLACIONAL DE NARIÑO 2005 – 2018



Fuente. Censo DANE 2018. Proyecciones de población 2018.

Lo anterior permite afirmar que en relación a la composición poblacional, desde el año 2005 se han presentado cuatro tendencias específicas que han modificado la estructura poblacional en Nariño: 1) la disminución de la fecundidad motivada, entre otros aspectos, por el aumento del nivel educativo de las mujeres urbanas y rurales del Departamento, 2) la prevalencia de la población entre 10 a 19 años que significa una presión progresiva sobre el sistema educativo y el mercado del trabajo, 3) un incremento de la población adulta mayor entre los 60 años y más.

La población indígena de Nariño se encuentra distribuida en siete pueblos Pastos con 132.000 habitantes (77,32%), seguido por los Awá con 26.800 habitantes (15,69%), Eperara Siapidara con 4.500 habitantes (2,63%), Quillasinga con 4.008 habitantes (2,34%), los Inga con 3.041 habitantes (1,78%), la etnia Kofán con 160 habitantes (0,093%), integrados en 71 resguardos legalmente constituidos, que corresponden aproximadamente a 600.000 Has (CONPES 3811, 2014)

Para la organización de la red de prestación de servicios de salud del Departamento de Nariño se constituyeron 5 Nodos de referencias y contrarreferencia, teniendo en cuenta la ubicación geográfica de cada Municipio así:

- **CENTRO:** integrado por las instituciones de los diferentes niveles de complejidad que existen en los municipios de Pasto, Chachagüí, Yacuanquer, Sandoña, Consacá, Ancuya, Tangua, Nariño, la Florida, El Tambo, El Peñol, Buesaco, El Tablón de Gómez, San José de Albán, Leiva, Policarpa, Cumbitara, El Rosario, Funes y Linares.

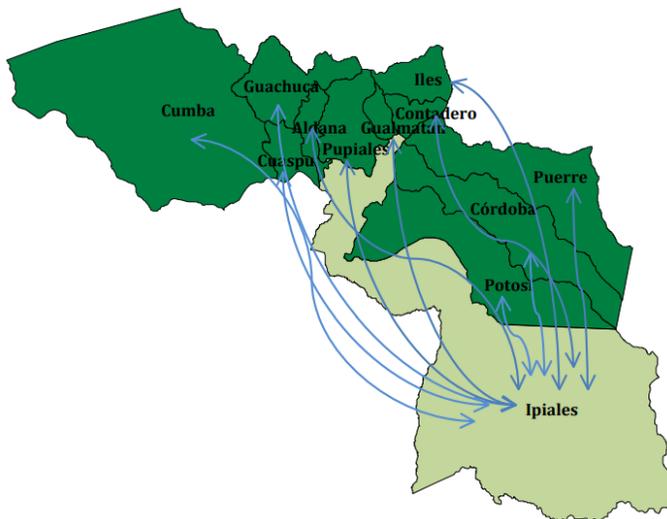




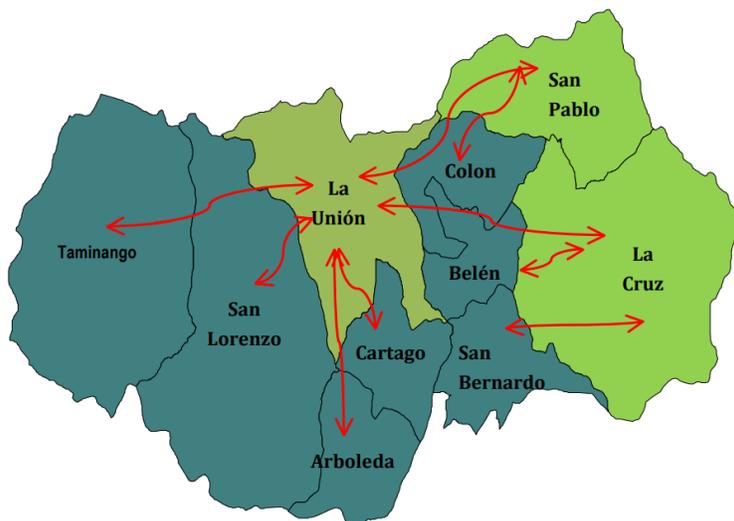
**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



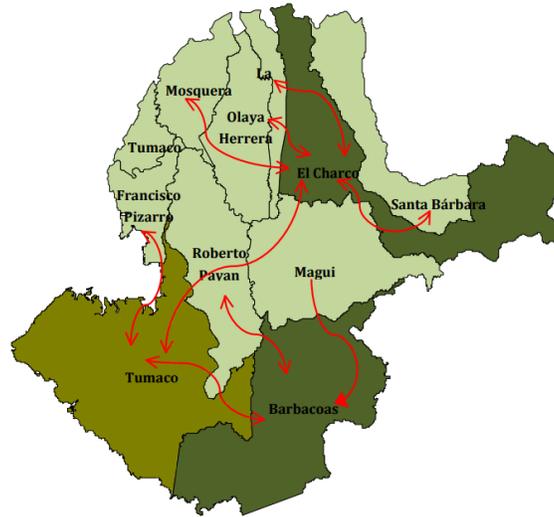
- **SUR:** El Nodo Sur está integrado por las instituciones de los diferentes niveles de complejidad que existen en los municipios de Ipiales, Aldana, Contadero, Cuaspud, Cumbal, Gualmatán, Iles, Pupiales, Potosí, Córdoba, Puerres y Guachuca.



- **NORTE:** integrado por las instituciones de los diferentes niveles de complejidad que existen en los municipios de La Cruz, San Pablo, Arboleda, Belén, Colón, La Unión, San Bernardo, San Lorenzo, San Pedro de Cartago y Taminango.



- **OCCIDENTE:** integrado por las instituciones de los diferentes niveles de complejidad que existen en los municipios de Tumaco, Barbacoas, Francisco Pizarro, Magüí, Roberto Payán, La Tola, El Charco, Olaya Herrera, Mosquera y Santa Bárbara.



- **CENTRO OCCIDENTE:** integrado por las instituciones de los diferentes niveles de complejidad que existen en los municipios de Guaitarilla, La Llanada, Santacruz, Providencia, Linares, Ospina, Samaniego, Sapuyes, Túquerres, Los Andes, Mallama y Ricaurte.





El Municipio de Pasto, capital del Departamento de Nariño, se encuentra ubicado al sur de Colombia, tiene una extensión de 1.181 Kms. 2 del cual el área urbana es de 26,4 Km²., una población de 445.409 habitantes según proyección DANE en el año 2016, de los cuales el 81.64% habita en las 12 comunas que constituyen la ciudad de San Juan de Pasto y el 18.36% en los 17 corregimientos.

La población del municipio de Pasto proyectada para el 2016 por el DANE cuatrocientos veintitrés mil doscientos diecisiete (445.409) habitantes de los cuales el 82,6% se concentra en el área urbana. Está conformada en un 51,69% por mujeres y un 48,31% por hombres, para una razón de masculinidad de 93 hombres por cada 100 mujeres; a pesar de que nacen más hombres que mujeres, gradualmente hay un cambio debido a las diferencias en la mortalidad.

Estado de salud de la población:

La tasa de desnutrición infantil en el Departamento, problemática que se profundiza en algunas subregiones, es causada por las bajas condiciones de vida, ausencia de acceso a la salud, falta de agua potable, falta de acueductos y sistemas de alcantarillado e inadecuadas condiciones de habitabilidad en las viviendas que afectan en mayor proporción a los niños y niñas.

Dicha situación se expresa en los indicadores de malnutrición infantil tales como: DNT Crónica 22,5%, DNT Global 5,2%, DNT Aguda 1,7%, Obesidad 2,3%, bajo peso al nacer a término de 3.1%. Mortalidad Perinatal: 15,3 Tasa x 1000 NV (SIVIGILA, 2015), produciendo en el mediano y largo plazo factores de riesgo que contribuyen en la morbilidad y mortalidad evitable (7 muertes por desnutrición, 20 muertes por IRA. 2 muertes por EDA en 2015).

El Departamento viene haciendo esfuerzos importantes para mejorar las condiciones de salud de su población. No obstante, enfrenta una alta carga de morbimortalidad y discapacidad evitable en enfermedades transmisibles y no transmisibles, de salud mental, enfermedades inmuno-prevenibles, producida por diversos factores en donde se destacan las inequidades y desigualdades sanitarias, la baja disposición de agua potable, de tratamiento de aguas residuales y residuos sólidos, desnutrición y alimentación poco saludable, inactividad física e inadecuados estilos de vida y hábitos culturales, bajos niveles de empleo, ingreso y desprotección laboral, conflicto armado, narcotráfico y violencia, baja cobertura y calidad de los servicios de salud - especialmente para poblaciones dispersas - baja transferencia y apropiación del conocimiento de medidas de promoción y prevención por parte de la comunidad, baja adherencia a las guías y protocolos de atención y a las medidas de seguridad del paciente, débiles modelos de gestión e intervención del riesgo por parte de las

empresas administradoras del plan de beneficios; débil gestión y planeación integral sectorial e intersectorial especialmente por parte de las administraciones municipales y prestadores de servicios de salud de la red pública, débil participación de la sociedad; entre otros.

Las anteriores problemáticas son resultado de las interacciones desbalanceadas las dimensiones del desarrollo (Población, Ambiente, Social y Económico) que configuran una serie de tensiones comunes que inciden en la salud de la población el territorio.

Dificultades de acceso oportuno y de calidad a servicios sociales y de Salud:

Existen deficientes condiciones sanitarias y de conectividad en zonas urbanas, centros poblados rurales y rurales dispersos, que impiden el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud, acompañados de una frágil infraestructura y una débil institucionalidad para la prestación de servicios públicos y sociales, incidiendo directamente en:

a. La Morbimortalidad materna, presentándose para el año 2015 se presentaron 11 muertes maternas para una razón de 61,3 por causas directas e indirectas, 348 de Morbilidad Materna Externa (MME) para una tasa de para una tasa de 19,4.

b. Enfermedades Hídricas, únicamente el 3% de la población rural y el 46% de la población urbana consumen agua sin riesgo lo que genera Enfermedad diarreica aguda (EDA) con una Tasa 1.2 por 100.000 menores de cinco años, En cuanto a disposición final de residuos sólidos urbanos 12 municipios (18.7%) Policarpa, Barbacoas, Mosquera, El Charco, Francisco Pizarro, Magüí Payán, Roberto Payan, Santa Bárbara, El Rosario, Guaitarilla, Leiva y Linares, realizan disposición inadecuada a cielo abierto.

c. Enfermedades transmisibles, se presentaron 7 casos de Lepra para el 2014, en Tuberculosis 163 casos para el 2015 con una Tasa de mortalidad por tuberculosis 0,46 casos de TB por 100.000 Habitantes, Nariño desde el año 2005 obtenga coberturas de alto riesgo y críticas a excepción de los años 2014 y 2015 en el cual se obtiene una clasificación mayor al 90% en los diferentes grupos de edad de niños y niñas menores de 6 años (BCG: 90,63% , Penta 3: 91,31%, TV: 94,51%) y aumento de la letalidad de tosferina en una tasa de 22,2 x 100.000 habitantes.

De otro modo, en cumplimiento de actividades que establece el protocolo de violencia sexual que se viene implementando a nivel de la red de prestación de servicios de salud, solo al 15% de violaciones sexuales se les hizo profilaxis de ITS/VIH/SIDA, al 9% de las mujeres en edad fértil se les realizó anticoncepción de emergencia, al 78% de las víctimas de violencias sexuales se les realizó atención en salud mental, el 64% de

los casos se notificaron a instituciones de justicia y el 47% a instituciones de protección.

Con relación a eventos de ITS se presentaron para el año 2015, 51 casos de hepatitis B y C para una tasa de 2,9 por 100 mil habitantes; 15 casos de sífilis congénita, para una tasa de 0,8 por mil nacidos vivos; 113 casos de sífilis gestacional para una tasa de 6,3 por mil nacidos vivos; 168 casos diagnosticados con VIH/SIDA para una tasa de 9,6 por cien mil habitantes y 10 casos de mortalidad por Sida para una tasa de 0,6 por cien mil habitantes. Fuente SIVIGILA 2015. IDSN. Es importante resaltar que se ha mantenido la tasa de prevalencia del VIH en 0,1 x cien mil habitantes, por debajo de la tasa del nivel nacional (0,5 x cien mil habitantes).

Según fuente Ministerio de Salud y Protección Social-Gestión del Riesgo 4505 datos preliminares 1 de enero a 31 de diciembre de 2014 versión 02 Dirección de Epidemiología y Demografía la Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal 3,4%; proporción de gestantes con asesoría toma y resultado de ELISA para VIH 33%; proporción de gestantes con tamizaje para Hepatitis B 31,1%; proporción de gestantes con tamizaje para sífilis 43,9%; proporción de gestantes con consejería de lactancia materna 34,6%; proporción de gestantes con suministro de micronutrientes 40,17%; proporción de personas con consulta del joven 42%; proporción de mujeres con consulta de planificación familiar 23,1%; proporción de mujeres con suministro de método de planificación familiar 13,1%; proporción de mujeres con toma de citología cervicouterina 23,5%; proporción de gestantes con sífilis gestacional que recibieron tratamiento 26,9%; proporción de recién nacidos con sífilis congénita que recibieron tratamiento 12,5%.

Educación Hábitos y estilos de vida:

La débil articulación institucional para la generación de compromisos, en procura de realizar acciones con enfoque multiétnico y pluricultural, han propiciado pocos espacios participativos sobre educación en hábitos y estilos de vida saludables, lo cual contribuye en el incremento de enfermedades no transmisibles, transmisibles y aparición de nuevas enfermedades, tenencia inadecuada de animales, y bajo conocimiento de su deberes y derechos en salud.

El estudio de carga de la enfermedad en 2010 indica un incremento de enfermedades de tipo cardiovascular, especialmente en el género femenino, y mayormente en las subregiones de ex-provincia de Obando, Pie de Monte Costero, Guambuyaco y Subregión Occidente, lo cual provoco que se perdieran en la población un total 1.002 años de vida potencialmente perdidos y por cáncer 560 años de vida saludables; Para el 2015 el Departamento tiene IPA Zona Pacífica: 16.4 x 1000 Habitantes, IPA Nariño:

11.2 x 1000 Hb, tasa de mortalidad por malaria de 0,1 x 100000 Hb, tasa de Leishmaniasis 115.8 * 100.000 Hb, Tasa de mortalidad por rabia de 0 x 100.000 habitantes, 900 personas vacunadas contra la rabia para exposiciones graves por animales silvestres (murciélago) y Tasa de mortalidad por EEV 0 * 100.000 Habitantes; La falta de donación altruista y voluntaria de sangre ha conllevado a tener un déficit 30,5% para satisfacer la necesidad de hemocomponentes a transfundir; el desconocimiento de las zonas de riesgo antrópico y natural.

Conflicto Armado presente el Departamento de Nariño:

El conflicto armado trae consigo condiciones de inseguridad que perturban la sana convivencia de la población, dificultando el normal desarrollo del servicio educativo, la recreación, el deporte y la cultura y actividades del diario vivir de la comunidad, lo cual se ha traducido en hechos de violencia como mortalidades por homicidios, y enfermedades asociadas a problemas de convivencia y salud mental como lo demuestra la encuesta nacional de salud mental 2015, que informa que el 5,6 % de los habitantes del Pacífico mayores de 18 años, han presentado algún tipo de trastorno mental: 4 de cada 10 niños presentan algún problema mental, es decir, “síntomas o conductas que no constituyen una enfermedad mental diagnosticada, pero que podrían causar un malestar emocional.

Se presentó que cerca del 20 % de los niños presentan problemas de aprendizaje, un 13 % tienen problemas para leer y escribir, y un 15 % tienen dificultad para concentrarse. Este tipo de trastorno se hace más evidente en la región Pacífico un 5,5 %; Los adolescentes presentan un porcentaje más alto de problemas de salud mental, el 12 % de ellos manifestaron haber tenido algún tipo de problema en lo corrido de su vida. Asimismo, dentro de los problemas mentales también se evidenció que un 25 % de los jóvenes adquieren miedo con gran facilidad y un 12 % se muestra nervioso, aburrido o tenso. Entre la población de 18 a 44 años se encontraron signos de problemas mentales en el 9,6 % de la población en el que las mujeres resultaron ser las más afectadas, ya que 11 de cada 100 de ellas mostraron indicios de ansiedad, depresión o psicosis. Otro de los problemas que afecta a la población de 18 a 44 años es el posible abuso del alcohol, lo que representó una cifra del 12 %. Personas mayores de 45 años la prevalencia es del 6 %. El porcentaje de reingreso en el 2013 estaba en 2,8% y en el 2014 en 4.4%.

1.9 MARCO LEGAL

La ley 87 de 1993: Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las Entidades y Organismos del Estado. El Artículo 1 define el Control Interno como un sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes,



métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación, adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

La ley 100 de 1993: Ésta es la ley marco del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el Artículo 153, numeral 9, determina: “El Sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios: atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las Instituciones deberán estar acreditadas ante las Entidades de Vigilancia”. “En el Artículo 188, establece que el Ministerio de Salud, definirá normas de calidad y satisfacción al usuario, y que las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud no podrán discriminar la atención de los usuarios”. En igual sentido, el artículo 199, establece la organización de los tiempos de espera por servicios y de acuerdo a la patología y necesidades del paciente.

La Ley 1751 de 2015 mejor conocida como Ley Estatutaria en salud, trae diferentes beneficios para los usuarios, uno de ello es que la salud para los colombianos de ahora en adelante es un derecho fundamental, es decir, a nadie se le puede negar el acceso al servicio de salud y tienen derecho a un servicio oportuno, eficaz y de calidad y hace énfasis en aspectos como Obligatoriedad del Estado, Sostenibilidad Fiscal, Integralidad, Equidad en el Sistema, Deberes y Derechos de los Pacientes, Atención Primaria, Prohibición de la negación del servicio, Prestación de los servicios de Salud – POS, Autonomía Médica, Política Farmacéutica y Servicio en las zonas marginadas.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Está integrado por cuatro componentes a saber: Habilitación, Auditoría, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud. Decreto 1011 de 2006.

El Sistema Único de Habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio



cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Las normas vigentes son a saber: Resolución 1416 de 2016, Resolución 5158 de 2015, Circular 0036 de 2015, Resolución 226 de 2015, Resolución 3678 de 2014, Resolución 2003 de 2014, Decreto 1011 de 2006, Resolución 4445 de 1996.

El Sistema Único de Acreditación en Salud es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades de salud, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, las normas vigentes a saber son: Decreto 903 de 2014, Resolución 2082 de 2014, Resolución 6055 de 2016, Resolución 2427 de 2014, Resolución 346 de 2017.

El Sistema de Información para la Calidad corresponde a las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Salud en lo de sus competencias, establecido en la Resolución 1446 de 2006.

La Auditoría para el mejoramiento de la calidad es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios establecido en la Resolución 1441 de 2013.

La Política de Atención integral en Salud (PAIS) determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia. El objetivo de la (PAIS) es orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de la intervención de los agentes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud; optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios a organizar en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana diferenciando a los municipios y distritos que tengan más de un millón de habitantes.

La política desarrolla un marco estratégico y un modelo operacional que va a permitir la acción coordinada de las normas, reglas, reglamentos, agentes y usuarios a efectos de orientar la intervención de los diferentes agentes hacia la generación de las mejores

condiciones de la salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud al interrelacionar los elementos esenciales que lo configuran.

También desarrolla las estrategias de atención primaria en salud, gestión integral del riesgo en salud; el enfoque diferencial en la atención y el cuidado, como eje integrador de la responsabilidad, que se le debe el ciudadano para gozar de salud y la responsabilidad del Estado de garantizarla. Adicionalmente orienta el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud articulando y armonizando el aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, de acuerdo a la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, atendiendo los contextos poblacionales y territoriales específicos, de manera que converjan los objetivos, incentivos y operaciones de los agentes sectoriales, intersectoriales y comunitarios del sistema de salud.

La Política de Atención Integral en Salud requiere un modelo operacional que pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo llamado Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) que orienta la intervención de los diferentes agentes y demás entidades en el cumplimiento de sus competencias, funciones y responsabilidades con miras a la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan a través de la interacción coordinada sobre determinantes y riesgos relacionados con la salud.

El MIAS comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema para permitir la oportunidad, continuidad, integralidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad. Su objetivo es orientar las instituciones, procesos y recursos hacia las necesidades de la población, transformando el sistema desde una visión centrada en el ciudadano.

La operación del MIAS define diez componentes:

1. Grupos de población y grupos de riesgo
2. Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS)
3. Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)
4. Territorialización del modelo
5. Redes Integrales de Prestación de Servicios (RED)
6. Rol del asegurador
7. Redefinición del Esquema de incentivos
8. Requerimientos y procesos del sistema de información
9. Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento
10. Implementación y evaluación del MIAS

En el marco de la declaratoria de emergencia ante la identificación del nuevo coronavirus SARS CoV 2 en el mundo desde el pasado 7 de enero de 2020, donde se declaró como una Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y con la detección de primer caso positivo de SARS CoV 2 en el país el pasado 6 de marzo del 2020, el Ministerio de Salud y protección Social ha venido implementando medidas para enfrentar su llegada en las fases de prevención y contención en aras de mantener los casos y contactos controlados de las cuales se hace referencia a las principales, entre normas y documentos relacionados:

1. Reglamento Sanitario Internacional – RSI 2005.
2. Ley 09 de 1979
3. Ley Estatutaria 1751 de 2015
4. Decreto Único sector Salud 780 de 2016.
5. Decreto 457 de 2020
6. Decreto 2323 de 2006 (contenido en decreto único 780 de 2015)
7. Decreto 1109 de 2020
8. Resolución 1619 de 2015
9. Resolución 385 de 2020
10. Resolución 407 de 2020
11. Resolución 1463 de 2020
12. Circular 005 de 2020
13. Circular 19 de 2020
14. Protocolo de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda – Instituto Nacional de Salud –INS
15. Recomendaciones de EPP para personal de salud según el área de atención para COVID-19. Consenso IETS- ACIN 16. Lineamientos para la detección y manejo, dados por prestadores de servicios de salud frente al SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia.
16. Directrices de Laboratorio para la Detección y Diagnóstico de la Infección con el Nuevo Coronavirus 2019 (2019-nCoV) 01 de febrero de 2020 (OPS-OMS)
17. Directrices provisionales de bioseguridad de laboratorio para el manejo y transporte de muestras asociadas al nuevo coronavirus 20191 (2019-nCoV) OMS-OPS
18. Guía para la Vigilancia por Laboratorio de Virus Respiratorios- INS
19. “Procedimiento para el transporte por vía aérea de muestras y sustancias infecciosas para el análisis de eventos de interés en salud pública en el territorio nacional –INS
20. Algoritmos de diagnóstico para la Vigilancia por Laboratorio de virus respiratorios - INS

Adicionalmente, acorde a los artículos 339 a 344 de la Constitución Política de Colombia y a la Ley 152 de 1994, existe el Plan Nacional de Desarrollo y los Planes territoriales de Desarrollo para los departamentos, municipios y distritos. En este contexto las E.S.E. son entidades descentralizadas que hacen parte del orden nacional, departamental, municipal o distrital y, por tanto, según el nivel de gobierno al cual estén adscritas son sujetas a su tutela, es decir se articulan a sus políticas. Como lo precisa el artículo 20 del Decreto 1876 de 1994.

Debe existir el Plan de Desarrollo de la entidad territorial, cuyo contenido es aplicable para su nivel central y descentralización, incluyendo a las E.S.E. de las entidades territoriales. No obstante, las E.S.E. no deben elaborar Planes de Desarrollo en el sentido definido en la ley 152 de 1994.

Sin embargo, el artículo 5° del Decreto 1876 de 1994 (incluido en el artículo 2.5.3.8.4.2.7 del Decreto 780 de 2016) que reglamenta las E.S.E., preciso en su artículo 11 las funciones de las Juntas Directivas y entre ellas a saber la discusión y aprobación de los Planes de Desarrollo, Planes Operativos Anuales, Proyecto de Presupuesto Anual de acuerdo con los dos anteriores, entre otras.

Además, el artículo 2.5.3.8.4.5.2 del Decreto 780 de 2016, que integra el artículo 24 del decreto 1876 de 1994, precisa: “Plan de desarrollo. Las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo, de conformidad con la ley y los reglamentos”.

En este sentido, el plan de desarrollo definido para las E.S.E. se sustenta en el decreto 1876 de 1994 y es anual. Sin embargo, no se encuentra referencia en la norma sobre la fecha de presentación de dicho Plan Institucional, por lo cual se sugeriría revisar si en los estatutos previstos por la Junta Directiva, hay referencia al respecto o bien, basarse en las directrices que la Junta defina en ese sentido.

De otra parte, la Ley 1438 de 2011 precisa en su artículo 73 el procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las E.S.E. del orden territorial tal que el gerente de la E.S.E. debe presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión dentro de los 30 días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, este proyecto de plan de gestión debe estar ajustado a las condiciones y metodología que defina el Ministerio (Art. 73.1); la junta Directiva debe aprobar el plan de gestión en los 15 días hábiles siguientes (Art. 73.2); El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación y se resolverá dentro de los 10 días hábiles siguientes (Art. 73.3); si la Junta Directiva no aprueba el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el gerente se entenderá aprobado (Art. 73.4).



Así mismo el artículo 74 de la ley 1438 de 2011 precisa la Evaluación del Plan de Gestión, en consecuencia los gerentes deben presentarlo acorde a los artículos 73 y 74 de la ley 1438 de 2011 y la reglamentación vigente en especial la Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, tal como lo expone la Circular Externa 003 de marzo de 2014 de la SUPERSALUD definidos en el anexo 1 de la resolución 743 de 2013 basándose en los indicadores definidos por la misma resolución y salvaguardando la coherencia con planes estratégicos, operativos, de desarrollo, de acción, o cualquier otra forma de planeación que exista en la institución si la hubiere.

Con posterioridad la Ley 1797 de 2016, en su artículo 20 modifica la forma de nombramiento de los gerentes, pero ratifica los planes de gestión conforme a la ley 1438 de 2011.

En conclusión, si bien existe el Plan de Desarrollo Institucional, éste resulta un punto de referencia importante para la E.S.E. pero realmente lo que compromete la gestión del Gerente es el Plan de Gestión, cuyo contenido incluye las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, obviamente ambos instrumentos deben estar articulados.



2. MARCO REFERENCIAL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

2.1 RESEÑA HISTÓRICA HUDN

En el mes de marzo de 1967, el presidente de la República Dr. Carlos Lleras Restrepo, visita la ciudad de Pasto y es enterado de las precarias condiciones funcionales del entonces Hospital Civil de Pasto, y se compromete a facilitar las gestiones conducentes a la creación del Hospital Departamental de Nariño. En el mes de enero de 1970, se inicia el proceso de construcción y el 15 de diciembre de 1975, se da inicio a la prestación de servicios de salud, con la inauguración del servicio de Consulta Externa. En 1977, se da apertura a los servicios de Hospitalización, con las especialidades básicas de Medicina Interna, Cirugía, Gineco - Obstetricia, y Pediatría; y además se ponen en servicio las unidades de apoyo de Radiología, Laboratorio Clínico, Patología, Rehabilitación, Farmacia y Nutrición. En 1976, el Hospital se convierte en la Sede de la Regional Central No 1 y se coloca bajo su cuidado, al Hospital Infantil Los Ángeles y a 18 organismos más de salud de baja complejidad. En el año de 1987, el Gobierno del Japón se vincula a la región y al Hospital a través de un proyecto de cooperación internacional, realizando una importante donación en equipos médicos que colocaron al Hospital en esa época, a la vanguardia de la tecnología biomédica.

El Hospital Departamental de Nariño es clasificado como un organismo para atención de nivel III. A partir del 10 de diciembre de 1994, se constituye en una Empresa social del Estado por ordenanza 067 expedida en la Asamblea Departamental de Nariño, proyectándose con los avances de la Ciencia, la Tecnología y la Gerencia Moderna a la comunidad del Sur Occidente del País.

En el año 2004, la Honorable Asamblea del Departamento, modifica los estatutos de la ESE y establece una nueva estructura orgánica, y lo transforma en un Hospital de carácter Universitario.

En este año 2006, se publica el ranking de Instituciones prestadoras de servicios de salud realizado por el Ministerio de la Protección Social y la universidad Nacional de Colombia en el cual el Hospital Universitario Departamental de Nariño, es clasificado como el primero a nivel nacional en la categoría de mediana complejidad. Simultáneamente la Presidencia de la República a través del Departamento Administrativo de la Función Pública, considera que en el Hospital existe una experiencia exitosa de gestión y recomienda la inscripción en el banco de éxitos de la función pública la experiencia del Hospital: “El Direccionamiento Estratégico con Enfoque Prospectivo para el Éxito y la Competitividad en las Empresas Sociales del Estado”; y posteriormente en el año 2007 nuevamente se reconoce e inscribe como un proyecto exitoso para el banco de éxitos la experiencia “El programa de administración



de seguridad integral Hospitalaria, una responsabilidad institucional por la seguridad de nuestros grupos de interés”.

En el año 2007 el HUDN es finalista del premio Nacional “Lideres en Acción” en el concurso organizado por la Administradora de Riesgos Profesionales ARP Colmena, igual mención obtiene en el año 2008 al participar en el Premio “Calidad en Salud Colombia” organizado por el Centro de Gestión Hospitalaria. Pero es sin lugar a dudas el año 2010 es el de mayor reconocimientos pues se recogen los frutos de años de arduo y acertado trabajo de desarrollo empresarial encaminado al fortalecimiento de una cultura de calidad, es el año donde el lema “Un Hospital seguro para una atención segura” recibe mención de honor en el premio “Galardón Hospital Seguro” organizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC y obtiene el premio “Calidad en Salud Colombia, en la categoría “Bronce”, así mismo el organismo acreditador en salud ICONTEC le otorga el certificado de Institución Acreditada en Salud, máximo reconocimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud Colombianas, y cierra este exitoso capítulo de la historia la Acreditación como Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia IAMI, otorgada por parte del Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN y la UNICEF. En el año 2011 se renueva el certificado de Acreditación del HUDN, con el reconocimiento al Sistema Único de Acreditación por parte de La Sociedad Internacional para la Calidad en Atención de la Salud (ISQUA), lo que permite actualizar el certificado de Acreditación incluyendo al logo símbolo creado por el Ministerio de Salud, el internacional otorgado por ISQUA.

En el año 2012, recibe nuevamente la mención de Honor en el premio “Galardón Hospital Seguro, por parte de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC, lo que demuestra el interés por mantener la mejora y el cumplimiento de altos estándares de calidad que lo posicionan como la institución única del municipio en San Juan de Pasto en haber alcanzado tales reconocimientos.

La organización en el 2015 logra la Certificación de Calidad en Sistemas Integrados de Gestión ISO 9001, ISO 14001 y OHSAS 18001.

Para 2016 Recibe el reconocimiento Ministerio de Salud Por el compromiso social y el aporte en la nutrición de los recién nacidos y la reducción de la mortalidad neonatal e infantil y el Premio Categoría ORO ARL Positiva, Por haber implementado y certificado bajo la norma OHSAS 18001 el Sistema de seguridad y salud en el trabajo, Premio Nacional Por la Nutrición Infantil por el proyecto «Mejoramiento del aporte calórico y nutricional a madres donantes del Banco de leche Humana», Mención a la Excelencia Ministerio de Salud en reconocimiento al esfuerzo, dedicación y convicción en el trabajo por la Acreditación en Salud, Premio a la Trayectoria «Red Global de Hospitales verdes y saludables» por ser pioneros a nivel de Latinoamérica en reducir la huella ambiental

con mención especial en residuos, Reconocimiento Ministerio de Salud por el aporte a la Humanización de la salud Materno infantil en el País.

Permanencia en el Ranking 2016 de mejores Clínicas y Hospitales de Latinoamérica Revista América Economía, dieciochoavo puesto a nivel Colombia, tercer puesto en el Sur Occidente Colombiano, primer puesto a nivel Departamental, segundo puesto como mejor Hospital Universitario a nivel Latinoamérica.

2.2 TRAZABILIDAD PROSPECTIVA HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

CUADRO 5: PLANES DE DESARROLLO ANALIZADOS:

PLAN DE DESARROLLO	2012 a 2016	2016 a 2020
LEMA	Un Hospital seguro con alma y corazón para el buen vivir.	Juntos por la excelencia.
MISION	El Hospital Universitario Departamental de Nariño, es una Empresa Social del Estado Acreditada, que presta Servicios de Salud, de mediana y alta complejidad con estándares superiores de calidad a la comunidad del Departamento de Nariño y del Sur Occidente Colombiano. Contamos con Talento Humano altamente calificado y comprometido con la seguridad integral del paciente, quienes, a través del conocimiento científico, moderna tecnología y eficiente gestión financiera brindan con afecto, respeto y amabilidad, respuestas a las necesidades y expectativas en salud de nuestros usuarios y sus familias, constituyéndose además en la principal base docente de prácticas de formación e investigación académica en la región.	Brindar atención segura, de mediana y alta complejidad en salud, con calidad y humanización, promoviendo la investigación, la responsabilidad social y el cuidado del medio ambiente en beneficio de los usuarios y sus familias.

VISION	<p>En el año 2016 el Hospital Universitario Departamental de Nariño, se posicionará como una organización Acreditada, financieramente Auto sostenible, reconocida a nivel nacional, por sus altos estándares de humanización de la atención, seguridad del paciente, gestión tecnológica, gestión científica, y orientación académica, Protectora del medio ambiente. Comprometida con el desarrollo integral de nuestro talento humano y con la calidad de vida de nuestros usuarios y sus familias.</p>	<p>Estar constituidos como un hospital de mediana y alta complejidad, universitario, investigativo, acreditado en salud, autosostenible y ambientalmente responsable, que brinde atención segura y humanizada a los usuarios y sus familias.</p>
--------	---	--

2.3 ANÁLISIS INTERNO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

CUADRO 6: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR RÉGIMEN 2020

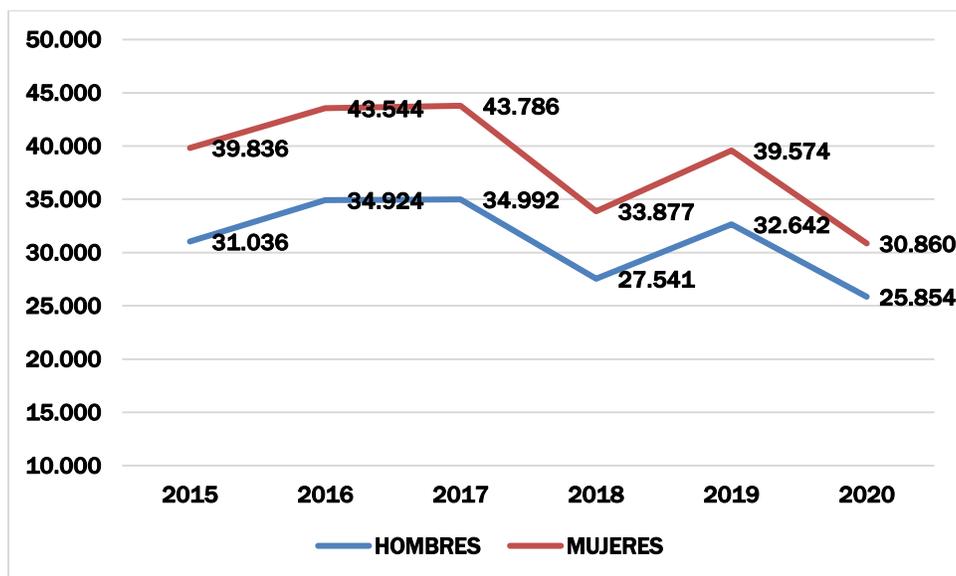
RÉGIMEN	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
CONTRIBUTIVO	17.900	19.751	20.392	24.327	34.712	34.160	21.541	27.575	23.259
SUBSIDIADO	27.365	31.030	37.028	37.933	35.589	35.219	31.196	32.429	22.840
VINCULADO	4.819	2.918	3.750	2.815	1.591	1.344	1.352	2.662	1.585
PARTICULAR	352	222	1.171	492	656	453	298	1.730	2.157
OTROS (SOAT)	2.339	3.450	3.165	5.305	5.920	7.602	7.031	7.820	6.873
TOTAL	52.775	57.371	65.506	70.872	78.468	78.778	61.418	72.221	56.714

Fuente: RIPS y Estadísticas HUDN

Caracterizando la población atendida por regímenes en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. se encuentra que el contributivo y el subsidiado representan más del 80% de la atención es de notar la caída de las atenciones en el año 2020 explicado por motivos de la pandemia SARS CoV 2, sin embargo, se nota el crecimiento del régimen particular (24%), en todos los demás la caída en los registros es la conducta regular, para un total de decrecimiento de las atenciones en un 21%

El gráfico 2 revela que la atención a mujeres en el tiempo siempre ha superado a la del género masculino, para el 2020 llega a una diferencia del 8,83%, la morbilidad atendida da cuenta de ello como se puede observar en cuadros posteriores de este capítulo.

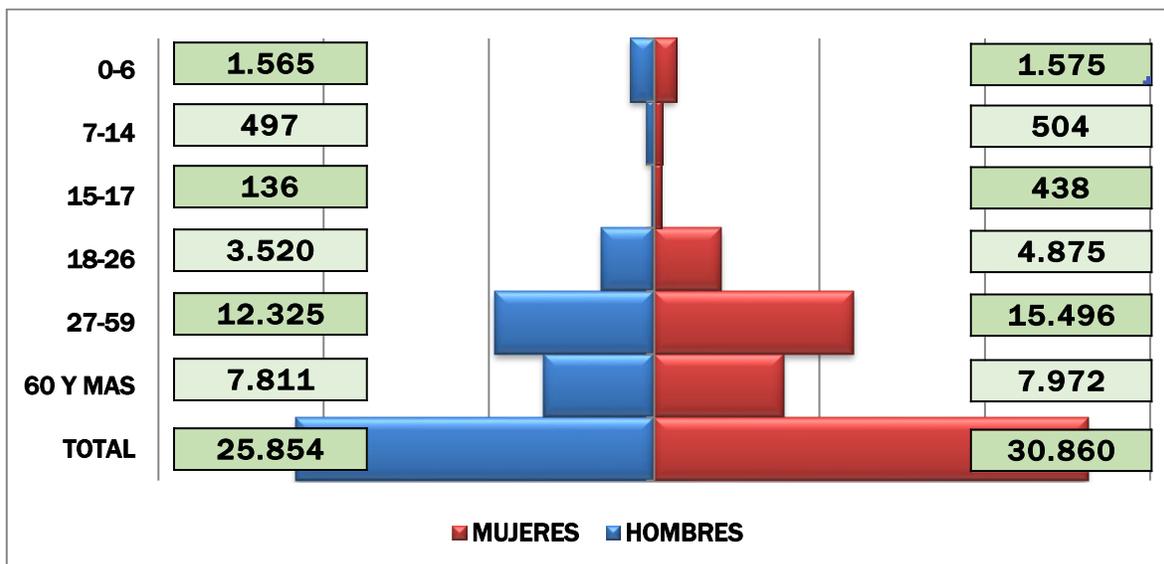
GRÁFICO 1: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR GÉNERO 2020



Fuente: RIPS y Estadísticas HUDN

Continúa a una constante mayor atención al género femenino, con una diferencia no tan amplia respecto al masculino (8%), se puede observar en el tiempo que el HUDN E.S.E. tiene un mayor porcentaje de atención en el rango etario de 27 a 59 años (49,05%), el rango etario de población adulta, mayores de 18 años, llega a participar del 91,69% del total de atenciones, lo que permite concluir que la organización mantiene una estructura de servicio dedicada a población adulta, las atenciones a menores de edad (8,31%) no es sustantiva en cantidad pero obliga a pensar en plantear habitación de servicios para ese grupo poblacional en mediana y alta complejidad que en la región son escasos. En la pirámide poblacional del gráfico 4 se puede observar adicionalmente como en todos los grupos etarios el género femenino supera las atenciones de hombres.

GRÁFICO 2: PIRÁMIDE POBLACIONAL DE USUARIOS 2020



Fuente: RIPS y Estadísticas HUDN

El departamento de Nariño para efectos de gestión geopolítica y económica ha sido dividido en 13 subregiones y en 5 nodos para la gestión en salud, en materia de subregiones solo tres tuvieron crecimiento en las atenciones a saber Sanquianga (24,55%), Cordillera (6,32%) y Guambuyaco (0,35%), en todas las demás hubo decrecimiento, la sustantiva disminución encuentra en el retroceso de la demanda de servicios de salud hospitalarios por parte de la pandemia SARS CoV 2, el cuadro 5 revela en el tiempo desde el 2013 al 2020 los movimientos de la demanda por subregión.

**CUADRO 7: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR SUBREGIONES
2020**

N°	SUBREGIONES	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	SANQUIANGA	120	204	239	187	193	173	167	208
2	PACIFICO SUR	1.060	1.739	2.273	2.188	2.108	1.923	2.136	1.653
3	TELEMBI	641	778	835	769	1.091	727	750	539
4	PIE DE MONTE COSTERO	323	411	424	385	317	257	248	203
5	EXPROVINCIA DE OBANDO	2.288	3.083	3.641	3.524	3.986	2.649	2.144	1.315
6	SABANA	1.611	2.040	1.742	1.879	2.188	2.011	1.646	1.019
7	ABADES	499	592	621	662	715	556	541	369
8	OCCIDENTE	1.945	2.086	2.024	1.850	1.752	1.413	1.644	1.279
9	COORDILLERA	1.541	1.589	1.568	1.335	1.182	906	1.091	1.160
10	CENTRO (SIN PASTO)	1.797	2.038	1.954	2.142	1.959	1.653	1.780	1.194
11	JUANAMBU	2.194	2.443	2.621	2.225	1.974	1.626	1.593	1.127
12	RIO MAYO	2.333	2.394	2.318	1.976	1.710	1.248	1.230	849
13	GUAMBUYACO	1.148	1.256	1.104	721	666	467	576	578
16	PASTO	36.231	40.190	45.250	53.109	52.016	40.046	50.698	41.551
	TOTAL	53.731	60.843	66.614	72.952	71.857	55.655	60.244	53.044

Fuente: RIPS y Estadísticas HUDN

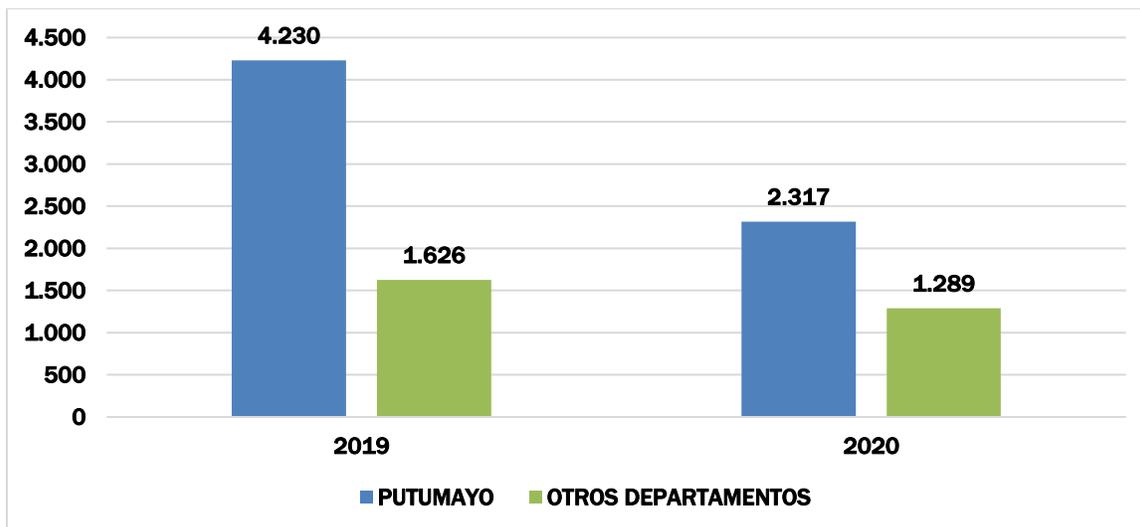
De la misma manera que con las subregiones los registros de demanda de servicios por grandes grupos presentan decrecimiento, para este escenario todos caen en atenciones producto del mismo fenómeno, la pandemia.

**CUADRO 8: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA SEGÚN GRANDES
GRUPOS 2020**

N°	GRANDES GRUPOS	2016	2017	2018	2019	2020
1	TOTAL	78.468	78.778	61.418	72.221	56.711
2	PASTO	53.109	52.016	40.046	50.698	41.551
3	NARIÑO SIN PASTO	19.843	19.841	15.609	15.546	11.493
4	OTROS DEPTOS	5.502	6.849	5.648	5.856	3.606
5	OTROS PAISES	14	72	115	121	61

Fuente: RIPS y Estadísticas HUDN

GRÁFICO 3: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA OTROS DEPARTAMENTOS 2020

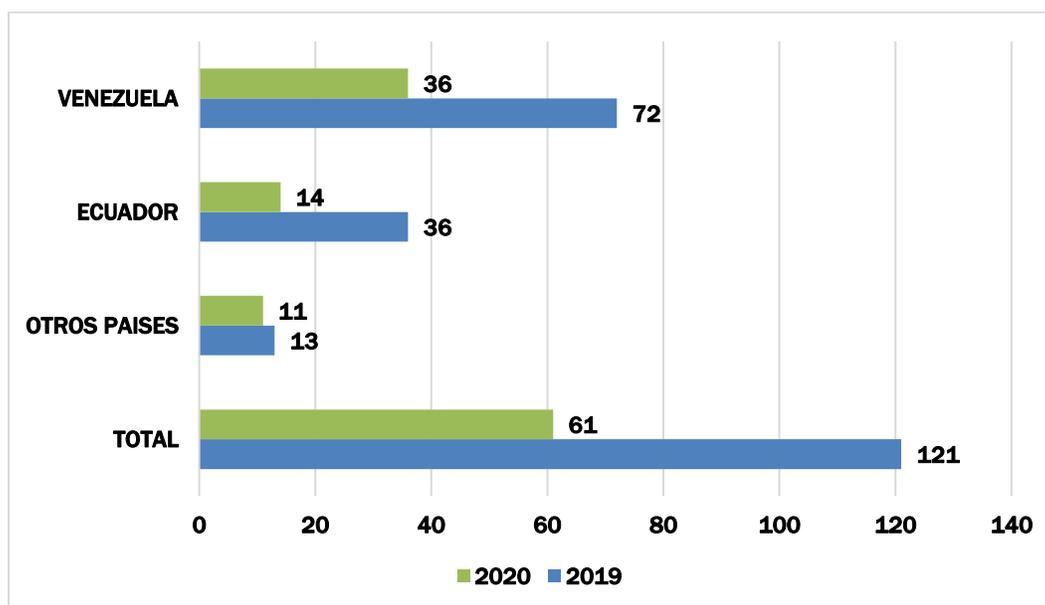


Fuente: RIPS y Estadísticas HUDN

Es necesario destacar (gráfico 7) que el departamento del Putumayo representa más del 60% de las atenciones de otros departamentos en el 2020 y más del 70% en el año 2019, esta considerable demanda puede representarse como una alternativa estratégica institucional para venta de servicios y mercadeo institucional.

Si se traslada este análisis al gráfico 8 se puede observar que, si bien ha decaído la demanda de servicios por parte de extranjeros (49,58%), la gran participación de pacientes con origen venezolano (59%) o ecuatoriano (22%) es significativa en la atención, lo que origina, en especial para el caso venezolano, un esfuerzo superior en la gestión de facturación y posterior cobro.

GRÁFICO 4: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA OTROS PAISES 2020



Fuente: RIPS y Estadísticas HUDN

La morbilidad institucional se puede apreciar en los cuadros 6 al 9, y su comportamiento está directamente relacionado con la caracterización de la población atendida, por otra parte la aparición en el 2020 de la pandemia SARS CoV 2 relega a segundo plano algunas morbilidades que en años anteriores ocupaban los primeros lugares, adicionalmente las restricciones impuestas en tiempos de cuarentena y toques de queda originaron probablemente menores atenciones de traumatismos y las consabidas comorbilidades que ocasionan, en todo caso el efecto del virus impacto a la organización, su morbilidad, su demanda y oferta de servicios y obligó a la reestructuración de muchos de los espacios de atención.

CUADRO 9: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DE CONSULTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y GINECO-OBSTETRICIA

ID.	DIAGNOSTICO CIE 10	2019		2020		VARIACION
		ATENCIONES	PORCENTAJE	ATENCIONES	PORCENTAJE	
1	(R10-R19) SÍNTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA DIGESTIVO Y EL ABDOMEN	4804	12,4%	3224	12,0%	-32,9%
2	(U07) VIRUS COVID-19, CORONAVIRUS	0	0,0%	2116	7,9%	NA*
3	(R50-R69) SÍNTOMAS Y SIGNOS GENERALES	2156	5,6%	1399	5,2%	-35,1%
4	(S00-S09) TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	2189	5,6%	1376	5,1%	-37,1%
5	(O30-O48) ATENCION MATERNA RELACIONADA CON EL FETO Y LA CAVIDAD AMNIOTICA Y CON POSIBLES PROBLEMAS DEL PARTO	1888	4,9%	1307	4,9%	-30,8%
6	(R00-R09) SÍNTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LOS SISTEMAS CIRCULATORIO Y RESPIRATORIO	1396	3,6%	959	3,6%	-31,3%
7	(O20-O29) OTROS TRANSTORNOS MATERNOS RELACIONADOS PRINCIPALMENTE CON EL EMBARAZO	1500	3,9%	868	3,2%	-42,1%
8	(S60-S69) TRAUMATISMOS DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	1027	2,6%	662	2,5%	-35,5%
9	(N30-N39) OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	805	2,1%	515	1,9%	-36,0%
10	(G40-G47) TRASTORNOS EPISÓDICOS Y PAROXÍSTICOS	1042	2,7%	492	1,8%	-52,8%
OTROS DIAGNOSTICOS		22039	56,7%	13978	52,0%	-36,6%
TOTAL		38846		26896		-30,8%

Fuente: RIPS y Estadísticas HUDN

CUADRO 10: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

ID.	DIAGNOSTICO CIE 10		2019		2020		VARIACION
			ATENCIONES	PORCENTAJE	ATENCIONES	PORCENTAJE	
1	(Z40-Z54)	PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD PARA PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS Y CUIDADOS DE SALUD	1030	2,2%	2328	6,7%	126,0%
2	(P05-P08)	TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACIÓN DE LA GESTACIÓN Y EL CRECIMIENTO FETAL	1378	2,9%	1687	4,9%	22,4%
3	(R50-R69)	SÍNTOMAS Y SIGNOS GENERALES	1664	3,5%	1296	3,7%	-22,1%
4	(Z30-Z39)	PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD EN CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON LA REPRODUCCIÓN	1030	2,2%	951	2,7%	-7,7%
5	(G40-G47)	TRASTORNOS EPISÓDICOS Y PAROXÍSTICOS	1378	2,9%	946	2,7%	-31,3%
6	(M50-M54)	OTRAS DORSOPATÍAS	1751	3,7%	851	2,5%	-51,4%
7	(N40-N51)	ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS	768	1,6%	643	1,9%	-16,3%
8	(S80-S89)	TRAUMATISMOS DE LA RODILLA Y DE LA PIERNA	1053	2,2%	635	1,8%	-39,7%
9	(Z00-Z13)	PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD PARA INVESTIGACIÓN Y EXÁMENES	1287	2,7%	584	1,7%	-54,6%
10	(M70-M79)	OTROS TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS	688	1,5%	530	1,5%	-23,0%
OTROS DIAGNOSTICOS			35395	74,6%	24259	69,9%	-31,5%
TOTAL			47422		34710		-26,8%

Fuente: RIPS y Estadísticas HUDN

CUADRO 11: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EGRESOS HOPITALARIOS

ID.	DIAGNOSTICO CIE 10		2019		2020		VARIACION
			ATENCIONES	PORCENTAJE	ATENCIONES	PORCENTAJE	
1	(U07)	VIRUS COVID-19, CORONAVIRUS	0	0,0%	1411	9,9%	NA*
2	(O30-O48)	ATENCION MATERNA RELACIONADA CON EL FETO Y LA CAVIDAD AMNIOTICA Y CON POSIBLES PROBLEMAS DEL PARTO	456	2,3%	832	5,9%	82,5%
3	(S00-S09)	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	1057	5,4%	750	5,3%	-29,0%
4	(K80-K87)	TRASTORNOS DE LA VESÍCULA BILIAR, DE LAS VÍAS BILIARES Y DEL PÁNCREAS	1041	5,4%	689	4,9%	-33,8%
5	(K35-K38)	ENFERMEDADES DEL APÉNDICE	598	3,1%	419	3,0%	-29,9%
6	(O80-O84)	PARTO	763	3,9%	407	2,9%	-46,7%
7	(I60-I69)	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	461	2,4%	390	2,8%	-15,4%
8	(G40-G47)	TRASTORNOS EPISÓDICOS Y PAROXÍSTICOS	564	2,9%	309	2,2%	-45,2%
9	(E10-E14)	DIABETES MELLITUS	442	2,3%	302	2,1%	-31,7%
10	(O10-O16)	EDEMA, PROTEINURIA Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	192	1,0%	284	2,0%	47,9%
OTROS DIAGNOSTICOS			13858	71,3%	8388	59,1%	-39,5%
TOTAL			19432		14181		-27,0%

Fuente: RIPS y Estadísticas HUDN

CUADRO 12: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA

ID.	DIAGNOSTICO CIE 10		2019		2020		VARIACION
			ATENCIONES	PORCENTAJE	ATENCIONES	PORCENTAJE	
1	(U07)	VIRUS COVID-19, CORONAVIRUS	0	0,0%	287	32,9%	NA*
2	(I60-I69)	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	74	8,8%	88	10,1%	18,9%
3	(C15-C26)	TUMORES MALIGNOS DE LOS ÓRGANOS DIGESTIVOS	63	7,5%	42	4,8%	-33,3%
4	(S00-S09)	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	61	7,2%	37	4,2%	-39,3%
5	(I30-I52)	OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	22	2,6%	33	3,8%	50,0%
6	(E10-E14)	DIABETES MELLITUS	26	3,1%	25	2,9%	-3,8%
7	(N17-N19)	INSUFICIENCIA RENAL	33	3,9%	25	2,9%	-24,2%
8	(I20-I25)	ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	19	2,2%	22	2,5%	15,8%
9	(K80-K87)	TRASTORNOS DE LA VESÍCULA BILIAR, DE LAS VÍAS BILIARES Y DEL PÁNCREAS	47	5,6%	20	2,3%	-57,4%
10	(J09-J18)	INFLUENZA (GRIPE) Y NEUMONÍA	32	3,8%	19	2,2%	-40,6%
OTROS DIAGNOSTICOS			468	55,4%	274	31,4%	-41,5%
TOTAL			845	100,0%	872	100,0%	3,2%

Fuente: RIPS y Estadísticas HUDN

Efecto de las circunstancias descritas anteriormente durante el 2020 hubo una caída de la facturación en el orden del 7,41%, se espera que no afecte significativamente las finanzas institucionales, pero si obliga gestionar estrategias de recuperación económica por parte de la alta dirección con los diferentes actores del sector.



CUADRO 13: FACTURACIÓN CLASIFICADA POR RÉGIMEN 2020

ID	ENTIDAD	2016	2017	2018	2019	2020
1	SUBSIDIADO	66.500.307.354	64.368.802.725	82.210.124.818	73.244.939.869	71.017.981.826
2	CONTRIBUTIVO	31.338.120.838	29.423.951.277	31.034.490.572	43.726.031.750	40.550.103.220
3	ESPECIAL	8.777.865.129	9.078.820.122	10.336.525.154	9.703.918.725	11.273.284.251
4	VINCULADOS	8.392.305.567	8.361.272.181	9.344.298.471	9.659.178.163	5.452.344.215
5	SOAT	6.230.462.888	6.545.351.871	7.521.397.225	7.305.959.104	4.229.590.157
6	ARP	956.918.499	933.003.397	1.386.116.703	1.237.391.344	1.662.660.852
7	IPS	748.732.919	926.509.510	645.183.314	1.019.495.104	982.296.385
8	PARTICULARES	573.270.249	632.355.502	755.189.400	564.456.862	438.484.318
TOTAL		123.517.983.443	120.270.066.585	143.233.325.657	146.461.370.921	135.606.745.224

Fuente: Facturación HUDN

Con o sin pandemia, las principales entidades que facturan con el HUDN E.S.E. se mantienen en el ranking, 7 presentan crecimientos a pesar de los tiempos y en especial COMFAMILIAR con el 149% es la más representativa, la que más decreció fue AIC (43%), seguida por el IDSN (35%), EMSSANAR (23%) y MEDIMAS (20%).

CUADRO 14: DIEZ PRINCIPALES EAPB CLASIFICADAS POR FACTURACIÓN 2020

ID	ENTIDAD	2016	2017	2018	2019	2020
1	EMSSANAR ESS	38.586.992.240	36.857.534.068	50.789.600.906	48.854.723.466	37.505.032.342
2	MEDIMAS	6.062.303.781	6.684.308.010	10.513.395.711	22.613.714.707	17.990.656.456
3	NUEVA EPS	14.701.838.182	12.389.612.768	15.553.474.453	15.402.053.082	16.327.940.311
4	ASMET SALUD ESS EPS-S	5.998.613.823	5.586.599.512	6.252.459.636	5.471.136.190	9.795.656.599
5	COMFAMILIAR	9.061.530.566	8.021.629.275	9.081.363.810	3.781.901.674	9.427.665.063
6	COOMEVA	9.432.157.987	4.013.469.458	1.629.195.171	6.284.262.992	7.831.010.890
7	POLICIA NACIONAL	5.533.346.442	5.296.351.138	6.232.845.321	5.538.333.241	6.804.482.470
8	EPS MALLAMAS INDIGENA	6.974.990.485	8.176.985.834	9.281.597.191	6.243.109.569	6.395.819.995
9	IDSN	7.150.282.625	6.773.203.468	7.177.165.291	7.784.750.857	5.024.745.551
10	EJERCITO NACIONAL	2.539.280.314	2.734.965.970	3.658.255.411	3.186.392.393	3.833.884.189
11	"AIC"	2.883.544.186	3.329.910.244	4.301.423.320	4.687.731.909	2.627.404.784
12	OTRAS EPS	11.894.325.964	19.451.148.881	16.483.387.436	22.967.793.050	12.042.446.574
TOTAL		120.819.206.595	115.302.249.168	139.324.968.486	146.531.640.138	135.606.745.224

Fuente: Facturación HUDN

CUADRO 15: INDICADORES DE PRODUCCIÓN DECRETO 2193 2020

INDICADORES PRODUCCIÓN DECRETO 2193	PERIODO AÑO			
	2018	2019	2020	VAR 19/20
DOSIS BIOLÓGICAS APLICADAS	3.707	4.090	3.055	-25,31%
CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL URGENTES REALIZADAS	38.923	38.846	26.894	-30,77%
CONSULTAS DE MEDICINA ESPECIALIZADA ELECTIVAS REALIZADAS	43.334	47.638	34.710	-27,14%
CONSULTAS DE MEDICINA ESPECIALIZADA URGENTES REALIZADAS	27.459	32.075	30.320	-5,47%
PARTOS VAGINALES	660	764	480	-37,17%
PARTOS POR CESÁREA	1.186	1.254	1.063	-15,23%
TOTAL EGRESOS	19.108	19.433	14.181	-27,03%
EGRESOS OBSTÉTRICOS (PARTOS, CESÁREAS Y OTROS EGRESOS OBSTÉTRICOS)	1.855	4.213	2.414	-42,70%
EGRESOS QUIRÚRGICOS (SIN INCLUIR PARTOS, CESÁREAS Y OTROS EGRESOS OBSTÉTRICOS)	6.949	4.753	1.705	-64,13%
PACIENTES EN OBSERVACIÓN	14.630	14.154	10.338	-26,96%
PACIENTES EN CUIDADOS INTERMEDIOS	1.548	1.558	1.032	-33,76%
PACIENTES UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	2.271	2.330	2.035	-12,66%
TOTAL DE DÍAS ESTANCIA DE LOS EGRESOS	98.216	94.849	79.876	-15,79%
TOTAL DE DÍAS CAMA OCUPADOS	78.777	63.044	57.587	-8,66%
TOTAL DE DÍAS CAMA DISPONIBLES	85.215	77.745	78.450	0,91%
TOTAL DE CIRUGÍAS REALIZADAS (SIN INCLUIR PARTOS Y CESÁREAS Y OT OBSTETR)	10.307	10.474	9.728	-7,12%
CIRUGÍAS GRUPOS 2-6	2.382	2.707	2.298	-15,11%
CIRUGÍAS GRUPOS 7-10	5.537	5.440	4.925	-9,47%
CIRUGÍAS GRUPOS 11-13	1.619	1.488	1.542	3,63%
CIRUGÍAS GRUPOS 20-23	769	839	963	14,78%
EXÁMENES DE LABORATORIO	357.246	402.728	336.590	-16,42%
NÚMERO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS TOMADAS	58.537	60.306	46.820	-22,36%
NÚMERO DE SESIONES DE TERAPIAS RESPIRATORIAS REALIZADAS	90.285	87.231	87.470	0,27%
NÚMERO DE SESIONES DE TERAPIAS FÍSICAS REALIZADAS	47.630	39.010	27.715	-28,95%
OTRAS TERAPIAS	31.566	23.330	15.213	-34,79%

Fuente: Decreto 2193 página SIHO MSYPS

CUADRO 16 INTERPRETACION DE INDICADORES DE PRODUCCION Y EFICIENCIA GESTIÓN DE CAMA INSTITUCIONAL

GESTIÓN DE CAMA INSTITUCIONAL	PERIODO ANUAL					
	2018	2019	2020	VAR 19/20	TENDENCIA	INTERPRETACIÓN
PORCENTAJE OCUPACIONAL	86,80%	81,09%	73,18%	-9,76%	DESCIENDE	DETERIORO
PROMEDIO ESTANCIA	5,10	4,88	4,91	0,57%	AUMENTA	
GIRO CAMA	5,34	5,47	4,13	-0,24	DESCIENDE	

Fuente: Decreto 2193 página SIHO MSYPS

CUADRO 17: INDICADORES DE CALIDAD DECRETO 2193

INDICADOR	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020	VARIACIÓN
Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	0,07%	0,05%	0,04%	0,04%	0,05%	45,93%
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.	0,39%	0,69%	0,18%	0,08%	0,26%	210,87%
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	1,05%	1,57%	1,31%	1,17%	1,34%	14,16%
Proporción de cancelación de cirugía	1,27%	0,98%	2,01%	0,99%	1,52%	53,59%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	8	13	8	8	8	-2,22%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	20	39	5	3	2	-30,00%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	11	9	11	10	8	-19,77%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	6	4	3	2	2	7,07%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	10	9	11	13	9	-29,18%
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	30	30	22	24	23	-7,17%
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	96%	95%	95%	94%	95%	0,37%

Fuente: Decreto 2193 página SIHO MSYPS



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



CUADRO 18: INDICADORES ASISTENCIALES RESOLUCIÓN 408

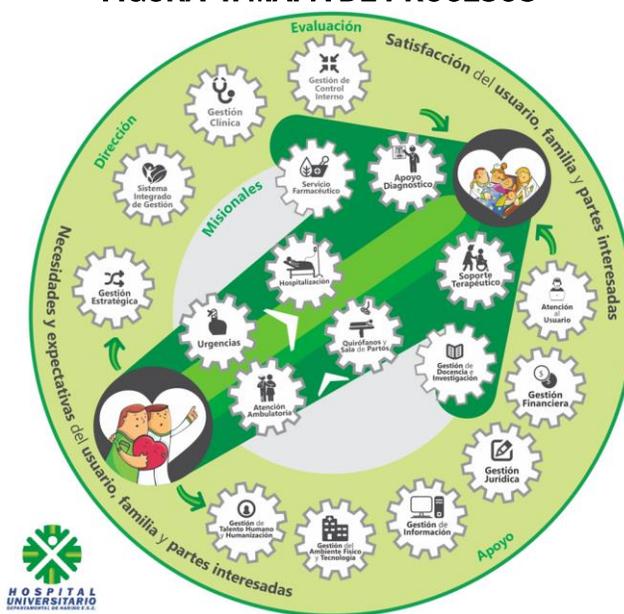
INDICADOR	EVALUADOR	META	2016	2017	2018	2019	2020
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	> ó =	80%	89%	89%	94%	92%	94%
Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	> ó =	80%	90%	93%	95%	93%	92%
Oportunidad en la realización de apendicetomía	> ó =	90%	95%	98%	98%	98%	98%
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	< ó =	0	0	0	0	0	0
Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	> ó =	90%	93%	94%	98%	94%	98%
Análisis de mortalidad intrahospitalaria	> ó =	90%	100%	100%	100%	100%	100%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	< ó =	5	19	36	5	3	2
Oportunidad en la atención de consulta obstétricas	< ó =	8	8	3	3	2	2
Oportunidad en la atención de consulta de medicina interna	< ó =	15	8	12	8	8	6

Fuente: Resolución 408/2018 HUDN

2.4 MAPA DE PROCESOS

El mapa de procesos es una herramienta de gestión que permite alinear las directrices organizacionales hacia los niveles táctico y operativo de tal manera que exista coherencia entre el quehacer institucional diario, los objetivos de los procesos y a su vez los objetivos estratégicos, la gestión eficiente de los procesos dependerá en gran medida de la planificación operativa y del liderazgo ejercido por cada uno para lograr la interacción necesaria y así obtener los resultados esperados. El modelo de procesos del Hospital Universitario Departamental de Nariño describe la estructura organizacional la cual se distribuye en cuatro grandes macroprocesos: Dirección, Misionales, Apoyo y Evaluación, del macroproceso de DIRECCIÓN hacen parte los procesos de gestión estratégica, sistema integrado de gestión y la gestión clínica, a su vez los procesos MISIONALES refieren la ruta de atención iniciando con las puertas de entrada: Urgencias y atención ambulatoria, hospitalización, quirófano y sala de partos, servicio farmacéutico, apoyo diagnóstico, soporte terapéutico y gestión de docencia e investigación, Del macroproceso de APOYO hacen parte los procesos de gestión de talento humano y humanización, gestión del ambiente físico y tecnología, gestión de información, gestión jurídica, gestión financiera y atención al usuario. y finalmente el macroproceso de EVALUACION está representado por el proceso de control interno de gestión. Todos los procesos se articulan como engranajes de un gran sistema organizacional que encamina todos sus esfuerzos a dar respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios en procura de su satisfacción plena y de una mejor calidad de vida.

FIGURA 4: MAPA DE PROCESOS





2.5 POLÍTICAS INSTITUCIONALES

Política de Calidad

El Gerente y los colaboradores del Hospital Universitario de Nariño se comprometen con la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad centrado en el usuario y su familia, con oportunidad, pertinencia, seguridad y humanización; gestionando los riesgos para prevenir la contaminación del medio ambiente y logrando un ambiente de trabajo seguro, contando con talento humano competente y con los recursos necesarios para el mejoramiento continuo de los procesos y cumpliendo con la legislación vigente.

Política de Humanización

El HUDN promueve de manera permanente una cultura de servicio basada en el afecto, respeto, trato digno, confianza y calidez entre sus trabajadores, usuarios, familias, estudiantes y demás grupos de interés; asegurando su fidelidad y fortaleciendo la imagen institucional, a través del mejoramiento continuo de sus procesos, la gestión y el desarrollo integral del talento humano en un ambiente seguro y confortable.

Política de Prestación de Servicios

El Gerente y el equipo de colaboradores del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. se comprometen con la prestación de servicios de salud ofertados de mediana y alta complejidad, con estándares superiores calidad y seguridad, alineados con los ejes de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud: accesibilidad, calidad y eficiencia, en procura de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento y la rehabilitación, mediante la implementación de estrategias de desarrollo de competencias del talento humano, de mejoramiento del ambiente físico y tecnológico y de humanización de los servicios, que respondan las necesidades y expectativas en salud de los usuarios y sus familias de la región y del país.

Política Institucional IAMI

La Gerencia y el equipo de salud del Hospital Universitario Departamental de Nariño se comprometen a brindar servicios de atención Materno Infantil humanizados y con calidad, teniendo en cuenta que la estrategia Institución Amiga de la Mujer y la Infancia es congruente con la Misión del Hospital. Para garantizar su sostenibilidad se ha incluido en el Plan de Desarrollo Institucional como una de las estrategias de fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Esta política se

enmarca en los derechos humanos y propende por la integración del padre y la familia en todas las actividades relacionadas con la maternidad y la crianza, perspectiva de género y enfoque diferencial. El HUDN cuenta con personal de salud capacitado para la prestación de servicios a las madres gestantes, madres lactantes, niños, niñas, adolescentes y sus familias, en forma integral, oportuna, con calidad, afecto, pertinencia y humanismo. Entrelaza sus servicios con el Apoyo de sus programas Madre Canguro y Banco de Leche Humana y prepara a las usuarias y sus familias con recomendaciones útiles, brindando atención posthospitalaria para resolver sus dudas e inquietudes.

Política de Seguridad del Paciente

El Gerente y los trabajadores del HUDN están comprometidos con la seguridad del usuario y su familia dando cumplimiento a las directrices establecidas en la Guía Técnica de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente en la atención en salud, minimizando la ocurrencia de incidentes y eventos adversos y estandarizando las barreras de seguridad. Se comprometen con el mejoramiento continuo, mitigando y controlando los riesgos en la prestación de servicios de salud, con un talento humano competente y comprometido, quienes constantemente se capacitan para contribuir a la cultura de seguridad del paciente en toda la organización, garantizando de esta manera una atención segura en la gestión clínica, tecnológica y del ambiente físico.

Política Anticorrupción

La gerencia y los trabajadores del HUDN, se comprometen a identificar, analizar, valorar y mitigar los riesgos de corrupción que provienen de la prestación del servicio de salud y de los procesos de apoyo y de dirección; utilizando estrategias como el seguimiento a los riesgos institucionales, la disminución de trámites, la rendición de cuentas y el fortalecimiento de la cultura de servicio y atención al usuario, las cuales actúan a favor del usuario, los trabajadores y la comunidad.

Política de Gestión del Riesgo

En el Hospital Universitario Departamental de Nariño se desarrolla una adecuada gestión de riesgos, fundamentada principalmente en la identificación del contexto estratégico, identificación, análisis, valoración y tratamiento de riesgos, permitiendo la objetiva toma de decisiones y el establecimiento de guías de acción necesarias en el logro de los objetivos institucionales. Se realiza monitoreo permanente como herramienta fundamental para la implementación de la mejora continua en la identificación, análisis, valoración y manejo acordes con la criticidad, de tal forma que



se garantice la minimización y control del riesgo en todos los procesos del HUDN, y finalmente la satisfacción de nuestros clientes

Política de Uso y Rehúso de Dispositivos Médicos

El gerente y los trabajadores del HUDN se comprometen a prestar servicios de salud de mediana y alta complejidad, entregando a los usuarios dispositivos médicos seguros y fiables, cumpliendo con los procesos de esterilización y los parámetros de validación estandarizados internacionalmente, acorde con los requisitos legales establecidos. Para ello contamos con tecnología moderna y personal competente y comprometido con la seguridad de los usuarios y sus familias

Política de Servicio Farmacéutico

Garantizar la calidad de los medicamentos y dispositivos médicos suministrados en el proceso de atención, brindando oportunidad en la cadena de distribución a partir de una correcta y oportuna prescripción médica, gestionando el pago oportuno de las obligaciones financieras contraídas con los proveedores, brindando información confiable, oportuna y pública sobre precios, acceso y calidad de los medicamentos y dispositivos médicos, propiciando el manejo institucional de los medicamentos y dispositivos médicos de manera eficaz y eficiente, cumpliendo con la regulación de precios y de mercados, fortaleciendo el sistema de vigilancia a través de los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reconciliación medicamentosa, reduciendo el impacto ambiental derivado de la eliminación y disposición final de los residuos farmacéuticos, con talento humano competente y comprometido, previniendo factores de riesgo derivados del uso inadecuado de los medicamentos y dispositivos médicos, ofreciendo atención farmacéutica e intervenciones en los casos requeridos.

Política de Gestión de Tecnología

El HUDN impulsa la perspectiva de crecimiento de la organización a través de su objetivo estratégico de adquisición de tecnología y fortalecimiento de la infraestructura, en función del cual, la introducción y gestión de tecnología en esta entidad hospitalaria apuntará a la seguridad del paciente y propenderá por la sostenibilidad y desarrollo de la institución a través de la innovación científica, de la optimización de la capacidad instalada y de la identificación e incorporación de tecnologías costo efectivas, soportada en la interacción con los proveedores, en pro de la continuidad en la prestación de los servicios de mediana y alta complejidad en condiciones de eficiencia y calidad, respondiendo a criterios de productividad, rentabilidad y principalmente de seguridad del paciente a fin de satisfacer las



expectativas y necesidades de nuestros usuarios, dentro del marco Sistema de la Garantía de la Calidad del Sistema General de la Seguridad Social en Salud.

Política de Responsabilidad Social

El Gerente y los colaboradores del HUDN acogen los principios y lineamientos generales establecidos en materia de Responsabilidad Social Empresarial referente a: Derechos Humanos, Derechos Laborales, protección del medio Ambiente y la lucha contra la corrupción, a través de planes, acciones y decisiones éticas y transparentes que contribuyan al desarrollo sostenible y al bienestar general de la comunidad. Se tendrá en cuenta las necesidades y expectativas de las partes interesadas, a partir del cumplimiento de la legislación vigente aplicable y las normas internacionales de comportamiento.

Política de seguridad de la Información

El gerente y los colaboradores del HUDN se comprometen a prestar un servicio de salud de mediana y alta complejidad garantizando la seguridad, confidencialidad, oportunidad y accesibilidad de la información, a través del uso adecuado de los activos y recursos tecnológicos, mediante la identificación, priorización, aplicación de controles y minimización de riesgos de pérdida de información útil de la organización; generando confiabilidad, veracidad, y validez de los datos, a los usuarios, trabajadores, proveedores y demás partes interesadas, mejorando continuamente la calidad de la información y cumpliendo con los requisitos legales vigentes.

Política de Comunicaciones

El Gerente y los colaboradores del HUDN se compromete a brindar información oportuna, veraz y asertiva a los trabajadores acerca de los programas de seguridad del paciente, de humanización, de gestión de calidad y salud ocupacional; a los usuarios y su familia sobre sus deberes y derechos, los diagnósticos, tratamientos médicos, procedimientos y exámenes a realizar; a la comunidad en general sobre las experiencias exitosas de la organización y demás necesidades de comunicación que se generen; utilizando los medios y canales de comunicación establecidos y mejorando continuamente el proceso.

Política Ambiental

El Gerente y los colaboradores del Hospital Universitario Departamental de Nariño se comprometen a prestar servicios de salud de mediana y alta complejidad, previniendo la contaminación ambiental y controlando los aspectos ambientales como la

generación de residuos sólidos y líquidos, consumo de agua, energía y materias primas; promoviendo la toma de conciencia del uso racional de los recursos ambientales, mejorando continuamente la gestión y el desempeño ambiental, cumpliendo con la normatividad aplicable y otros requisitos que suscriba la organización.

Política de Seguridad y Salud en el Trabajo

El Gerente y los colaboradores del HUDN, se comprometen a prestar Servicios de Salud de mediana y alta complejidad en condiciones de seguridad, cuidando la capacidad laboral de sus trabajadores y previniendo en ellos y en los estudiantes, proveedores, usuarios y visitantes que pudiesen afectarse, lesiones y enfermedades derivadas del trabajo. Controlamos y reducimos los factores de riesgo a los que estamos expuestos, fomentamos su autocuidado, mejorando continuamente la Gestión y desempeño de la Seguridad y Salud en el Trabajo cumpliendo con la normatividad aplicable y los requisitos que suscriba la Organización.

Política de Gestión del Talento Humano

El Gerente del HUDN se compromete a gestionar para sus colaboradores una política que responda a sus necesidades y expectativas, que se vea reflejada en el trato humanizado a los usuarios y sus familias, generando acciones para mantener y mejorar el bienestar y calidad de vida de su capital humano cubriendo sus necesidades básicas de remuneración y garantizando ambientes seguros y confortables para el desarrollo de sus actividades. Contribuyendo así al fortalecimiento de los conocimientos y competencias de los funcionarios y colaboradores, en función del crecimiento personal, laboral y el mejoramiento continuo de los procesos y servicios prestados, dentro del marco del ejercicio ético, responsable y autocontrolado de sus actividades, de conformidad con las políticas nacionales e institucionales referentes al área talento humano, el reconocimiento a la aptitudes e idoneidad en el desempeño de las funciones y la aplicación de procesos transparentes para la planeación, selección, inducción y reinducción, situaciones administrativas y bienestar social, con el fin de lograr un clima organizacional adecuado para el desarrollo de la misión, visión y objetivos estratégicos.

2.6 TALENTO HUMANO

Distribución del talento humano institucional por tipo de contratación y área de trabajo.

CUADRO 19: DISTRIBUCIÓN DEL TALENTO HUMANO INSTITUCIONAL POR TIPO DE CONTRATACIÓN Y GÉNERO.

AREA DE TRABAJO	FIJA	TEMPORAL	TOTAL
ADMINISTRATIVO	86	78	164
ASISTENCIAL	265	423	688
TOTAL	351	501	852

CUADRO 20: DISTRIBUCIÓN DEL TALENTO HUMANO INSTITUCIONAL POR TIPO DE CONTRATACIÓN Y GÉNERO.

GENERO	FIJA	TEMPORAL	TOTAL
FEMENINO	224	365	589
MASCULINO	127	136	263
TOTAL	351	501	852

CUADRO 21: DISTRIBUCIÓN DEL TALENTO HUMANO INSTITUCIONAL POR TIPO DE CONTRATACIÓN Y GRADO.

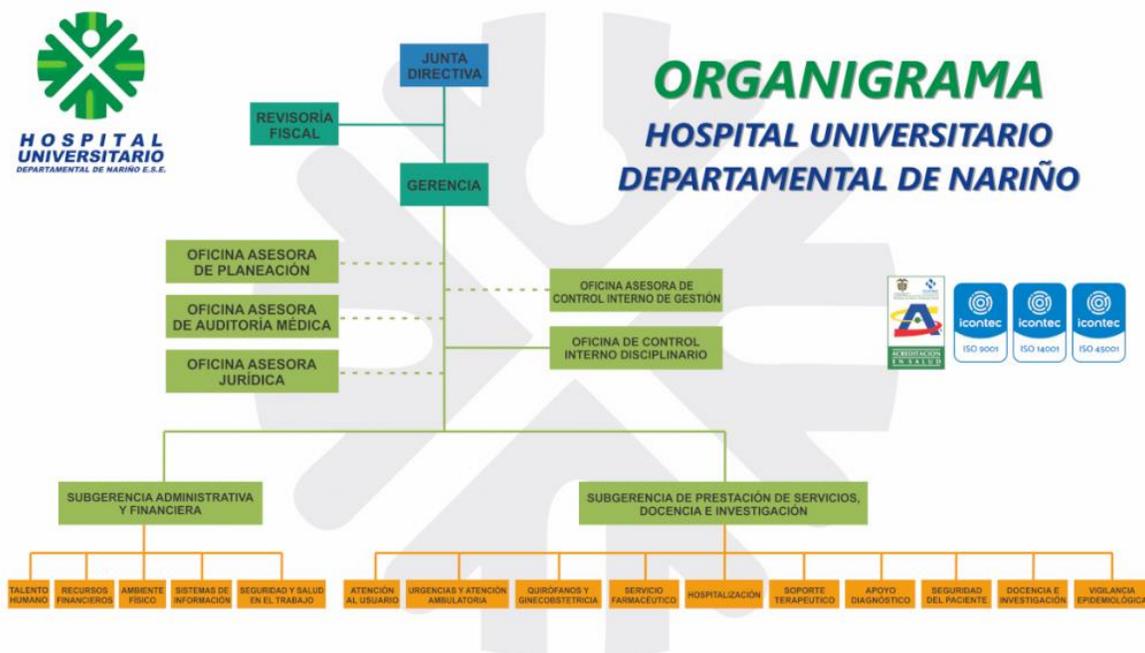
GRADO	FIJA	TEMPORAL	TOTAL
1	6	30	36
2	2	57	59
3	13	110	123
4	1	223	224
5	69	42	111
6	116	5	121
7	13	0	13
8	32	0	32
9	0	34	34
10	13	0	13
11	21	0	21
12	65	0	65
TOTAL	351	501	852

CUADRO 22 CAPACIDAD INSTITUCIONAL

AÑO 2020		
DATO	DETALLE	RESPONSABLE
	TRABAJADORES	TALENTO HUMANO
	SERVICIOS HABILITADOS	AUDITORIA MEDICA
111	CAMAS OBSERVACIÓN	ESTADÍSTICA
40	CAMAS UCI ADULTOS	ESTADÍSTICA
7	CAMAS UCI NEONATAL	ESTADÍSTICA
217	CAMAS HOSPITALIZACION	ESTADÍSTICA
9.774	CIRUGÍAS HOSPITALIZACION	ESTADÍSTICA
8	QUIROFANOS	ESTADÍSTICA
1.543	PARTOS Y CESÁREAS	ESTADÍSTICA
34.710	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIDADES	ESTADÍSTICA
26.894	CONSULTA URGENCIAS	ESTADÍSTICA
336.590	EXÁMENES LABORATORIO CLÍNICO	ESTADÍSTICA
46.820	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	ESTADÍSTICA

ORGANIGRAMA

FIGURA 5: ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



CÓDIGO DE INTEGRIDAD

Mediante la resolución 1710 de 2018 considerando a establecido en la ley 1474 del 2011, Decreto 1712 de 2014 y Decreto 1499 de 2017 y en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, dimensión de talento humano, la política de integridad, el HUDN E.S.E., adopta el siguiente Código de integridad:

1. **Honestidad:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia, rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
2. **Respeto:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.
3. **Compromiso:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

4. **Diligencia:** Cumpló con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.
5. **Justicia:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.
6. **Humanismo:** Actúo con respeto profundo y auténtico por la dignidad humana, donde prevalecen los intereses, inquietudes y valores de las personas.

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES EN EL HUDN:

- Utilizamos los recursos técnicos, humanos y financieros de manera eficiente y responsable.
- Brindamos una atención oportuna, efectiva, humanizada, personalizada y segura.
- Resolvemos de manera integral y continua, los problemas de salud a todos los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Trabajamos en equipo para lograr los objetivos institucionales articulando políticas, métodos y procedimientos.
- Nuestras actuaciones son claras y transparentes y la interlocución con los diferentes actores de la salud genera información oportuna, confiable y veraz.
- El paciente y su familia es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de salud, dentro de un entorno seguro, de confidencialidad y de confianza entre éste, los profesionales, aseguradoras y la misma comunidad.
- Protegemos y conservamos el medio ambiente, minimizando y compensando los impactos ambientales negativos que pueda generar la Institución como consecuencia de la prestación los servicios de salud.

2.7 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

ESPECIALIDADES

La organización cuenta con las especialidades de: Anestesiología, Cardiología, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Ginecobstetricia, Medicina Interna, Nefrología, Neurología, Oftalmología, Oncología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Reumatología, Toxicología, Urología, Traumatología, Pediatría, Fisiatría, Neurocirugía, Patología,

SUB-ESPECIALIDADES

Sumado a lo anterior se cuenta con las subespecialidades de: Retinología, Cirugía Oncológica, Cirugía Pediátrica, Cirugía Cardiovascular y Vascular Periférica, Cirugía de



Columna, Hematología, Nefrología Pediátrica, Nefrología Adultos, Cirugía Plástica Ocular, Neonatología, Radiología Intervencionista, Radioterapia.

SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

El servicio de CONSULTA EXTERNA abarca la atención ambulatoria a usuarios con una cita asignada previamente por la EPS a la que se encuentren afiliados, quienes acceden a consultas médicas especializadas y supra-especializadas para diferentes tipos de enfermedades. Consta de 23 consultorios dotados de tecnología para la atención efectiva y segura de nuestros pacientes. El área dispone de cómoda sala de espera, oficinas de atención al usuario, amplias zonas comunes y ascensor para personas en situación de limitación motora. La atención es prestada por: 88 Médicos especialistas y 13 Médicos Supra-especialistas.

SERVICIO DE URGENCIAS

En el HUDN se atienden de manera integral las urgencias de adultos las 24 horas del día, los 365 días del año, con disponibilidad permanente del excelente personal en todas las especialidades. La incorporación de tecnología biomédica y la interrelación con los servicios de Ayudas Diagnósticas y Soporte Terapéutico permiten la toma de muestras en tiempos mínimos gracias a sofisticados software basados en plataformas de diagnóstico molecular para detección de patologías a partir del ADN de los pacientes. Cuenta con: 83 camas (4 para pacientes en condiciones especiales), 20 camas de expansión, 20 camas de observación, 4 consultorios médicos, 1 consultorio triaje, sala de yesos, sala de procedimientos y sala de reanimación con moderna tecnología, que permite respuestas oportunas y pertinentes a las necesidades en salud de los usuarios. La atención es prestada por: 29 Médicos, 17 Enfermeras Profesionales, 72 Auxiliares de Enfermería, 10 Operarios.

SERVICIOS QUIRÚRGICOS QUIRÓFANOS

Cuenta con nueve quirófanos dotados con tecnología avanzada, con equipos mínimamente invasivos que permiten a nuestro selecto grupo de cirugía de diversas especialidades y supra-especialidades, realizar procedimientos quirúrgicos con estándares de calidad, seguridad y humanización, generando confianza en nuestros usuarios y sus familias. La atención es prestada por: 47 Médicos Cirujanos, 11 Anestesiólogos, 6 Médicos Hospitalarios, 7 Enfermeras Profesionales, 31 Auxiliares de Enfermería, 22 Instrumentadores, 4 Operarios.

SALA DE PARTOS



La gran mayoría de mujeres en trabajo de parto remitidas al HUDN son pacientes de alto riesgo, se dispone de protocolos especializados y ayudas tecnológicas que aseguran el bienestar fetal y valoración de la evolución del parto. Mediante monitorización externa o interna se controla la frecuencia cardiaca y se vigila la actividad uterina. La atención es prestada por: 7 Médicos Especialistas Ginecobstetras, 6 Enfermeras Profesionales, 8 Auxiliares de Enfermería, 1 Operario. Disponibilidad: 8 camas para trabajo de parto.

GINECOBSTETRICIA

En el HUDN cada día nacen en promedio 5 niños. El binomio madre - hijo gracias a la interrelación de procesos recibe la atención de especialistas en ginecobstetricia, neonatología, pediatría, nefrología y retinología, quienes con el apoyo del personal de enfermería garantizan una atención integral, con calidad, seguridad y respuesta oportuna, bajo un ambiente de calidez y confianza, para satisfacción del grupo familiar. Además, contamos con el servicio de ecografía obstétrica. El servicio está habilitado en el tercer piso del HUDN y cuenta con 9 habitaciones unipersonales y 15 bipersonales.

Atención prestada por: 7 médicos Especialistas Ginecobstetras, 4 Enfermeras Profesionales, 18 Auxiliares de Enfermería, 3 operarios.

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Disponemos de ambientes confortables y seguros para los pacientes y sus acompañantes, con habitaciones unipersonales, bipersonales y suites con los mejores estándares en hotelería hospitalaria, complementada con atención en Medicina Interna. El servicio cuenta con 203 camas y 31 de expansión. La atención es prestada por: 75 Médicos Hospitalarios, 39 Enfermeras, Profesionales, 125 Auxiliares de Enfermería, 18 Secretarías Clínicas, 28 Operarios.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

En la UCI se presta un servicio integral de alta calidad técnica y humana a pacientes en estado crítico durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con tecnología de monitoreo hemodinámico mínimamente invasivo "Picco Plus" y los más avanzados equipos en soporte ventilatorio. El servicio cuenta con 20 camas automatizadas. La atención es prestada por: 4 Médicos Especialistas, 9 Médicos Hospitalarios, 8 Fisioterapeutas, 18 Enfermeras Profesionales, 40 Auxiliares de Enfermería, 12 Operarios.

UNIDAD DE NEONATOS



Esta área se encarga de la atención a nuestros pequeños pacientes prematuros en su primera etapa de vida. De acuerdo al estado crítico del recién nacido, el servicio es de cuidados mínimos, intermedios o intensivos. Esta área dispone 10 camas en UCI Neonatos, 6 camas en Cuidado Intermedio y 14 camas en Cuidado Básico. La atención es prestada por: 6 Médicos Especialistas, 5 Médicos Supra especialistas, 8 Enfermeras Profesionales, 19 Auxiliares de Enfermería, 4 Operarios.

BANCO DE LECHE HUMANA

Es un centro especializado de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. Se dispone de bombas extractoras y equipos para la pasteurización y tratamiento bacteriológico. La leche donada es suministrada a recién nacidos con bajo peso al nacer. Talento Humano: 1 Médico Especialista, 1 Enfermera Profesional, 1 Nutricionista, 1 Psicólogo, 1 Ing. Alimentos, 3 Auxiliares de Enfermería.

PROGRAMA FAMILIA CANGURO

Esta técnica suprime la etapa de separación de la madre e hijo. Se fortalece la relación materno-infantil para que el niño gane peso y se fortalezca el vínculo afectivo. Una vez los niños salen del HUDN, durante un año el equipo interdisciplinario les hace seguimiento periódico hasta alcanzar la talla y peso acordes a su edad. Talento humano: 2 Médicos Pediatras, 1 Retinólogo Pediatra, 1 Enfermera Profesional, 1 Auxiliar de Enfermería, 1 Nutricionista, 1 Psicólogo.

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Uno de los ejes de desarrollo del HUDN lo constituyen los equipos biomédicos de vanguardia para realizar procedimientos de laboratorio clínico e imagenología que permiten confirmar o aclarar un diagnóstico médico, antes o durante el tratamiento de una lesión, en tiempos récord. Se realizan procedimientos en las áreas de hematología, inmunología, coagulación, química, pruebas hormonales e infecciosas y microbiología.

LABORATORIO CLÍNICO

Dispone de sistemas tecnológicos con múltiples aplicaciones que a partir de una muestra detectan simultáneamente completa información de bacterias, virus, levaduras, genes de resistencia antibiótica y parásitos. La atención es prestada por: 1 Coordinador, 14 Bacteriólogos, 24 Auxiliares de Laboratorio, 2 Auxiliares administrativos.



IMAGENOLOGÍA

En el área de imagenología se realizan los exámenes diagnósticos convencionales y de alta complejidad. Algunos de nuestros equipos únicos en la región son: Tomografía Axial Computarizada de 64 detectores, Ecografías Dúplex Scanning Color, Ecocardiografía, Resonancia Magnética Nuclear, Radiología Convencional e Intervencional. Talento Humano: 5 médicos Radiólogos, 12 Tecnólogos, 2 Auxiliares de Enfermería, 4 Auxiliares Administrativos.

BANCO DE SANGRE

El HUDN cuenta con la infraestructura necesaria para obtener, recolectar, conservar, aplicar y proveer, sangre humana y hemocomponentes, garantizando a la región un completo servicio de Medicina Transfusional. El Hospital se encuentra en proceso de implementación del proyecto “Primer Hemocentro del suroccidente colombiano”, con una inversión superior a los \$4.000 millones que permitirá cubrir la demanda regional de hemoderivados. La atención es prestada por: 1 Coordinador, 5 Bacteriólogos, 1 médico, 6 Auxiliares de Laboratorio.

PATOLOGÍA:

El talento humano altamente capacitado y equipos innovadores que, responden a las expectativas del siglo XXI en dermatopatología y hemopatología, permiten diagnóstico de coloraciones de histoquímica, patologías mamarias, dermatológicas, nefropatológicas, del sistema digestivo y oncológicas. Talento Humano: 3 Médicos Patólogos, 1 Técnico en Histología, 2 Auxiliares.

SOPORTE TERAPÉUTICO

Todo un conjunto de programas, procedimientos, actividades e intervenciones que complementan los tratamientos médicos en los pacientes, en los diferentes servicios:

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Fisiatría, terapia respiratoria, terapia del lenguaje, terapia ocupacional, terapia física e hidroterapia. Disponemos de 7 consultorios, un gimnasio con 8 camillas, mesa para bipedestación, mesa para atención del paciente neurológico, tracción pélvica y cervical Tripton, tracción cervical eléctrica, ultrasonido, estimuladores eléctricos (tens), láser, bomba de flowtron, vibradores, máquina de multifuerza, elíptica, bandas sin fin, tanques para paquetes fríos y calientes y parafinoterapia. Área exclusiva para Terapia Acuática e hidroterapia (tanque de Hoover, piscina de marcha y tanques remolino para

miembros inferiores y superiores aplicando técnicas hidrokinésio-terapéuticas). La atención es prestada por: 1 Médico Especialista Fisiatra, 7 Fisioterapeutas, 2 Terapeutas Ocupacionales, 2 Fonoaudiólogas.

UNIDAD DE ONCOLOGÍA

Contribuimos a mejorar la prevención y cura del cáncer, brindando apoyo emocional, social y psicológico al paciente y su familia. Ofrecemos servicios de: Radioterapia, Quimioterapia, Consulta de Oncología Clínica, Hematología, Consulta de Cirugía Oncológica y mama, Psicoterapia Individual y Grupal y Servicio de Psicología Tecnología de vanguardia en radioterapia de alta complejidad, radioterapia conformal 3D, radioterapia guiada por imágenes, radioterapia de intensidad modulada, radioterapia superficial con electrones, radioterapia de intensidad ondulada en un solo arco con RapidArc y radiocirugía.

El ACELERADOR LINE AL TRILOGY combina tecnologías biomédicas y sistemas de última generación en planificación y aplicación de procedimientos con ventajas y beneficios nunca antes vistos en la región. Garantiza un alto nivel de precisión, una sustancial disminución del tiempo en las sesiones de tratamiento y mayor nivel de protección de los tejidos sanos circundantes a la lesión.

La atención es prestada por: 1 Especialista Oncólogo radioterapeuta, 1 Enfermera Profesional Especialista en Oncología, 3 Tecnólogos en Radioterapia, 1 Físico Médico, 1 Psicólogo.

SERVICIO DE HEMODIALISIS

Atención a pacientes con enfermedad renal, quienes en la gran mayoría de los casos también padecen enfermedades cardiovascular, pulmonar y digestiva y requieren tratamientos esenciales que solo pueden recibir en instituciones de alto nivel de complejidad, con atención integral y servicios que se interrelacionan en respuesta a las patologías de los usuarios. La atención es prestada por: 1 Médico Nefrólogo, 1 Enfermero Profesional, 3 Auxiliares.

SERVICIO DE NUTRICIÓN CLÍNICA

El Servicio de Nutrición del HUDN más allá del suministro de alimentación tiene la responsabilidad de mantener un óptimo estado nutricional que contribuya a la pronta recuperación de los pacientes. El Servicio está a cargo de un grupo de 7 nutricionistas, quienes diaria y sistemáticamente visitan al paciente, con el fin de conocer sus necesidades y controlar el cumplimiento de la dieta indicada por el médico tratante.

SERVICIO FARMACÉUTICO:

Un equipo asistencial realiza actividades de selección, preparación, adquisición, recepción, almacenamiento, distribución y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos. Realizamos preparaciones magistrales, adecuación y ajuste de concentraciones, reenvase y reempaque de dosis de medicamentos. Ofrecemos información y educación a los grupos asistenciales, al paciente, a los familiares y comunidad sobre el uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos. A través de la Central de Gases Medicinales y la Central de Mezclas, dos servicios con certificación de INVIMA en buenas prácticas de Manufactura y Elaboración, se solventan los requerimientos de los pacientes en gases como oxígeno y dióxido de carbono, aire comprimido, preparación de nutrientes parenterales y adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos oncológicos y no oncológicos. La atención es prestada por: 38 Regentes de farmacia, 6 Químicos Farmacéuticos, 4 Personal de apoyo.

SERVICIO DE AMBULANCIAS

El servicio de transporte asistencial opera con 4 ambulancias certificadas, 2 de Traslado Asistencial Básico y 2 Traslado Asistencial Medicalizado. Una tripulación capacitada y entrenada garantiza el transporte de pacientes estables y críticos, tanto en situaciones preestablecidas como en emergencias o desastres, evitando complicaciones y disminuyendo secuelas. Vehículos dotados según la norma ICONTEC 3729 y de la resolución 2003 del 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social. La atención es prestada por: 7 conductores, 5 Auxiliares y el personal médico que se requiera.

2.8 MODELO DE NEGOCIO CANVAS

La importancia de iniciar en el HUDN E.S.E. el ejercicio de la mercadotecnia estratégica obliga a verificar alternativas diagnósticas y analíticas, entre ellas el modelo CANVAS.

El modelo CANVAS es la herramienta para analizar y crear modelos de negocio de forma simplificada, se visualiza de manera global en un lienzo dividido en los principales aspectos que involucran al negocio y gira entorno a la propuesta de valor que se ofrece, muestra de manera lógica la interconexión entre los 9 aspectos básicos de un modelo de negocio. Realizado el ejercicio a nivel institucional con la participación de varios líderes de proceso se presenta el modelo correspondiente a la organización.

El modelo expuesto relaciona y resume diagnóticamente la organización y su entorno conceptualmente y permite visualizar entradas, salidas y productos en materia de mercadeo caracterizando estratégicamente el ejercicio de la misión institucional, el modelo expuesto obliga a que cada uno de los 9 ítemes sean en el tiempo analizados y mejorados con el ánimo de establecer el desarrollo de un objetivo estratégico puntual.

MODELO DE NEGOCIO CANVAS HUDNESE

<p>Socios clave</p> <p>Entidades Aseguradoras</p> <p>Entidades Administradoras de Planes de beneficios (EAPB)</p> <p>Proveedores de servicios, insumos y tecnología (incluyendo el mantenimiento)</p> <p>Entidades de control: IDSN, MS&PS, SNS, etc.</p> <p>Gobernación de Nariño</p> <p>Universidades</p>	<p>Actividades clave</p> <p>Atención de los usuarios como parte de la red de atención en salud de la región.</p> <p>Proveer servicios de manera directa o a través de las aseguradoras a los usuarios que lo requieran.</p> <p>Recursos clave</p> <p>Talento humano Asistencial y Administrativo</p> <p>Infraestructura y espacios físicos</p> <p>Tecnología y Equipos</p> <p>Know How</p>	<p>Propuesta de Valor</p> <p>Atención integral centrada en el usuario y su familia</p> <p>Altos estándares de Calidad – Seguridad en nuestros procesos de atención – Sistema integrado de gestión.</p> <p>Personal altamente calificado y espacios confortables</p> <p>Oportunidad e Integralidad del servicio</p> <p>Investigación</p> <p>Innovación continua en tecnología e infraestructura para el mejoramiento de la salud.</p>	<p>Relaciones con clientes</p> <p>USUARIOS: Atención y seguimiento de su enfermedad hasta su recuperación.</p> <p>ASEGURADORAS: Apoyo a las estrategias de atención de sus asegurados</p> <p>Canales</p> <p>Portafolio de Servicios</p> <p>Página WEB, e-mail</p> <p>Redes Sociales:</p> <p>Facebook, YouTube, Twitter</p> <p>Teléfono</p> <p>Eventos académicos</p> <p>Atención presencial</p>	<p>Segmentos de cliente</p> <p>Usuarios : Población Adultos y neonates</p> <p>Entidades Aseguradoras Responsables de Pago (ERP)</p> <ul style="list-style-type: none"> EAPB (REGIMENES Subsidiado y Contributivo) Regimenes Especial (Policia, Batallon, INPEC y otros.) Administradoras de Medicina Prepagada Aseguradoras (ARL, Seguros de vida, Accidentes de Transito) Entes territoriales Ips Privadas y Publicas Particulares
<p>Estructura de costes</p> <p>Costeo de servicios</p> <p>Contratos de arrendamiento de tecnología.</p> <p>Pago de nómina en diferentes modalidades</p> <p>Mantenimiento de tecnología existente propia</p> <p>Pago a proveedores</p> <p>Compra de insumos</p>		<p>Fuentes de ingresos</p> <p>Recursos públicos, donaciones, ingresos operacionales.</p> <p>Transferencia Bancaria</p> <p>Puntos de pago / datáfono</p> <p>Pago físico.</p>		

2.9 REALIDAD AMBIENTAL

Teniendo en cuenta la realidad ambiental de nuestro entorno y las consecuencias irreversibles así como también los daños a los sistemas bióticos al no prever políticas misionales, el HUDN sigue encaminado a su política ambiental en pro de conservación de sus recursos naturales, comenzando con el cumplimiento de la normatividad ambiental vigente nacional, así como la implementación de acciones innovadoras en los ejes fundamentales en el misional ambiental hospitalario reflejado en los 5 ejes principales como son agua potable, agua residual, manejo seguro de sustancias químicas, ahorro energético y la educación ambiental, siguiendo este orden de ideas



y teniendo en cuenta la visión institucional el HUDN destina recursos necesarios para cumplir esta metas la cuales se reflejan en indicadores que se van ajustando y modificando su meta para su estricto cumplimiento de ahí se reitera el compromiso institucional por parte del HUDN, a aportar la logística necesaria para cumplir con la conservación del medio ambiente y con esto contrarrestar la carga ambiental de la enfermedad de nuestra comunidad.

3. PLATAFORMA ESTRATEGICA

3.1 DOFA INSTITUCIONAL

CUADRO 5: DOFA INSTITUCIONAL COMPILADA

DOFA	2020 a 2024
DEBILIDADES	<ol style="list-style-type: none"> LIMITADA OFERTA DE ESPACIO FISICO EN LA INSTITUCION PARA ALGUNOS PROCESOS QUE GENERAN MAYOR DEMANDA REORDENAMIENTO DE ÁREAS ADMINISTRATIVAS PARA LIBERACION DE ESPACIOS DE PRODUCCION. AUSENCIA DE UN ÁREA EXCLUSIVA PARA MERCADEO ESTRATEGICO Y PUBLICIDAD QUE PERMITIRIA A LA INSTITUCION ESTAR EN CONTACTO CON LA COMUNIDAD Y ASI GENERAR ESTRATEGIAS DE VENTA DE SERVICIOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES. BAJO NIVEL DE PREPARACION DE TALENTO HUMANO INSTITUCIONAL EN MATERIA DE TICS Y GESTION DE LA INVESTIGACION. AUSENCIA DE UNA POLITICA DE CONTENCION DEL COSTO (CRECIMIENTO DE LA PRODUCCION 2.61%, CRECIMIENTO DEL COSTO 4.15). DEBIL INTERRELACION Y COMUNICACION ENTRE PROCESOS, FALTA DE TRABAJO EN EQUIPO.
OPORTUNIDADES	<ol style="list-style-type: none"> REGION APARTADA PERMITE AL HUDN SER REFERENTE REGIONAL EN EL PAIS EXHORTAR AL GOBIERNO DEPARTAMENTAL Y NACIONAL A QUE INYECTE MAYORES RECURSOS EN EL PRINCIPAL HOSPITAL DEL SUR OCCIDENTE DE COLOMBIA. NORMATIVIDAD E INTERES MINISTERIAL REFERENTE AL LOGRO DE LA RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO. FACTURACION ELECTRONICA A FIN DE REDUCIR GASTOS, SIMPLIFICAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y GENERAR MAYOR CONTROL DOCUMENTAL. GENERAR ALIANZAS ESTRATEGICAS CON DIVERSAS IPS DE LA REGION QUE TENGAN SERVICIOS QUE NO SE PRESTAN EN LA INSTITUCION CON EL FIN DE NO PEROER AL USUARIO.
FORTALEZAS	<ol style="list-style-type: none"> INSTITUCION RECONOCIDA A NIVEL REGIONAL Y NACIONAL. INSTITUCION ACREDITADA EN CALIDAD Y CERTIFICADA EN SIG, TALENTO HUMANO SENSIBILIZADO EN LA MATERIA. CERTIFICACION COMO UNA INSTITUCION EN ALTOS ESTÁNDARES DE CALIDAD GENERA CONFIANZA ANTE CLIENTES EXTERNOS PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS. COMPROMISO POR PARTE DE TODOS LOS FUNCIONARIOS DE LA INSTITUCION (MISIONAL Y ADMINISTRATIVA) PARA CONTRARESTAR LA EMERGENCIA SANITARIA Y EN TERMINOS GENERALES PARA CON LA INSTITUCION. INFRAESTRUCTURA MODERNA Y ADECUADA.

AMENAZAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. LA PANDEMIA INFLUYO EN LA DISMINUCION DE INGRESOS EN OTRAS ÁREAS, CONCENTRANDO LA MAYORIA DE ESFUERZOS EN URGENCIAS RESPIRATORIAS. 2. EPS CON RIESGO FINANCIERO. 3. DIVERSOS INTERESES EXTERNOS (POLITICOS Y ECONOMICOS). 4. VARIADA COMPETENCIA DE SERVICIOS POR EMPRESAS DEL SECTOR SALUD EN LA REGION A BAJO COSTO. 5. ALTA OFERTA DE SERVICIOS QUE PRESTA LA COMPETENCIA, SUSCITARIA QUE EL HUDN DEJE DE GENERAR MAYOR NÚMERO DE INGRESOS.
----------	---

3.2 ESTRATEGIAS DOFA

1. Aprovechar el "Good Will" institucional para atraer inversión del gobierno departamental y nacional (F1, O1, O2, O3).
2. Trazar líneas de acción que permitan el aprovechamiento de los logros institucionales para la certificación como hospital universitario. (f1, f2, f3, f5, o3).
3. Aprovechar el compromiso del talento humano institucional para el logro de los compromisos misionales, administrativos, financieros y logísticos de la organización. (f4, o4).
4. Optimizar la infraestructura institucional para dar respuesta a los requerimientos de la red de servicios del departamento (f5, o1, o2.)
5. Reducir el impacto del crecimiento de la oferta en el mercado implementando acciones de mercadeo basadas en costo, uso de certificaciones, buen nombre, poder financiero y servicios (f1, f2, f4, f5, a4).
6. Diferenciar al HUDN como institución universitaria líder en investigación para aprovechar las posibilidades de un mercado creciente y altamente competitivo. (f3, f2, a4, a5, f1)
7. Aprovechar la posición del hospital en la red de atención para implementar crecimiento en servicios que cierren la expansión de la competencia y establezca liderazgo en costos y atenciones. (f5, f4, a5, a4).
8. Formular proyectos para el aprovechamiento de los canales de inversión abiertos con el gobierno departamental y nacional, bolsas de inversión por pandemia y participar en recursos de regalías. (d1, o1, o2, o3, o5).
9. Constituir el departamento de mercadeo estratégico para implementar campañas tácticas de expansión en el mercado d2, o1, O2, a4.
10. Incluir en el PIC fortalecimientos en educación formal y educación para el trabajo y desarrollo humano, que incluya temáticas TIC, trabajo en equipo y de investigación. (d3, d5, o2, o3).
11. Concienciar e incentivar al interior de la organización el compromiso con el autocontrol y austeridad en el gasto (d4, o4, f4).

12. Implementar restricciones al gasto tal que aproximen compromisos con recaudos (d4, o4).
13. Elaboración el catastro físico institucional para el reordenamiento y aprovechamiento físico, estructural y espacial de la infraestructura del HUDN (d1, a1, a4, a5)

3.3 MACROESTRATEGIA

Prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad y generación de nuevos e innovadores servicios garantizando el sostenimiento y desarrollo institucional, mediante acciones que permitan la participación social, la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios con personal idóneo y con altos niveles de calidad, buscando la satisfacción de nuestros usuarios.

3.4 MEGA

En el año 2030 seremos una institución de alta complejidad, acreditada con excelencia, autosostenible, ambientalmente responsable, líder en investigación y gestión clínica a nivel nacional e internacional.

3.5 MISION

Brindar servicios de salud centrados en el paciente y su familia, con criterios de calidad, seguridad, ética, respeto, humanismo, alta capacidad resolutive y eficiencia de los recursos disponibles, con personal idóneo y competente, comprometidos con la vocación académica e investigación clínica, haciendo la diferencia en la mejora de la calidad de vida de nuestros usuarios y en la mejor experiencia del servicio.

3.6 VISION

Es líder en la gestión clínica integral y humanizada, altamente resolutive, con plena identificación de las necesidades y expectativas de la población atendida, promueve la innovación en la vocación académica y de servicio y crea esperanza en la mejora de la salud para los usuarios y sus familias.

3.7 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Asegurar el mantenimiento del SUA, el SIG y el reconocimiento como hospital universitario.

2. Mantener alta eficiencia de la gestión clínica, administrativa, financiera y jurídica implementando controles efectivos a los riesgos.
3. Fortalecer el portafolio de servicios y crecimiento en el mercado optimizando los recursos institucionales disponibles.
4. Garantizar atención en salud competitiva, integral y humanizada innovando en la prestación de servicios, tecnologías y herramientas.
5. Invertir en el talento humano institucional para la competitividad, servicio humanizado y la gestión del riesgo clínico.
6. Trascender y adaptar a la institución con éxito ante las diferentes realidades implementando análisis del entorno.

4. PLAN DE INVERSIONES DISCRIMINADO POR AÑO

ID	PROYECTO	TIPO	PRESUPUESTO	AÑO
1	Remodelación de ascensores existentes y cuarto de máquinas en el HUDN E.S.E.	PD	\$1.000.000	2021
2	Adecuación de infraestructura de aire medicinal y consultoría del componente eléctrico para expandir 40 camas de UCI en el HUDN E.S.E.	PB	\$5.675.534	2021
3	Adecuación de la Unidad de Aislamiento del HUDN E.S.E., para la prevención, contención y mitigación de pacientes contagiados con el virus SARS CoV 2 Pasto	PB	\$2.976.758	2021
4	Implementación y puesta en marcha de servicio de Hemodinamia en el HUDN E.S.E.	PB	\$4.350.000	2021
5	Adquisición y puesta en marcha de un microscopio de neurocirugía en el servicio de quirófanos del HUDN E.S.E.	PB	\$1.022.000	2021
6	Dotación de equipos biomédicos para diferentes servicios del HUDN E.S.E. Torre de laparoscopia y fibrobroncoscopia	PB	\$2.980.000	2021
7	Dotación de un mamógrafo digital para el servicio de ayudas diagnosticas del HUDN E.S.E.	PB	\$ 480.000	2021
8	Construcción y remodelación de una sala de egresos, sala era, sala de hidratación y ventilación en el servicio de urgencias del HUDN E.S.E.	PB	\$ 350.000	2021
9	Adquisición de ecógrafo para el HUDN E.S.E.	PB	\$ 500.000	2021
10	Remodelación consulta externa	PB	\$ 300.000	2021
11	Laboratorio COVID	PB	\$5.600.000	2021
12	Construcción archivo institucional	PD	\$ 700.000	2021
	TOTAL		\$ 25.934.292,00	



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



ID	PROYECTO	TIPO	PRESUPUESTO	AÑO
13	Construcción torre administrativa HUDN E.S.E.	PB	\$11.859.948	2022
14	Dotación y puesta en marcha de una planta de energía eléctrica con central electrógena en el HUDN E.S.E.	PD	\$3.200.000	2022
15	Adecuación, dotación y habilitación de la unidad de cuidado intensivo neonatal en el HUDN E.S.E.	PB	\$2.187.500	2022
16	Construcción de planta de tratamiento de aguas residuales en el HUDN E.S.E.	PB	\$1.200.000	2022
17	UFCA	PB	\$3.287.000	2022
	TOTAL		\$ 21.734.448,00	

ID	PROYECTO	TIPO	PRESUPUESTO	AÑO
18	Dotación de equipos para habilitación del servicio de Braquiterapia en el HUDN E.S.E.	PB	\$2.354.000	2023
19	Habilitación de la unidad de cuidados renales (servicio de diálisis) en el HUDN E.S.E.	PB	\$ 550.000	2023
20	Implementación de energías alternativas renovables a través de la instalación de paneles solares y migración de luminarias a tecnología led en el HUDN E.S.E.	PD	\$ 700.000	2023
21	Construcción de área de recepción y almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos para el servicio farmacéutico del HUDN E.S.E.	PD	\$1.035.069	2023
22	Construcción y puesta en marcha de tanques de almacenamiento de agua potable y agua lluvia y actualización red contra incendios en el HUDN E.S.E.	PD	\$1.200.000	2023
23	Construcción y puesta en marcha de un centro de investigaciones en el HUDN E.S.E.	PD	\$1.553.940	2023
24	Remodelación área de ginecología del HUDN E.S.E.	PB	\$1.000.000	2023
25	Remodelación, ampliación y dotación de la unidad de cuidados intensivos neonatales en el HUDN E.S.E.	PB	\$2.000.000	2023



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



26	Ampliación del servicio de hospitalización en el HUDN E.S.E.	PB	\$2.500.000	2023
27	Renovación tecnológica en el marco del PETI HUDN	PD	\$5.311.024	2023
28	Adquisición tomógrafo	PB	\$2.500.000	2023
	TOTAL		\$ 20.704.033,00	

1	TOTAL	\$68.372.773
2	SUBTOTAL PLAN DE DESARROLLO	\$14.700.033
3	SUBTOTAL PLAN BIENAL	\$53.672.740

ID	AÑO	MONTO
1	2021	\$ 25.934.292,00
2	2022	\$ 21.734.448,00
3	2023	\$ 20.704.033,00
4	TOTAL	\$68.372.773