



Hospital Departamental  
Psiquiátrico Universitario  
Del Valle E.S.E.

# INFORME DE GESTION VIGENCIA 2025

**PLAN DE DESARROLLO  
INSTITUCIONAL  
2024-2028**

**Comprometidos con la  
Excelencia en Salud**

# Tabla de Contenido

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>2. PLATAFORMA ESTRATEGICA</b> .....	<b>4</b>
2.1. MISIÓN .....	4
2.2. VISIÓN.....	4
2.3. PROPOSITO SUPERIOR .....	4
2.4. CUMPLIMIENTO POA INSTITUCIONAL 2025 .....	4
<b>3. INFORME DE GESTION VIGENCIA 2024 - PLAN DE DESARROLLO 2024 - 2028</b> .....	<b>15</b>
3.1. LINEAS ESTRATEGICAS.....	15
3.1.1. LÍNEA ESTRATÉGICA 1. SALUD MENTAL CON EXCELENCIA.....	15
3.1.1.1. PROGRAMA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL .....	15
3.1.1.2. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	28
3.1.1.3. PROGRAMA HUMANIZACION DE LA ATENCION.....	35
3.1.1.4. PROGRAMA CUMPLIMIENTO PLAN DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL.....	45
3.1.2. LÍNEA ESTRATÉGICA 2. MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL .....	46
3.1.2.1. PROGRAMA MEJORAMIENTO CONTINUO HACIA LA EXCELENCIA.....	46
3.1.2.2. PROGRAMA POSICIONAMIENTO Y RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL.....	56
3.1.2.3. PROGRAMA GESTION DEL RIESGO.....	68
3.1.2.4. PROGRAMA RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL.....	75
3.1.3. LÍNEA ESTRATÉGICA 3. FORTALECIMIENTO Y CAPACIDADES INSTITUCIONALES	
106	
3.1.3.1. PROGRAMA DESARROLLO DE COMPETENCIAS Y FORTALECIMIENTO DE LA	
CULTURA ORGANIZACIONAL .....	106
3.1.3.2. PROGRAMA GESTION DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS	
COMUNICACIONES.....	135
3.1.3.3. PROGRAMA GESTION DOCUMENTAL .....	138
3.1.3.4. PROGRAMA GESTION DEL AMBIENTE FISICO.....	139
3.1.4. LÍNEA ESTRATÉGICA 4. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN .....	179
3.1.4.1. PROGRAMA DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACION.....	179
3.1.5. LÍNEA ESTRATÉGICA 5. SOSTENIBILIDAD Y RENTABILIDAD FINANCIERA .....	184
3.1.5.1. PROGRAMA RENTABILIDAD Y GESTION FINANCIERA.....	184
3.1.5.2. PROGRAMA GESTION DE LOS COSTOS Y GASTOS.....	186

## 1. INTRODUCCIÓN

Con más de 80 años de trayectoria, nuestra institución ha construido una historia sólida junto a miles de pacientes, familias, colaboradores y estudiantes, protagonistas de los logros y transformaciones que hoy nos consolidan como referente nacional en la prestación de servicios integrales de salud mental.

Durante la vigencia 2025 continuamos fortaleciendo nuestro modelo de atención centrado en el paciente y su familia, avanzando hacia la excelencia con una cultura organizacional basada en la calidad, la seguridad del paciente y la humanización. En un entorno desafiante para el sector salud, mantuvimos metas ambiciosas orientadas al mejoramiento continuo y la sostenibilidad institucional.

Uno de los hitos más significativos de esta vigencia fue el reconocimiento como Institución Universitaria, logro que fortalece nuestra misión académica y consolida el vínculo entre la asistencia, la docencia y la investigación. Este reconocimiento no solo ratifica nuestra capacidad formadora, sino que amplía nuestro impacto en el desarrollo del talento humano en salud mental, integrando el conocimiento científico con la práctica clínica y el compromiso social.

Nuestro modelo institucional, reconocido a nivel nacional, se fundamenta en pilares estratégicos como la seguridad del paciente, la reducción del estigma, la inclusión social y la atención humanizada, garantizando servicios con alto rigor científico, ético y social.

En 2025 se evidenciaron avances significativos en desenlaces clínicos, gestión del riesgo, fortalecimiento de la investigación, responsabilidad social, eficiencia administrativa y optimización de recursos, lo que nos permite mantener una institución financieramente estable y sostenible. Entendemos la sostenibilidad de manera integral; por ello, continuamos implementando estrategias ambientales como el uso de energía solar, el cuidado del recurso hídrico y la preservación de la fauna y flora presentes en nuestras instalaciones, contribuyendo al bienestar y proceso de recuperación de nuestros pacientes.

Asimismo, fortalecimos nuestra capacidad instalada, ampliamos y descentralizamos servicios, y consolidamos estrategias de atención extramural y telemedicina, superando barreras geográficas y acercando la salud mental a las diferentes regiones del Valle del Cauca.

Los resultados alcanzados se reflejan en altos niveles de satisfacción de pacientes, familias, colaboradores y estudiantes, quienes evidencian cómo el sistema de mejoramiento continuo y el Sistema Único de Acreditación se traducen en acciones concretas que aportan valor a la atención y garantizan el derecho a la salud.

La acreditación en salud y la certificación en Sistemas Integrados de Gestión continúan siendo pilares de nuestra gestión, respaldados por un equipo humano altamente comprometido, que trabaja con vocación, excelencia y profundo sentido social.

## 2. PLATAFORMA ESTRATEGICA

### 2.1. MISIÓN

Brindar servicios integrales especializados en salud mental con excelencia que contribuyan al mejoramiento y calidad de vida de las personas, fomentando el desarrollo social mediante la innovación, sostenibilidad, gestión y generación de nuevos conocimientos.

### 2.2. VISIÓN

Para el año 2030 nos consolidaremos en Colombia y Latinoamérica como una institución líder en servicios integrales de salud mental, comprometidos con la excelencia e innovación en la gestión clínica, la seguridad del paciente y la atención centrada en la persona, aportando a la gestión del conocimiento como hospital universitario, con alto sentido de responsabilidad social y sostenibilidad.

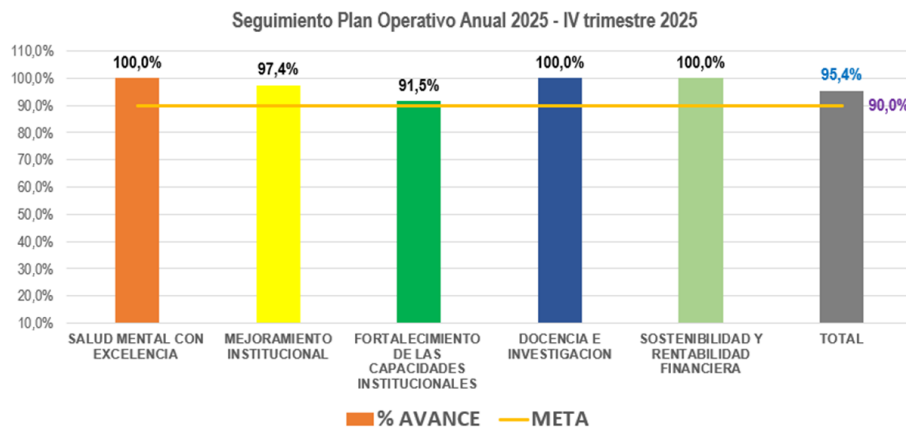
### 2.3. PROPOSITO SUPERIOR

**Comprometidos con la excelencia en salud**

### 2.4. CUMPLIMIENTO POA INSTITUCIONAL 2025

La gestión institucional se desarrolla en el marco de un Hospital Universitario acreditado en salud, con certificación en Sistemas de Gestión de Calidad, Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental, lo cual garantiza que los procesos asistenciales, administrativos y académicos se desarrollen bajo altos estándares de calidad, seguridad y responsabilidad social.

#### RESULTADO PLAN OPERATIVO ANUAL 2025



A continuación, se presentan los resultados por línea estratégica y resultado consolidado:

#### 2.4.1. Resultados por línea estratégica

#### **2.4.1.1. Salud Mental con Excelencia: Resultado: 100%**

Objetivo Estratégico: Brindar servicios integrales especializados de mediana y alta complejidad con excelencia, que contribuyan al mejoramiento y calidad de vida de las personas, mediante una atención humanizada, segura y centrada en el paciente, con enfoque de inclusión social y reducción del estigma asociado a la enfermedad mental.

El cumplimiento del 100% en esta línea estratégica evidencia un desempeño institucional altamente favorable y confirma la consolidación de un modelo integral de atención en salud mental basado en estándares de calidad, seguridad del paciente y humanización del servicio.

Durante la vigencia se fortalecieron los procesos asistenciales mediante la implementación y seguimiento de protocolos clínicos basados en evidencia, el monitoreo permanente de indicadores de calidad en la atención y la consolidación de estrategias orientadas a la seguridad del paciente. Estas acciones se desarrollaron en coherencia con los estándares establecidos en el Sistema Único de Acreditación en Salud, promoviendo la mejora continua de los procesos asistenciales.

El logro alcanzado también refleja el compromiso del talento humano institucional, cuya formación especializada y enfoque interdisciplinario permiten brindar una atención integral a los pacientes con trastornos mentales, abordando no solo la dimensión clínica, sino también los determinantes sociales asociados a la salud mental.

De igual manera, se avanzó en la consolidación de estrategias de atención centradas en la persona y su familia, promoviendo procesos terapéuticos orientados a la recuperación funcional, la reintegración social y la reducción del estigma asociado a los trastornos mentales.

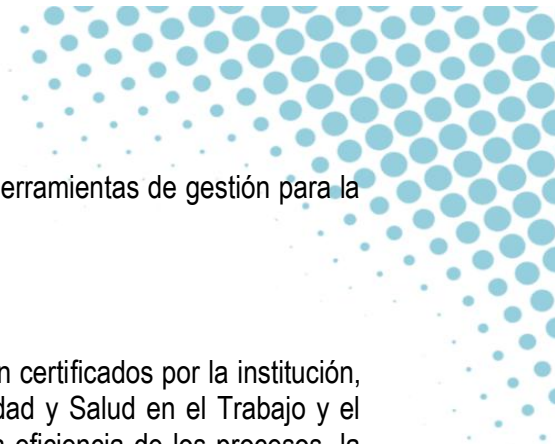
El resultado alcanzado fortalece el posicionamiento del Hospital como institución referente en la atención especializada en salud mental en el Valle del Cauca y el suroccidente colombiano, consolidando su rol dentro de la red pública de servicios de salud y contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población usuaria.

#### **2.4.1.2. Mejoramiento Institucional: Resultado: 97,4%**

Objetivo Estratégico: Fortalecer el modelo de mejoramiento institucional para incrementar el desempeño de los procesos organizacionales hacia el logro de metas de excelencia, promoviendo una transformación cultural orientada al mejoramiento continuo y a la prestación de servicios con altos estándares de calidad.

El resultado del 97,4% evidencia avances significativos en la consolidación del modelo de gestión institucional basado en la mejora continua, el fortalecimiento del control organizacional y la implementación efectiva del Sistema Integrado de Gestión.

Durante la vigencia se desarrollaron múltiples acciones orientadas al fortalecimiento de los procesos institucionales, incluyendo la actualización de procedimientos, la implementación de mecanismos de



seguimiento y evaluación de indicadores, y el fortalecimiento de las herramientas de gestión para la toma de decisiones estratégicas.

Particular relevancia tuvo el fortalecimiento de los sistemas de gestión certificados por la institución, entre ellos el Sistema de Gestión de Calidad, el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Ambiental, los cuales contribuyen a garantizar la eficiencia de los procesos, la seguridad del talento humano y el uso responsable de los recursos institucionales.

Asimismo, se fortalecieron las estrategias de gestión del riesgo institucional, auditoría interna y control organizacional, permitiendo identificar oportunidades de mejora y generar acciones correctivas y preventivas orientadas al fortalecimiento del desempeño institucional.

Estos avances contribuyen a consolidar una cultura organizacional orientada a la excelencia, la transparencia y la eficiencia, elementos fundamentales para el sostenimiento de la acreditación en salud y para el cumplimiento de los estándares regulatorios del sector.

### **2.4.1.3. Fortalecimiento de las Capacidades Institucionales: Resultado: 91,5%**

#### Objetivo Estratégico

Fortalecer el talento humano, la tecnología y la infraestructura institucional mediante procesos de modernización, mantenimiento y desarrollo de competencias que permitan garantizar condiciones óptimas para la prestación de servicios de salud con enfoque de responsabilidad social.

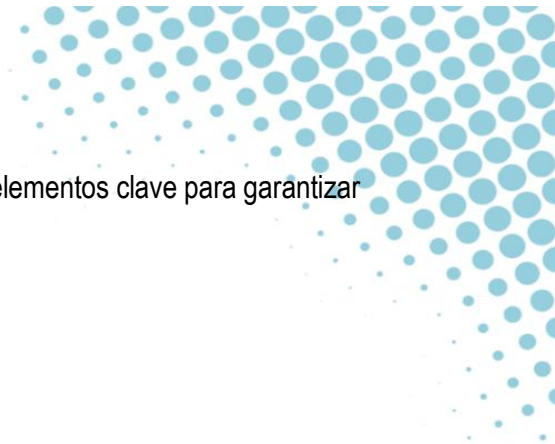
El cumplimiento del 91,5% permite evidenciar avances importantes en el fortalecimiento de las capacidades organizacionales requeridas para la prestación de servicios especializados en salud mental.

Durante la vigencia se desarrollaron acciones orientadas al fortalecimiento del talento humano mediante programas de capacitación, actualización y desarrollo de competencias técnicas y profesionales. Estas estrategias contribuyen a mejorar la calidad de la atención y a fortalecer las capacidades institucionales para responder a los retos del sistema de salud.

De igual manera, se avanzó en procesos de modernización tecnológica y fortalecimiento de la infraestructura institucional, mediante actividades de mantenimiento, adecuación de espacios asistenciales y optimización de recursos tecnológicos para la prestación de los servicios.

El fortalecimiento de estas capacidades institucionales permite mejorar la eficiencia operativa, garantizar condiciones adecuadas para la prestación de servicios seguros y de calidad, y fortalecer la capacidad del Hospital para ampliar su oferta de servicios y responder a la creciente demanda en salud mental.

No obstante, el análisis de resultados también identifica oportunidades para continuar fortaleciendo procesos estratégicos relacionados con la transformación digital, la innovación tecnológica y la



consolidación de modelos avanzados de gestión del talento humano, elementos clave para garantizar la sostenibilidad institucional en el mediano y largo plazo.

#### **2.4.1.4. Docencia e Investigación: Resultado: 100%**

##### Objetivo Estratégico

Contribuir a la formación del talento humano técnico, profesional y especializado en el área de la salud, así como generar nuevo conocimiento mediante la investigación clínica y social, con el propósito de mejorar los estándares de calidad en la atención y promover la apropiación social del conocimiento.

El cumplimiento del 100% ratifica el liderazgo institucional del Hospital en el desarrollo de actividades de docencia, formación e investigación, pilares fundamentales de su carácter de hospital universitario.

Durante la vigencia se fortalecieron los escenarios de práctica formativa para estudiantes de diferentes disciplinas de la salud, promoviendo procesos de formación basados en la calidad asistencial, la ética profesional y la atención centrada en la persona.

La institución continuó consolidando alianzas con universidades e instituciones académicas, fortaleciendo la formación de talento humano en salud mental y promoviendo el desarrollo de competencias clínicas, investigativas y humanísticas en los futuros profesionales del sector salud.

En materia de investigación, se promovió el desarrollo de proyectos orientados al análisis de problemáticas relevantes en salud mental, contribuyendo a la generación de conocimiento científico que fortalece los modelos de atención y orienta la toma de decisiones en salud pública.

Este resultado fortalece el posicionamiento del Hospital como centro académico y científico en salud mental, aportando al desarrollo del conocimiento, la innovación en los procesos de atención y la formación de profesionales comprometidos con el bienestar de la población.

#### **2.4.1.5. Sostenibilidad y Rentabilidad Financiera: Resultado: 100%**

##### Objetivo Estratégico

Mantener la sostenibilidad y rentabilidad financiera mediante el fortalecimiento de los ingresos por venta de servicios, el recaudo eficiente y la gestión responsable de los recursos institucionales.

El cumplimiento del 100% evidencia una gestión financiera sólida, orientada a garantizar la sostenibilidad institucional y la generación de valor público.

Durante la vigencia se fortalecieron los procesos de facturación, recaudo y gestión de cartera, permitiendo mejorar la eficiencia financiera y optimizar el flujo de recursos necesarios para el funcionamiento institucional.

Adicionalmente, se implementaron estrategias de control del gasto y optimización de recursos, orientadas a mejorar la eficiencia operativa y garantizar el uso responsable de los recursos públicos.

La solidez financiera alcanzada durante la vigencia permite fortalecer la capacidad institucional para realizar inversiones estratégicas en infraestructura, tecnología, talento humano y ampliación de servicios, garantizando la continuidad de la atención y el desarrollo institucional.

Este resultado refleja una gestión financiera responsable y transparente, alineada con los principios de sostenibilidad institucional y con las buenas prácticas de administración pública.

## **2.4.2. Resultado global del plan operativo anual**

### **Cumplimiento Global: 95,4%**

El resultado global del 95,4% evidencia una ejecución efectiva del Plan Operativo Anual, superando la meta institucional del 90% y reflejando una gestión estratégica sólida, orientada al logro de resultados con impacto social.

Este desempeño demuestra la capacidad institucional para articular de manera eficiente los procesos asistenciales, administrativos, académicos y financieros, garantizando la prestación de servicios especializados en salud mental con altos estándares de calidad.

Los resultados alcanzados contribuyen de manera directa al cumplimiento de la misión institucional, al fortalecer la prestación de servicios integrales en salud mental que mejoran la calidad de vida de las personas y promueven el desarrollo social.

De igual manera, el desempeño alcanzado fortalece el avance hacia la visión institucional al año 2030, posicionando al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle como una institución líder en servicios de salud mental, formación de talento humano y generación de conocimiento para el país y la región.

Los logros obtenidos durante la vigencia 2025 reflejan el compromiso del talento humano institucional, la solidez del modelo de gestión y la capacidad del Hospital para generar valor público, impacto social y desarrollo del conocimiento en salud mental, contribuyendo al bienestar de la población del Valle del Cauca y del suroccidente colombiano.

## **2.4.3. Contribución a las políticas públicas de salud mental**

La gestión institucional desarrollada durante la vigencia 2025 se articula de manera directa con las principales políticas públicas nacionales y territoriales orientadas a fortalecer la atención integral en salud mental, contribuyendo al desarrollo de un sistema de salud más equitativo, accesible y centrado en la persona.

En el marco de la Ley 1616 de 2013 – Ley de Salud Mental, el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E. consolida su rol como institución pública especializada responsable de

garantizar el acceso a servicios integrales de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental, aportando al cumplimiento del derecho fundamental a la salud.

De igual manera, la gestión institucional se encuentra alineada con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, particularmente en lo relacionado con el fortalecimiento de las acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención de trastornos mentales y la atención integral de las personas con problemas de salud mental.

Durante la vigencia evaluada, el Hospital contribuyó al fortalecimiento de la red pública de salud mental del departamento del Valle del Cauca mediante:

- La prestación de servicios especializados de mediana y alta complejidad en salud mental para la población del departamento y del suroccidente colombiano.
- El apoyo técnico y científico al desarrollo de estrategias territoriales orientadas a mejorar la atención en salud mental.
- La formación de talento humano especializado en salud mental a través de escenarios de docencia y práctica clínica.
- La generación de conocimiento mediante investigación clínica y social en salud mental.

Adicionalmente, el Hospital contribuye al desarrollo de la Política Nacional de Salud Mental mediante la implementación de modelos de atención centrados en la persona, con enfoque de derechos humanos, inclusión social y reducción del estigma asociado a los trastornos mentales.

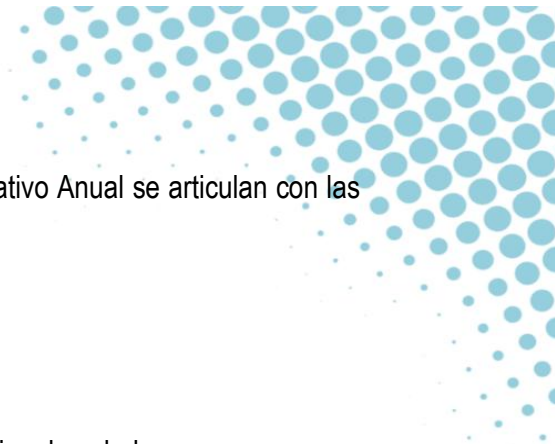
Estas acciones fortalecen la capacidad del sistema de salud para responder de manera integral a las necesidades de la población, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Desde el nivel territorial, la gestión institucional también se articula con las estrategias definidas en la Política Pública de Salud Mental del Valle del Cauca, contribuyendo al fortalecimiento de la red departamental de servicios, al desarrollo de capacidades institucionales y al mejoramiento de la atención en salud mental en la región.

En este contexto, el Hospital se posiciona como institución líder y referente técnico en salud mental en el departamento, aportando al fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud y al desarrollo de estrategias innovadoras orientadas a mejorar la atención y la inclusión social de las personas con trastornos mentales.

#### **2.4.4. Alineación con el plan de desarrollo departamental y los objetivos de desarrollo sostenible**

La gestión desarrollada por el Hospital durante la vigencia 2025 contribuye al cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Desarrollo Departamental del Valle del Cauca, particularmente en los componentes relacionados con el fortalecimiento del sistema de salud, el acceso a servicios especializados y la promoción del bienestar integral de la población.



Las acciones institucionales desarrolladas en el marco del Plan Operativo Anual se articulan con las estrategias departamentales orientadas a:

- Fortalecer la atención integral en salud mental.
- Mejorar el acceso a servicios especializados de salud.
- Promover la calidad y seguridad en la prestación de los servicios de salud.
- Consolidar redes integrales de atención que respondan a las necesidades de la población.

A través del desarrollo de sus líneas estratégicas, el Hospital aporta al fortalecimiento del sistema de salud del departamento, mejorando la capacidad de respuesta institucional frente a los desafíos asociados al incremento de las necesidades en salud mental.

De igual manera, la gestión institucional contribuye al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos por la Organización de las Naciones Unidas, particularmente en los siguientes objetivos:

- ODS 3. Salud y bienestar

El Hospital aporta de manera directa al cumplimiento de este objetivo mediante la prestación de servicios integrales especializados en salud mental, contribuyendo al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población.

Las acciones institucionales orientadas a la seguridad del paciente, la humanización de la atención y el fortalecimiento de los modelos de atención centrados en la persona permiten promover el bienestar integral de los pacientes y sus familias.

- ODS 4. Educación de calidad

En su condición de hospital universitario, la institución contribuye al fortalecimiento de la educación superior mediante la formación de estudiantes de diferentes disciplinas de la salud, quienes realizan prácticas académicas y clínicas en la institución.

Asimismo, el Hospital promueve procesos de investigación científica y generación de conocimiento en salud mental, contribuyendo al desarrollo académico y al fortalecimiento de las capacidades del sistema de salud.

- ODS 5. Igualdad de género

La gestión institucional promueve la igualdad de oportunidades y la no discriminación en el acceso a los servicios de salud, garantizando una atención equitativa para mujeres y hombres.

De igual manera, la institución promueve condiciones laborales equitativas para su talento humano, fortaleciendo la participación y el liderazgo de las mujeres en los procesos institucionales.

- ODS 6. Agua limpia y saneamiento

El Hospital implementa acciones orientadas al uso eficiente y responsable del recurso hídrico, así como al manejo adecuado de los sistemas de saneamiento y control sanitario.

Estas acciones se desarrollan en el marco del Sistema de Gestión Ambiental, garantizando el cumplimiento de las normas ambientales y promoviendo prácticas sostenibles en el uso de los recursos naturales.

- ODS 7. Energía asequible y no contaminante

La institución promueve el uso eficiente de la energía mediante la implementación de medidas de ahorro energético, el mantenimiento adecuado de los equipos e infraestructura y la adopción de prácticas institucionales orientadas a la eficiencia energética.

Estas acciones contribuyen a reducir el impacto ambiental de las operaciones institucionales y a fortalecer la sostenibilidad organizacional.

- ODS 8. Trabajo decente y crecimiento económico

El Hospital promueve condiciones de trabajo seguras, dignas y saludables para su talento humano mediante la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Asimismo, la institución contribuye al desarrollo económico regional mediante la generación de empleo, la contratación de servicios y el fortalecimiento del talento humano del sector salud.

- ODS 9. Industria, innovación e infraestructura

La gestión institucional promueve procesos de modernización tecnológica, fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria e implementación de innovaciones orientadas a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud.

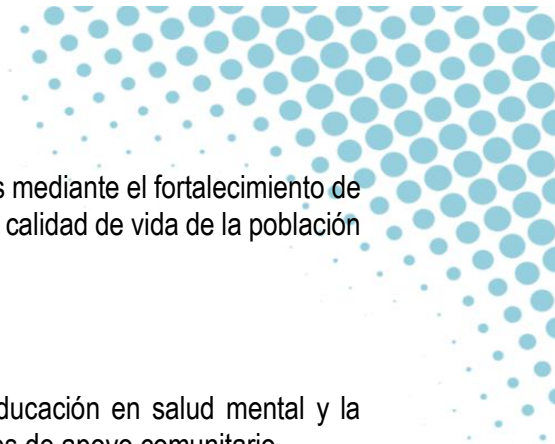
Estas acciones contribuyen a fortalecer la capacidad institucional para responder a las necesidades de la población y a promover modelos de atención más eficientes e innovadores.

- ODS 10. Reducción de las desigualdades

El Hospital contribuye a reducir las desigualdades en el acceso a servicios de salud mental mediante la prestación de servicios especializados para la población del Valle del Cauca y del suroccidente colombiano.

La institución garantiza atención sin discriminación, promoviendo el acceso equitativo a servicios de salud para poblaciones vulnerables y grupos en condición de riesgo.

- ODS 11. Ciudades y comunidades sostenibles



La gestión institucional contribuye al bienestar de las comunidades mediante el fortalecimiento de los servicios de salud mental, lo cual tiene un impacto directo en la calidad de vida de la población y en el desarrollo social del territorio.

El Hospital también promueve la participación comunitaria, la educación en salud mental y la articulación con actores territoriales para el fortalecimiento de redes de apoyo comunitario.

- ODS 12. Producción y consumo responsables

La institución implementa prácticas orientadas al uso responsable de los recursos institucionales, la gestión eficiente de insumos y la adecuada disposición de residuos hospitalarios.

Estas acciones se desarrollan en el marco del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS) y del Sistema de Gestión Ambiental.

- ODS 13. Acción por el clima

El Hospital promueve acciones orientadas a la reducción del impacto ambiental de sus operaciones, incluyendo estrategias de ahorro de energía, manejo adecuado de residuos y uso eficiente de los recursos naturales.

Estas medidas contribuyen a mitigar los impactos asociados al cambio climático y a promover prácticas institucionales sostenibles.

- ODS 16. Paz, justicia e instituciones sólidas

El Hospital fortalece la transparencia, la participación ciudadana y la rendición de cuentas, promoviendo una gestión pública responsable y orientada al valor público.

Asimismo, se fortalecen los mecanismos de control institucional, la gestión ética y la lucha contra la corrupción.

#### **2.4.5. Aporte estratégico al desarrollo regional**

La articulación de las acciones institucionales con las políticas públicas, los planes de desarrollo territorial y los objetivos de desarrollo sostenible permite consolidar al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle como un actor estratégico en el fortalecimiento del sistema de salud del departamento y del país.

La gestión desarrollada durante la vigencia 2025 demuestra la capacidad institucional para generar impacto social, desarrollo del conocimiento y sostenibilidad organizacional, contribuyendo al bienestar de la población y al fortalecimiento de la atención en salud mental en el Valle del Cauca y el suroccidente colombiano.

### **2.4.5.1. Impacto social y valor público generado**

La gestión desarrollada por el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E. durante la vigencia 2025 permitió consolidar resultados que trascienden el cumplimiento de metas institucionales y se traducen en impactos positivos en la salud, el bienestar y el desarrollo social de la población.

Como institución pública especializada en salud mental, el Hospital genera valor público mediante la prestación de servicios integrales de salud, la formación de talento humano, la producción de conocimiento científico y la implementación de modelos de gestión basados en la excelencia, la humanización y la sostenibilidad.

### **2.4.5.2. Fortalecimiento del acceso a servicios especializados en salud mental**

Uno de los principales impactos de la gestión institucional consiste en el fortalecimiento del acceso a servicios especializados en salud mental para la población del Valle del Cauca y del suroccidente colombiano.

A través de la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, el Hospital contribuye a reducir las brechas de acceso a la atención especializada en salud mental, garantizando procesos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que permiten mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de los pacientes.

La consolidación del modelo de atención integral en salud mental permite abordar de manera multidisciplinaria las necesidades de los usuarios, promoviendo la recuperación funcional, la reintegración social y la continuidad del tratamiento.

### **2.4.5.3. Contribución al bienestar de los pacientes y sus familias**

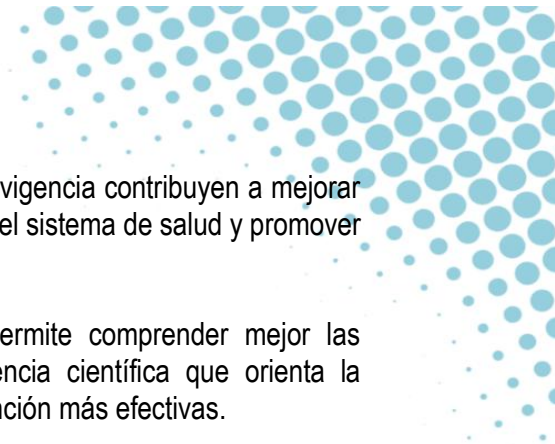
La atención brindada por el Hospital tiene un impacto directo en el bienestar de los pacientes y sus familias, al ofrecer servicios especializados que permiten mejorar la estabilidad clínica, fortalecer los procesos terapéuticos y promover la recuperación psicosocial.

El enfoque de atención centrado en la persona, basado en principios de humanización y respeto por la dignidad de los pacientes, contribuye a fortalecer la confianza en los servicios de salud mental y a mejorar la experiencia de atención de los usuarios.

Asimismo, la institución desarrolla estrategias orientadas a la educación en salud mental y al acompañamiento de las familias, reconociendo su papel fundamental en los procesos de recuperación y reintegración social de los pacientes.

### **2.4.5.4. Generación de conocimiento en salud mental**

En su condición de hospital universitario, el Hospital cumple un papel fundamental en la generación de conocimiento científico y en el fortalecimiento de la formación del talento humano en salud.



Las actividades de docencia e investigación desarrolladas durante la vigencia contribuyen a mejorar los modelos de atención en salud mental, fortalecer las capacidades del sistema de salud y promover la apropiación social del conocimiento.

La investigación clínica y social desarrollada por la institución permite comprender mejor las problemáticas relacionadas con la salud mental, generando evidencia científica que orienta la formulación de políticas públicas y el diseño de estrategias de intervención más efectivas.

#### **2.4.5.5. Fortalecimiento del talento humano en salud**

El Hospital contribuye al desarrollo del talento humano del sector salud mediante la formación de estudiantes de diferentes disciplinas, quienes encuentran en la institución un escenario de aprendizaje basado en la práctica clínica, la ética profesional y la atención centrada en el paciente.

La formación de profesionales en salud mental contribuye a fortalecer las capacidades del sistema de salud y a mejorar la calidad de los servicios prestados a la población.

Este proceso formativo, además de fortalecer las competencias técnicas de los futuros profesionales, promueve valores asociados a la humanización de la atención, el respeto por la dignidad humana y el compromiso con el bienestar social.

#### **2.4.5.6. Aporte al desarrollo institucional del sistema de salud**

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle desempeña un papel estratégico dentro del sistema de salud regional, contribuyendo al fortalecimiento de la red pública de atención en salud mental.

Su capacidad técnica, científica y asistencial permite apoyar el desarrollo de estrategias orientadas a mejorar la atención en salud mental en el departamento, fortaleciendo la articulación entre los diferentes niveles de atención y promoviendo modelos integrales de atención.

De esta manera, la institución contribuye a consolidar un sistema de salud más eficiente, equitativo y orientado a responder a las necesidades de la población.

### **REFLEXIÓN FINAL DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL**

Los resultados obtenidos durante la vigencia 2025 reflejan el compromiso del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle con la excelencia en la prestación de servicios de salud mental, la generación de conocimiento y la sostenibilidad institucional.

El cumplimiento del 95,4% del Plan Operativo Anual evidencia una gestión estratégica sólida, orientada al logro de resultados con impacto social y alineada con los principios de calidad, seguridad del paciente, humanización y responsabilidad social.

Este desempeño fortalece el avance hacia la consolidación de la visión institucional al año 2030, posicionando al Hospital como una institución líder en la atención integral en salud mental, la formación de talento humano y la generación de conocimiento para el país y la región.

La gestión desarrollada demuestra la capacidad institucional para generar valor público, bienestar social y desarrollo del conocimiento en salud mental, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población del Valle del Cauca y del suroccidente colombiano.

### 3. INFORME DE GESTION VIGENCIA 2025 - PLAN DE DESARROLLO 2024 - 2028

#### 3.1. LINEAS ESTRATEGICAS

A continuación, se presenta el informe de gestión de la vigencia 2024, por cada una de las líneas estratégicas del Plan de Desarrollo Institucional 2024 - 2028 denominado “Comprometidos con la excelencia en salud”, con una descripción detallada de sus objetivos, programas y subprogramas. Estas líneas han sido definidas tras concluir la fase de análisis y diagnóstico institucional, conservando la esencia de las 5 líneas estratégicas, lo que posibilita mantener la continuidad y fortalecer los componentes detallados.



#### 3.1.1. LÍNEA ESTRATÉGICA 1. SALUD MENTAL CON EXCELENCIA

Objetivo Estratégico: Brindar Servicios integrales especializados de mediana y alta complejidad con excelencia, que contribuyan al mejoramiento y calidad de vida de las personas, a través de una atención humanizada, con enfoque a la inclusión social y reducción del estigma, que permita brindar soluciones a las necesidades de los pacientes con patología mental.

##### 3.1.1.1. PROGRAMA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

###### Modelo de Atención Integral

El modelo de atención integral en salud mental es la estrategia que permite la operativización de la política de prestación de servicios de salud de la institución. Como mecanismos de evaluación y monitoreo a la implementación del modelo, se cuenta con un sistema de indicadores de proceso y resultado que dan cuenta de las condiciones de producción de servicios, así como de la gestión y desenlace clínico en cada servicio. Además, se cuenta con rutas y ciclos de atención, en los que se definen los mecanismos de acceso, seguimiento y egreso de cada proceso asistencial.

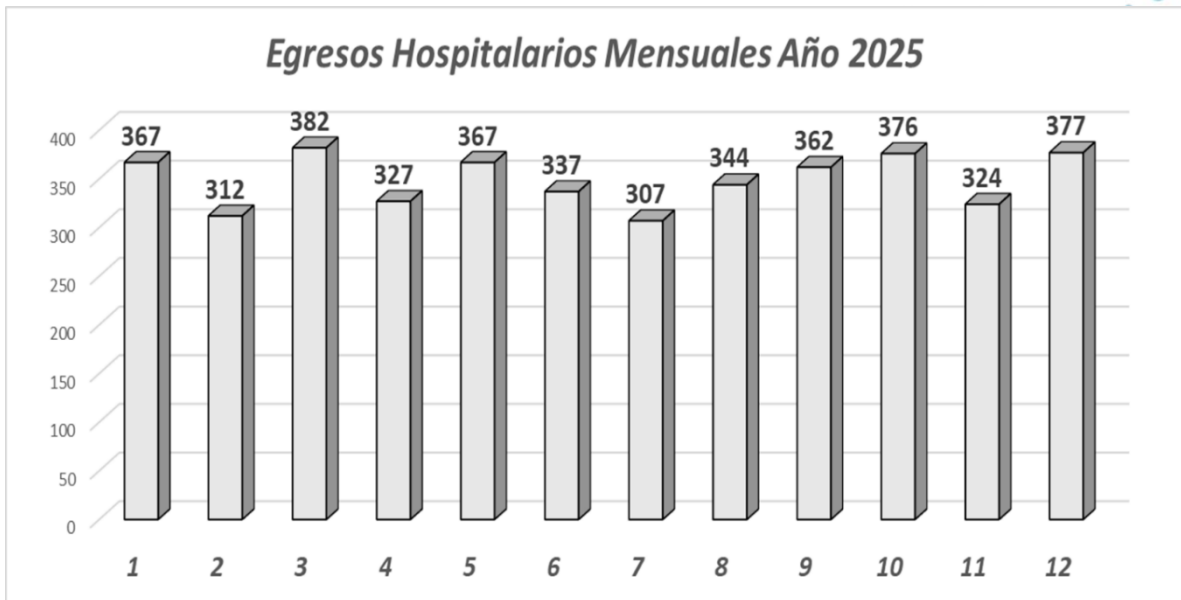
A continuación, se relacionan los indicadores correspondientes a la vigencia 2025, comparativo con vigencias anteriores:

### Indicadores de Gestión Hospitalaria:

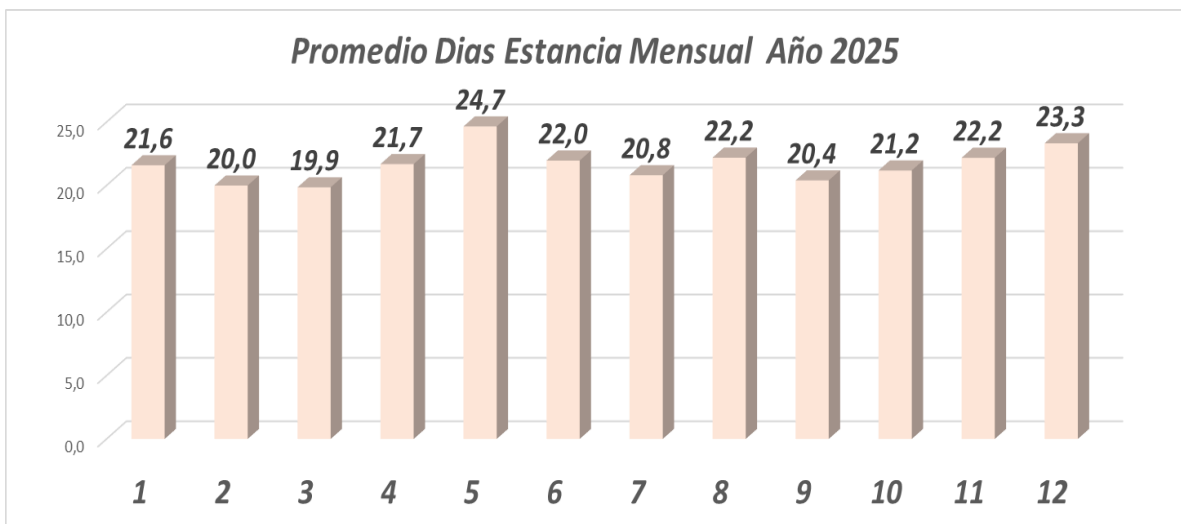
INDICADORES	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	TOTAL
CAMAS HOSPITALARIAS DISP.	266	266	266	262	262	263	263	266	263	263	263	264	3.167
EGRESOS	<b>367</b>	<b>312</b>	<b>382</b>	<b>327</b>	<b>367</b>	<b>337</b>	<b>307</b>	<b>344</b>	<b>362</b>	<b>376</b>	<b>324</b>	<b>377</b>	<b>4.182</b>
DIAS CAMAS DISPONIBLES	8.181	<b>7.414</b>	8.199	8.116	8.199	7.905	8.138	8.243	7.883	8.153	7.889	8.178	96.498
<b>DIAS CAMAS OCUPADAS</b>	<b>7.944</b>	<b>7.514</b>	<b>8.080</b>	<b>7.740</b>	<b>8.172</b>	<b>7.714</b>	<b>8.028</b>	<b>8.212</b>	<b>7.868</b>	<b>8.188</b>	<b>7.857</b>	<b>7.951</b>	<b>95.268</b>
DIAS ESTANCIA EGRESOS	<b>7.924</b>	<b>6.238</b>	<b>7.583</b>	<b>7.091</b>	<b>9.048</b>	<b>7.402</b>	<b>6.387</b>	<b>7.634</b>	<b>7.384</b>	<b>7.964</b>	<b>7.187</b>	<b>8.794</b>	<b>90.636</b>
PROMEDIO DE DIAS ESTANCIA	<b>21,6</b>	<b>20,0</b>	<b>19,9</b>	<b>21,7</b>	<b>24,7</b>	<b>22,0</b>	<b>20,8</b>	<b>22,2</b>	<b>20,4</b>	<b>21,2</b>	<b>22,2</b>	<b>23,3</b>	<b>21,7</b>
PORCENTAJE OCUPACIÓN	<b>97%</b>	<b>100%</b>	<b>99%</b>	<b>95%</b>	<b>100%</b>	<b>98%</b>	<b>99%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>97%</b>	<b>99%</b>
GIRO CAMA MES	<b>1,4</b>	<b>1,2</b>	<b>1,4</b>	<b>1,2</b>	<b>1,4</b>	<b>1,3</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,2</b>	<b>1,4</b>	<b>1,3</b>
TERAPIA OCUPACIONAL SESIONES	7.813	6.216	7.256	7.658	7.676	7.918	11.388	9.210	7.650	8.816	6.772	10.930	99.303
LABORATORIO CLINICO	4.039	4.404	3.468	3.159	3.661	3.438	6.620	4.745	4.140	4.440	3.336	5.803	51.253
AMBULANCIA	-	8	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
TECAR	48	59	52	33	41	46	25	43	49	93	33	78	600
TERRAPIA FISICA INTEGRAL	104	158	153	117	99	94	116	71	101	101	103	128	1.345
Camas * días mes	8.246	7.714	8.246	7.860	8.122	7.890	8.153	8.246	7.890	8.153	7.890	7.920	95.010
<b>Consultas Externas Atendidas</b>	<b>2.005</b>	<b>2.576</b>	<b>2.606</b>	<b>2.584</b>	<b>2.513</b>	<b>2.398</b>	<b>2.794</b>	<b>2.129</b>	<b>2.782</b>	<b>2.545</b>	<b>2.162</b>	<b>2.413</b>	<b>29.507</b>
<b>URGENCIAS</b>	<b>774</b>	<b>770</b>	<b>765</b>	<b>740</b>	<b>878</b>	<b>774</b>	<b>960</b>	<b>915</b>	<b>989</b>	<b>1.234</b>	<b>896</b>	<b>881</b>	<b>10.576</b>
<b>DIAS PACIENTE EN EL HOSP</b>	<b>10.520</b>	<b>10.090</b>	<b>10.686</b>	<b>10.324</b>	<b>10.685</b>	<b>10.112</b>	<b>10.822</b>	<b>10.341</b>	<b>10.650</b>	<b>10.733</b>	<b>10.019</b>	<b>10.364</b>	<b>125.346</b>

Fuente: Oficina de Estadística HDPUV

El comportamiento de los indicadores de producción hospitalaria evidencia el cumplimiento en de la meta de producción de eventos hospitalarios mensuales, establecida en 300 para la vigencia 2025. En tal sentido, se evidencia que durante todos los meses se superó la meta, resultando en 4182 eventos hospitalarios prestados durante la vigencia motivo de análisis, superando por 703 eventos al total obtenido en la vigencia 2024. Por otra parte, el comportamiento del indicador de días promedio de estancia hospitalaria, la vigencia 2025 cerró con 21.2 días, resultado similar al obtenido en vigencias anteriores. Por otra parte, se destaca que, aunque se tuvo un incremento importante en el número de egresos, el comportamiento del número de ayudas diagnósticas, como laboratorio clínico, se mantuvo relativamente estable, con un total de 42.114, siendo el resultado similar al del año 2024, cuyo cierre reportó 41.770. En este contexto, es relevante la tendencia a la contención y al uso racional de estos recursos, de acuerdo con lo establecido con los protocolos y guías de práctica clínica de la institución.

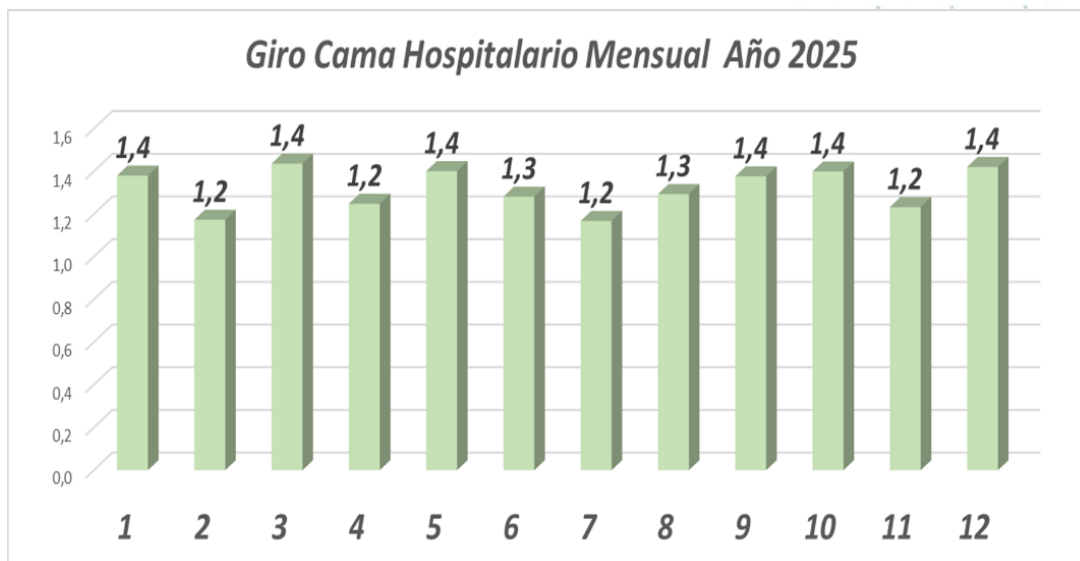


Fuente: Oficina de Estadística HDPUV



Fuente: Oficina de Estadística HDPUV

De manera articulada, el indicador de giro cama mostró un comportamiento similar al de la vigencia anterior, cerrando con 1,3 acumulado, evidenciando congruencia con el indicador de estancia promedio.



Fuente: Oficina de Estadística HDPUV

Al analizar el comportamiento de los eventos hospitalarios (egresos) de acuerdo con el régimen de aseguramiento, durante la vigencia 2025, se evidencia un 68% de servicios prestados al régimen subsidiado, 21% al contributivo y 11% a regímenes especiales, guardando similitud con vigencias anteriores.

EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN EAPB Y REGIMEN DE AFILIACIÓN AL SGSSS						
EAPB	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	TOTAL	%	% Acum
EMSSANAR E.P.S. S.A.S.	1.846	80	-	1.926	46%	46%
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	517	528	-	1.045	25%	71%
ASMET SALUD EPS-S S.A.S.	349	6	15	370	9%	80%
EPS SANITAS S.A.S	25	102	228	355	8%	88%
SALUD TOTAL S A ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	37	85	5	127	3%	91%
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	33		89	122	3%	94%
COSMITET LTDA		1	32	33	1%	95%
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - S.O.S. S.A.	3	25	4	32	1%	96%
EPS SURA	10	16	2	28	1%	97%
PARTICULARES			24	24	1%	97%
OTROS	39	23	58	120	3%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>2.859</b>	<b>866</b>	<b>457</b>	<b>4.182</b>	<b>100%</b>	
	<b>68%</b>	<b>21%</b>	<b>11%</b>	<b>100%</b>		

Fuente: Oficina de Estadística HDPUV

Al comparar el comportamiento de los indicadores con respecto a las últimas 5 vigencias, se destaca el en el número de egresos hospitalarios y el comportamiento de la ocupación hospitalaria, superando el porcentaje de años anteriores, debido a la alta demanda del servicio.

## INDICADORES HOSPITALARIOS ANUALMENTE

INDICADORES HOSPITALARIOS	AÑO						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CAMAS HOSPITALARIAS	216	209	207	240	261	270	264
EGRESOS	2.563	2.406	2.318	3.000	3.385	3.479	4182
DIAS CAMAS DISPONIBLES	65.734	63.427	63.152	72.960	79.490	82.157	80.466
DIAS CAMAS OCUPADAS	63.278	57.177	57.532	70.158	75.272	78.489	78.738
DIAS ESTANCIA EGRESOS	57239	60.419	61.779	64.755	72.166	73.000	73.645
PROMEDIO DE ESTANCIA	<b>22,3</b>	<b>25,1</b>	<b>26,7</b>	<b>21,6</b>	<b>21,3</b>	<b>21,0</b>	<b>21,2</b>
PORCENTAJE OCUPACION	<b>96%</b>	<b>90%</b>	<b>91%</b>	<b>96%</b>	<b>95%</b>	<b>96%</b>	<b>98%</b>
GIRO CAMA MENSUAL	<b>1,2</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>
TERAPIA OCUPACIONAL SESIONES	57.442	74.425	55.201	82.608	77.438	87.338	81.601
LABORATORIO	26.255	42.034	33.506	36.537	53.974	41.770	42.114
TCAR		408	348	402	639	499	489
AMBULANCIA	243	167	382	123	45	34	11

*Fuente: Oficina de Estadística HDPUV*



*Fuente: Oficina de Estadística HDPUV*

Con relación al promedio de estancia hospitalaria en días, no se registró variación significativa con respecto a las últimas 3 vigencias, cerrando con 21,2 días para el año 2025.



Fuente: Oficina de Estadística HDPUV

En materia de morbilidad para la vigencia 2025, en el servicio de hospitalización no se observó variación significativa con respecto a las dos últimas vigencias, situándose como primera causa de consulta la Esquizofrenia Indiferenciada, seguida por el Trastorno Afectivo Bipolar, los Trastornos Mentales y del comportamiento secundarios al consumo de sustancias psicoactivas y el episodio depresivo grave. La estabilidad en el comportamiento de la morbilidad obedece al nivel de complejidad de la institución, pues la mayor demanda de atención intrahospitalaria en Psiquiatría se concentra en lo definido como Trastornos Mentales Graves, como los descritos anteriormente.

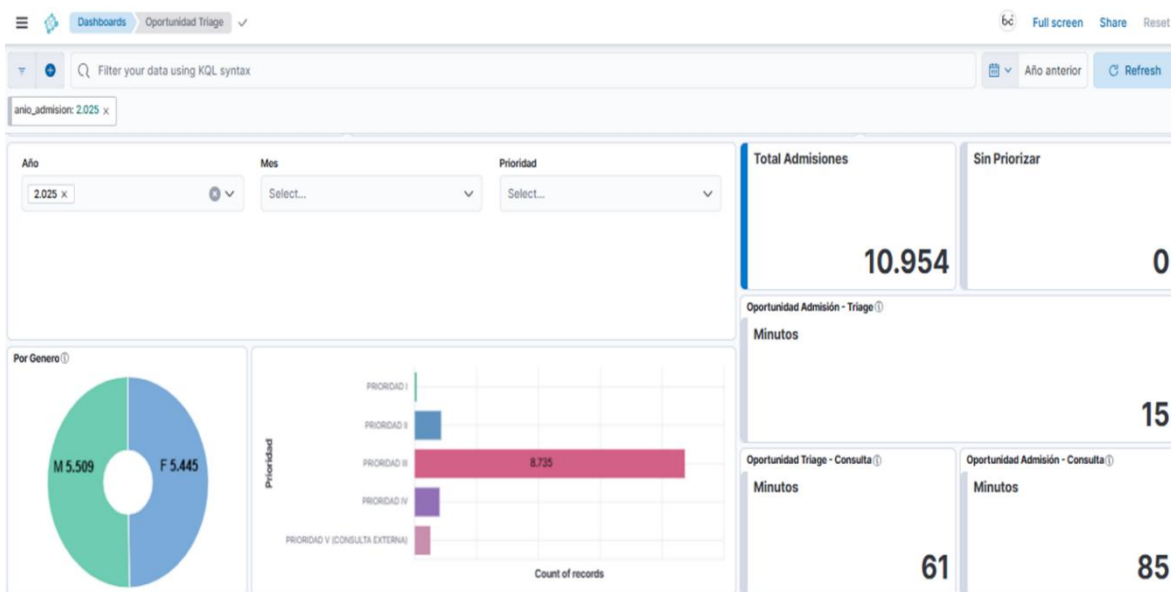
DIAGNÓSTICO	Cantidad	%	% Acum
ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	439	10%	10%
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS	394	9%	20%
ESQUIZOFRENIA NO ESPECIFICADA	376	9%	29%
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR NO ESPECIFICADO	277	7%	36%
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO NO ESPECIFICADO	251	6%	42%
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE O	195	5%	46%
EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	168	4%	50%
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE O	113	3%	53%
RETRASO MENTAL MODERADO DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO QUE REQUIERE ATENCIO	111	3%	56%
EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO	89	2%	58%
TRASTORNO PSICOTICO AGUDO POLIMORFO CON SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA	83	2%	60%
EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS	75	2%	61%
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	74	2%	63%
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	73	2%	65%
TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA	71	2%	67%
OTRAS CAUSAS	1393	33%	
Total general	4182	100%	100%

Fuente: Oficina de Estadística HDPUV

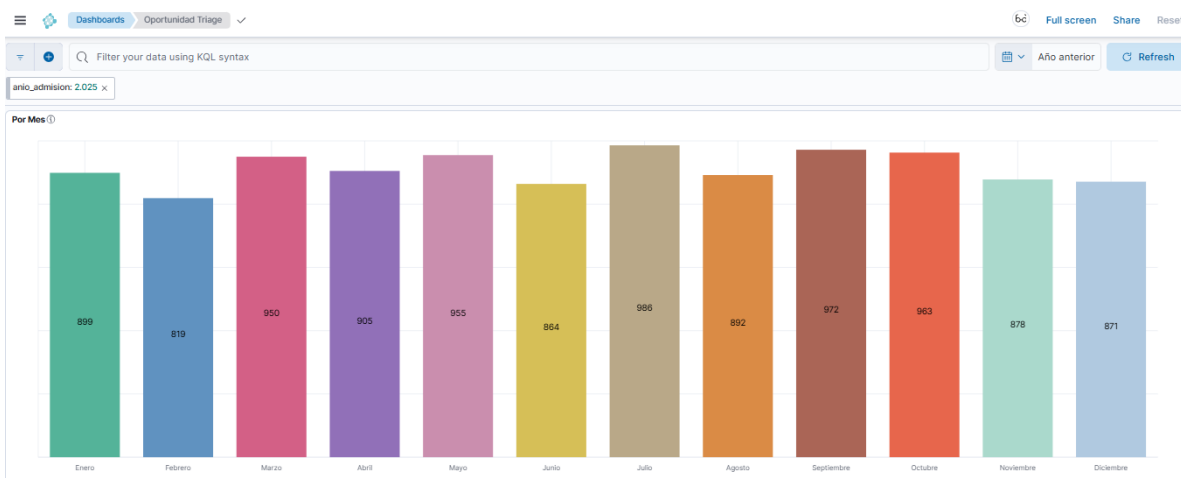
### Indicadores de Urgencias:

El comportamiento de la consulta de urgencias, tanto por Medicina General, como Especializada en Psiquiatría, no ha tenido variaciones significativas con respecto a vigencias anteriores, destacando que el servicio de urgencias de la institución es el único que presta atención especializada en Psiquiatría las 24 horas del día, los 365 días del año en el departamento del Valle del Cauca y zonas de influencia del suroccidente colombiano, como el departamento del Cauca, Nariño y Putumayo.

Al analizar el comportamiento del número de atenciones de consulta especializada en Psiquiatría en el ámbito de urgencias, se realizaron en total 10.954, manteniendo un promedio de 912 consultas/mes, evidenciando un ligero descenso con respecto a la vigencia 2024, pero con poca significancia estadística.

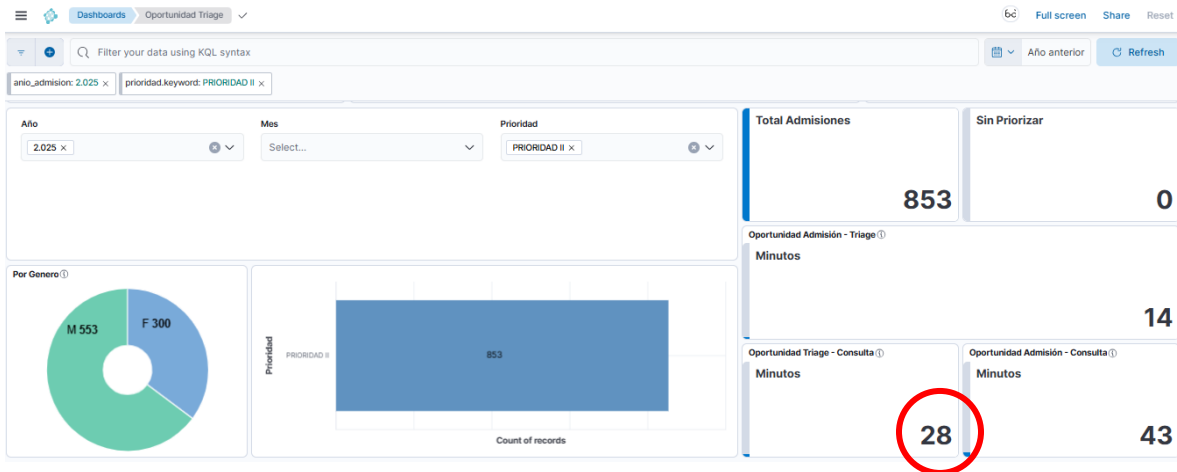


Fuente: <https://saga.reddataware.com/s/psiquiatrico-tacticos/app/dashboards#/view/87a01585-1c1a-450a-8ec5-3195fb5c65b6? g=h@abbb90a>



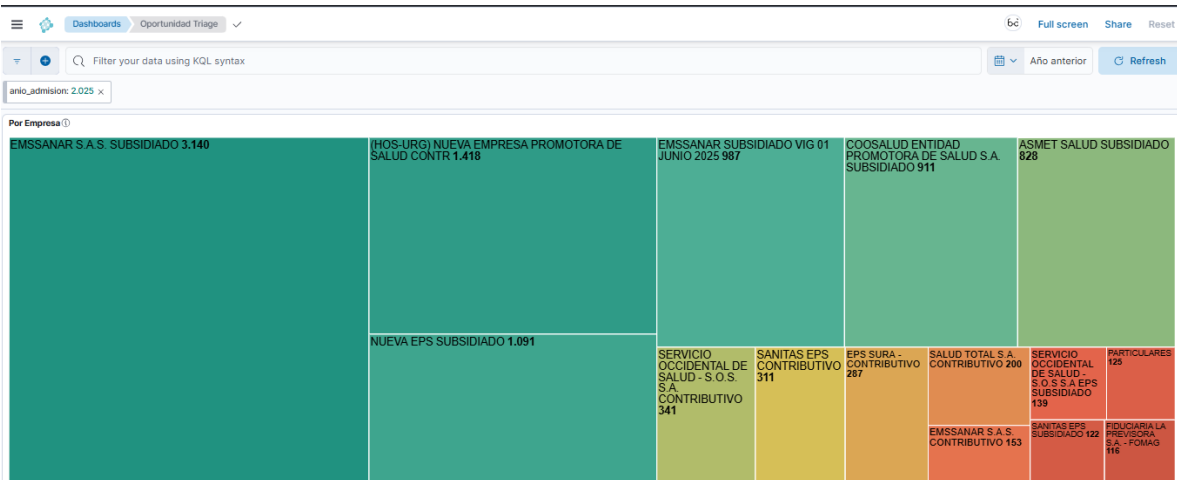
Fuente: <https://saga.reddataware.com/s/psiquiatrico-tacticos/app/dashboards#/view/87a01585-1c1a-450a-8ec5-3195fb5c65b6? g=h@abbb90a>

En relación con los indicadores contenidos en la Resolución 408 de 2018, se encuentra un promedio de atención de urgencias clasificadas como triage 2 dentro de los tiempos establecidos normativamente, cerrando con un promedio de 28 minutos.



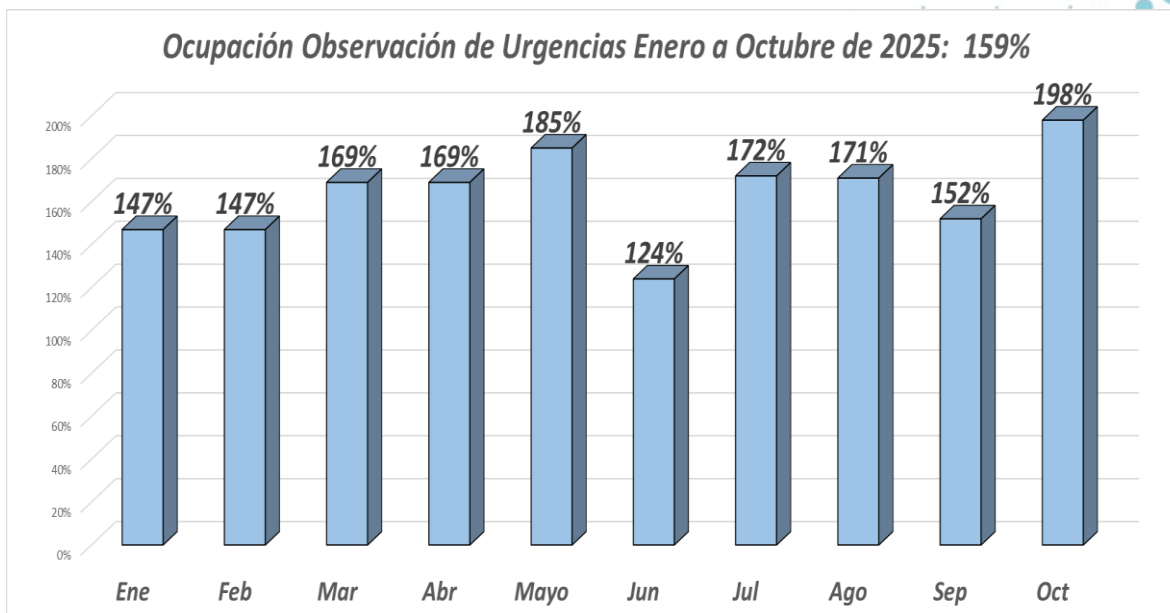
Fuente: [https://saga.reddataware.com/s/psiquiatrico-tacticos/app/dashboards#/view/87a01585-1c1a-450a-8ec5-3195fb5c65b6?\\_q=h@abbb90a](https://saga.reddataware.com/s/psiquiatrico-tacticos/app/dashboards#/view/87a01585-1c1a-450a-8ec5-3195fb5c65b6?_q=h@abbb90a)

Al analizar el comportamiento de la consulta de urgencias por asegurador, Emssanar EPS tiene la mayor participación con un total de 4127 (totalizando régimen subsidiado y contributivo) atenciones en el año, seguido por Nueva EPS con 2509 (totalizando régimen subsidiado y contributivo), Coosalud EPS con 911 y Asmetsalud con 828.



Fuente: [https://saga.reddataware.com/s/psiquiatrico-tacticos/app/dashboards#/view/87a01585-1c1a-450a-8ec5-3195fb5c65b6?\\_q=h@abbb90a](https://saga.reddataware.com/s/psiquiatrico-tacticos/app/dashboards#/view/87a01585-1c1a-450a-8ec5-3195fb5c65b6?_q=h@abbb90a)

El indicador de porcentaje de ocupación durante la vigencia 2025 tuvo un comportamiento variable, pero se destaca que, aunque continúa superando el 100%, la desviación del indicador es significativamente menor a la evidenciada en vigencias anteriores, producto de las medidas que se han implementado desde el Comité Hospitalario para Emergencias y la gestión clínica en torno a la mejoría del giro cama y la disponibilidad de áreas de expansión.



fuente: Oficina de Estadística HDPUV

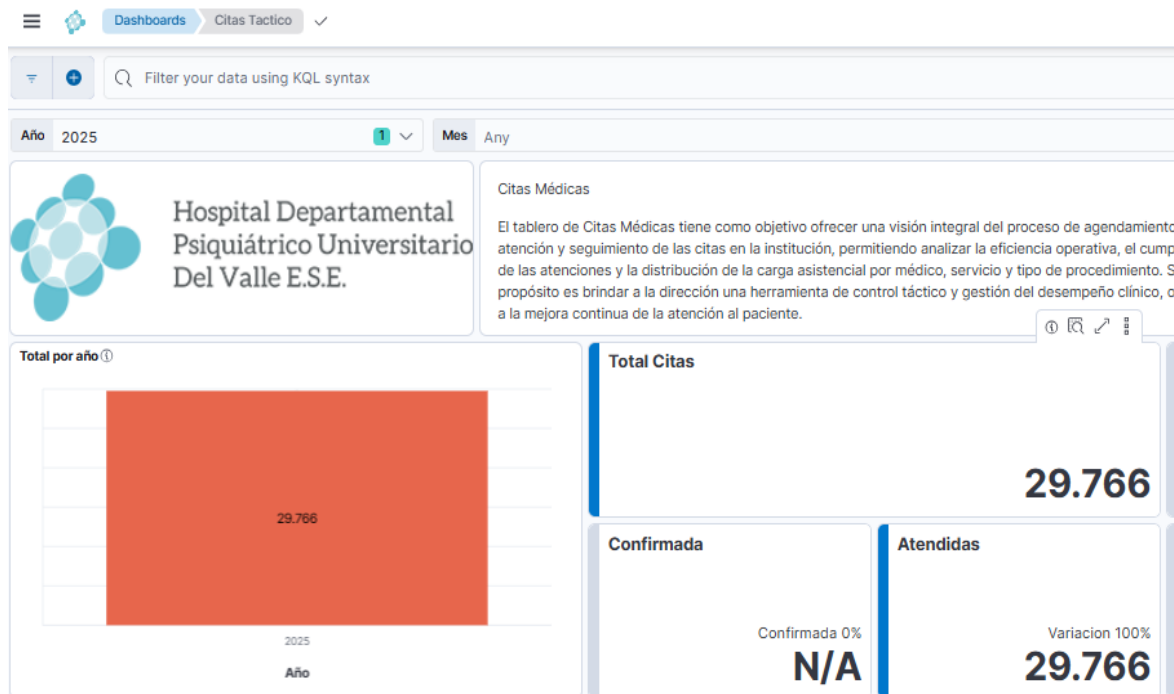
Finalmente, la morbilidad del servicio de urgencias durante la vigencia 2025 no mostró variación significativa en las primeras causas de consulta con respecto a la vigencia 2024, situando el Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión como primera causa de consulta (desde el año 202), en segundo diagnóstico en la morbilidad del servicio fue la Esquizofrenia, seguido por el Trastorno Afectivo Bipolar y el episodio depresivo moderado.

Orden	CAUSA DE ATENCIÓN	Cantidad	%	% Acum
1	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	719	7%	7%
2	ESQUIZOFRENIA NO ESPECIFICADA	583	6%	13%
3	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	498	5%	17%
4	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR NO ESPECIFICADO	449	4%	22%
5	TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	430	4%	26%
6	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	426	4%	30%
7	TRASTORNOS DE ADAPTACION	384	4%	34%
8	DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SINDROME DE	322	3%	37%
9	DEMENCIA NO ESPECIFICADA	309	3%	40%
10	TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO NO ESPECIFICADO	228	2%	42%
11	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	221	2%	44%
12	TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES NO ESPECIFICADO	208	2%	46%
13	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS	205	2%	48%
14	COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO	195	2%	50%
15	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	179	2%	52%
16	DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS TRASTORNO	176	2%	54%
17	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EPISODIO MODERADO PRESENTE	133	1%	55%
18	TRASTORNO DE LA CONDUCTA NO ESPECIFICADO	124	1%	56%
19	EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO	120	1%	57%
20	OTRAS EPILEPSIAS	117	1%	59%
21	<b>OTRAS CAUSAS</b>	<b>4.264</b>	<b>41%</b>	<b>100%</b>
	<b>TOTAL CAUSAS</b>	<b>10.291</b>	<b>100%</b>	

fuente: Oficina de Estadística HDPUV

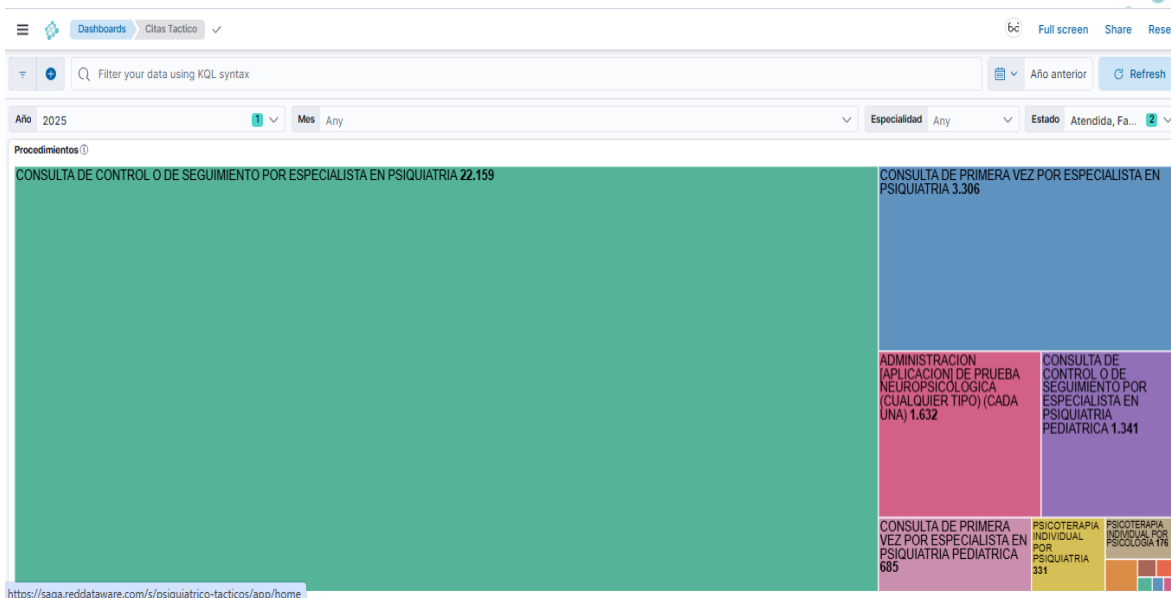
## Indicadores de consulta externa:

En el área de consulta externa se destaca el crecimiento en el número de atenciones, dando respuesta a la demanda creciente del servicio, con un incremento sostenido desde el último trimestre del año 2024, manteniendo el mismo comportamiento para la vigencia 2025. Se realizó un total de 29766 atenciones especializadas, con un promedio mensual de 2500 consultas, superando la meta de 2000 consultas, establecida para la vigencia.



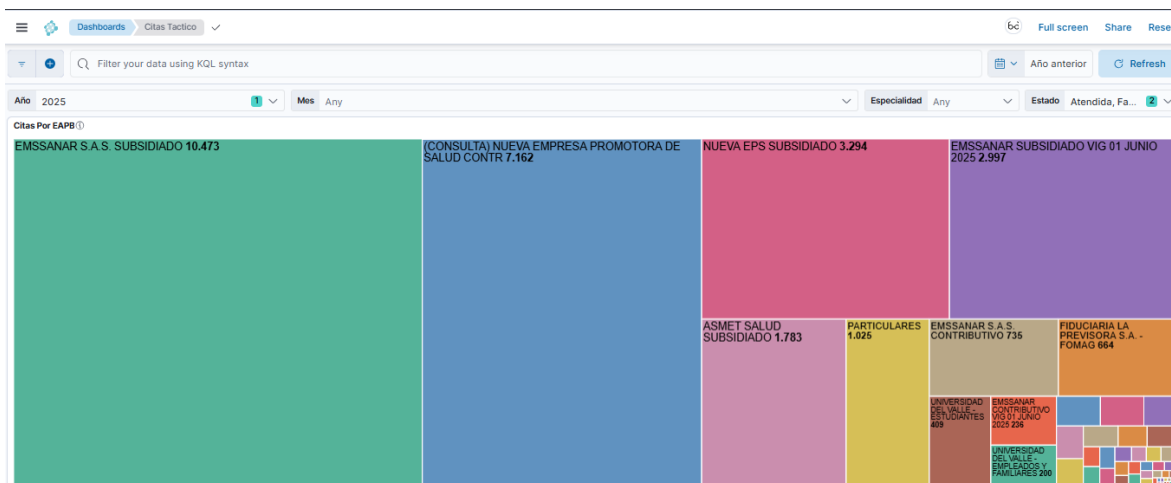
Fuente: [https://saga.reddataware.com/s/psiquiatrico-tacticos/app/dashboards#/view/3ecc7e58-a2ea-4354-85c6-6d3652250277?\\_q=h@188956b](https://saga.reddataware.com/s/psiquiatrico-tacticos/app/dashboards#/view/3ecc7e58-a2ea-4354-85c6-6d3652250277?_q=h@188956b)

Al analizar el comportamiento de la consulta externa especializada se encuentra que la mayor participación la tiene la consulta de seguimiento o control por Psiquiatría, seguida por la consulta de primera vez por esa especialidad, la evaluación neuropsicológica y la consulta por la subespecialidad de Psiquiatría Infantil y del adolescente.



Fuente: [https://saga.reddataware.com/s/psiquiatrico-tacticos/app/dashboards#/view/3ecc7e58-a2ea-4354-85c6-6d3652250277?\\_q=h@188956b](https://saga.reddataware.com/s/psiquiatrico-tacticos/app/dashboards#/view/3ecc7e58-a2ea-4354-85c6-6d3652250277?_q=h@188956b)

El comportamiento de la consulta, respecto a las empresas aseguradoras de planes de beneficios en salud, muestra que Emssanar EPS es la que mayor participación tiene, con más de 13.000 consultas prestadas, seguido por la Nueva EPS y Asmetsalud EPS. También se destaca el crecimiento de particulares, cerrando con 1025 atenciones para la vigencia 2025.



Fuente: [https://saga.reddataware.com/s/psiquiatrico-tacticos/app/dashboards#/view/3ecc7e58-a2ea-4354-85c6-6d3652250277?\\_q=h@188956b](https://saga.reddataware.com/s/psiquiatrico-tacticos/app/dashboards#/view/3ecc7e58-a2ea-4354-85c6-6d3652250277?_q=h@188956b)

El perfil de morbilidad para el servicio de la consulta externa no tuvo variación significativa con respecto a las dos vigencias inmediatamente anteriores, siendo el trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión la primera causa de consulta, seguido por la Esquizofrenia indiferenciada y en tercer lugar el Trastorno Afectivo Bipolar, seguido por el Trastorno Afectivo Orgánico, aportado principalmente por la clínica de Neuropsiquiatría.

Num.	DIAGNÓSTICO	CANTIDAD	%	% Acum
1	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	1.431	6%	6%
2	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	1.276	5%	11%
3	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR NO ESPECIFICADO	1.070	4%	15%
4	TRASTORNO DE ANSIEDAD ORGANICO	817	3%	18%
5	ESQUIZOFRENIA NO ESPECIFICADA	790	3%	21%
6	DEMENCIA NO ESPECIFICADA	702	3%	24%
7	TRASTORNOS DEL HUMOR [AFECTIVOS] ORGANICOS	498	2%	26%
8	TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	497	2%	28%
9	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	487	2%	29%
10	TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO NO ESPECIFICADO	467	2%	31%
11	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	461	2%	33%
12	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	457	2%	35%
13	RETRASO MENTAL MODERADO DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO	447	2%	37%
14	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR NO ESPECIFICADO	373	1%	38%
15	TRASTORNO DE ANSIEDAD ORGANICO	352	1%	39%
16	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	331	1%	41%
17	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EPISODIO MODERADO PRESENTE	284	1%	42%
18	DEMENCIA NO ESPECIFICADA	277	1%	43%
19	EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO	218	1%	44%
20	ESQUIZOFRENIA NO ESPECIFICADA	217	1%	45%
21	Otras Causas	13.427	54%	100%
	<b>TOTAL</b>	<b>24.879</b>	<b>99%</b>	

Tomado de: Oficina de Estadística HDPUV

## Indicadores Intervención Social y Comunitaria

Para la vigencia 2025, el programa de Hospital Día cerró con un censo promedio de 45 pacientes en el programa, logrando una mayor capacidad de atención y mejorando el acceso al servicio. Además, este comportamiento tuvo un efecto favorable en el componente financiero al lograr el punto de equilibrio del servicio.

## Fortalecimiento del portafolio de servicios de salud mental

Dentro de las estrategias implementadas para la ampliación del portafolio de servicios de salud durante la vigencia 2025 se destacan:

- Telemedicina: durante la vigencia 2025 se amplió la cobertura del programa de Telemedicina en los territorios, logrando 9 convenios vigentes con las siguientes instituciones:
  - E.S.E San Roque – Pradera, Valle
  - E.S.E Hospital Francisco de Paula Santander – Santander de Quilichao, Cauca
  - E.S.E Luis Ablanque de la Plata – Buenaventura, Valle del Cauca
  - E.S.E Hospital San Antonio de Roldanillo, Roldanillo, Valle
  - E.S.E Santa Ana de los Caballeros – Ansermanuevo, Valle del Cauca
  - E.S.E Santa Ana de los Caballeros - Ansermanuevo
  - E.S.E Santa Lucía – El Dovio
  - E.S.E Centro – Santiago de Cali
  - E.S.E Hospital Piloto de Jamundí

- Portafolio de educación no formal: se realizó entrenamiento certificado en el abordaje integral de la Agitación Psicomotriz al talento humano en salud de la E.S.E Oriente de Santiago de Cali, formación en Derechos del paciente con trastorno mental en la E.S.E Ladera de Cali y Formación en Atención Primaria en Salud Mental MHGAP con E.S.E Norte.
- Jornadas de atención extramural: Durante la vigencia se realizaron 7 jornadas de intervención de salud mental comunitaria en instituciones educativas priorizadas, implementando actividades de promoción de la salud mental y prevención del suicidio y consumo de sustancias psicoactivas. Además, se realizó jornada masiva de educación en salud mental en la “ciclovida” de la ciudad de Cali, escenario altamente concurrido, beneficiando a más de 700 personas con la actividad.

## Seguimiento y Gestión de Productividad y Utilización de la Capacidad Instalada

### Capacidad instalada

Durante la vigencia 2025 la institución tuvo disponible una capacidad instalada de hospitalización de 264 camas, ya que se tuvo cierre provisional por adecuaciones en la sala No. 2, cuya capacidad es de 28 camas. A pesar de la disminución en el número de camas disponibles durante la vigencia, la implementación de acciones tendientes a mejorar el giro cama y la estancia hospitalaria permitieron crecer en el número de atenciones hospitalarias al comparar con años anteriores. En el servicio de urgencias se tuvo disponibilidad de 8 camas de observación, con capacidad de expansión hasta 22 camillas. El servicio cuenta con consultorios para la atención especializada y por Medicina General, una sala de procedimientos totalmente dotada. En materia de crecimiento, se destaca la apertura de nuevos consultorios para el desarrollo de actividades grupales, como la terapia de familia, así como áreas de atención individual, permitiendo un cierre con 25 consultorios disponibles.

RECURSO	CANTIDAD
Camas Salud Mental	280
Camas de salud mental de atención exclusiva para niñas, niños y adolescentes	12
Camas de observación de urgencias	8
Consultorios de consulta externa	25
Consultorios en el servicio de urgencias	3
Sala de Procedimientos	2

Fuente: REPS. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia

En relación con el seguimiento a la utilización de la capacidad instalada, se cuenta con herramientas de inteligencia de negocios, como tableros de control que contribuyeron a la toma de decisiones oportunas para la optimización de procesos, corrección a desviaciones y monitoreo constante de la productividad e indicadores normativos.

Además, conforme se formuló en el plan de desarrollo, se realizó la presentación de 12 informes de producción e indicadores asistenciales ante el comité de gerencia de la institución. Asimismo, se dio cumplimiento a la presentación de indicadores de producción a las reuniones ordinarias de la junta directiva.

### 3.1.1.2. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Durante la vigencia 2025, la institución actualizó la Política de Seguridad del Paciente mediante la Resolución 046 del 21 de enero de 2025, incorporando un enfoque ampliado de gestión del riesgo que integra de manera explícita los riesgos clínicos, individuales y sociales, propios de la atención en salud mental. Esta actualización fortalece el modelo institucional de seguridad al reconocer la complejidad de los determinantes biopsicosociales que influyen en la atención, reafirmando el compromiso de brindar cuidados seguros centrados en la persona, la familia, la sociedad y la comunidad hospitalaria. La política establece como eje estratégico la identificación, análisis y gestión integral de los riesgos, garantizando confianza en la prestación de los servicios a través de la educación, la gestión clínica y el sistema institucional de administración de riesgos, en coherencia con los principios de atención humanizada, mejora continua y excelencia en seguridad del paciente.

Hospital Departamental  
Psiquiátrico Universitario  
Del Valle E.S.E.

## POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Resolución No. 046 del 21 de enero de 2025

Brindamos cuidados seguros, centrados en la persona, familia, sociedad y comunidad hospitalaria, identificando y gestionando los riesgos clínicos, individuales y sociales, que garanticen la confianza en la prestación de los servicios mediante la educación, la gestión clínica y el sistema de administración de riesgos institucionales.

Vigilado Superintendencia

INNOVAMOS EN PRÁCTICAS SEGURAS PARA EL CUIDADO EN SALUD MENTAL

“Innovamos en prácticas seguras para el cuidado en salud mental”

“COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN SALUD”

## Principales logros e impactos generados en los usuarios, sus familias y la comunidad.

Durante la vigencia evaluada, el Hospital consolidó un modelo institucional de seguridad del paciente orientado a la alta confiabilidad, sustentado en una cultura justa, la gestión proactiva del riesgo, la digitalización de los procesos clínicos, la participación de pacientes y familias y el bienestar del talento humano. Este enfoque ha permitido fortalecer la capacidad institucional para anticipar riesgos, aprender de los eventos y prevenir el daño, posicionando la seguridad del paciente como un eje estratégico del modelo de atención en salud mental.

Los resultados evidencian avances significativos en la protección de los pacientes y en la madurez del sistema institucional de seguridad. Entre ellos se destaca el mantenimiento de cero eventos adversos centinelas asociados a suicidio desde el año 2016, resultado que refleja la efectividad de las estrategias de gestión del riesgo en salud mental. Asimismo, se consolidó una cultura de reporte transparente, con un promedio de 45 eventos de seguridad reportados mensualmente, analizados en su totalidad mediante el Protocolo de Londres, garantizando el aprendizaje organizacional y la implementación de mejoras estructurales.

La institución fortaleció además su capacidad de prevención mediante la identificación de 90 fuentes de daño evitables a través de la metodología AMFE, logrando una efectividad del 99 % en la identificación temprana de riesgos clínicos. Estas acciones se reflejan en resultados tangibles como la reducción del 61 % de infecciones asociadas a la atención en salud entre 2024 y 2025, la disminución de eventos críticos como evasiones de pacientes mediante la implementación del Código Laberinto y la consolidación de sistemas digitales de apoyo a la seguridad clínica.

De igual manera, el hospital avanzó en la transformación digital del proceso asistencial, lo que ha contribuido a eliminar eventos adversos asociados a errores de registro durante más de cinco años. Este proceso se complementa con entornos terapéuticos seguros y ambientalmente sostenibles, reflejados en 97 % de satisfacción de los usuarios frente al ambiente físico institucional, así como con estrategias de bienestar del talento humano que han permitido reducir accidentes laborales y ausentismo.

Como resultado de estas acciones, el Programa de Seguridad del Paciente alcanzó un cumplimiento global del 97,4 %, calificado como nivel óptimo, evidenciando la consolidación de un modelo institucional de gestión del riesgo clínico orientado a la mejora continua. En este contexto, el Comité de Seguridad del Paciente se ha consolidado como un motor de transformación cultural y aprendizaje organizacional, liderando estrategias de formación, simulación clínica, análisis de eventos y fortalecimiento de competencias del talento humano.

Estos resultados reflejan la evolución del hospital hacia un modelo de atención segura centrado en la persona, donde la gestión del riesgo se aborda de manera sistémica, interdisciplinaria y basada en evidencia, avanzando de manera sostenida hacia el objetivo institucional de cero daños evitables y excelencia en la atención en salud mental.

Los resultados del programa se evidencian en avances significativos en cuatro dimensiones estratégicas:

1. Cultura de seguridad
  - Cultura global de seguridad: 88 % (superando la meta institucional del 85 %).
  - Cultura justa: 80 % (cumplimiento de la meta institucional).
  - Cultura de comunicación: 93,4 % (superior a la meta del 85 %).
  - Política de seguridad del paciente: 100 % de cumplimiento.
2. Capacitación y formación
  - 1.867 horas de formación especializada en seguridad del paciente.
  - 90 % de cobertura en procesos de inducción institucional.
3. Sistema de reporte de eventos
  - Incremento del 34 % en los reportes tras la implementación de la plataforma ALMERA.
  - Autorreporte del 67 %, reflejando mayor confianza del talento humano.
  - Proporción de reporte institucional del 19,3 %, comparado con 2,4 % en 2016, evidenciando madurez cultural en el reporte.
4. Gestión de eventos adversos
  - Reducción de eventos adversos evitables al 53 %, comparado con 77 % en 2016.
  - Cero eventos centinela desde 2016.
  - Reducción significativa de evasiones entre 2024 y 2025.
  - Cero eventos por identificación incorrecta de pacientes.
  - Cero eventos relacionados con medicamentos LASA o de alto riesgo.

Como reconocimiento al avance institucional en prácticas seguras, durante la vigencia 2025 el hospital formalizó su postulación al Galardón Hospital Seguro en la categoría de Prácticas Ultraseguras, consolidando su posicionamiento como referente en seguridad del paciente en salud mental.

#### **Indicadores clave de resultado, acompañados de su respectivo análisis.**

Durante la vigencia 2025, la institución realizó el seguimiento integral a 43 indicadores del Programa de Seguridad del Paciente, incluyendo los indicadores estratégicos tradicionales y los nuevos indicadores incorporados en el marco del modelo evaluativo del Galardón Hospital Seguro. El análisis institucional evidenció que la totalidad de los indicadores se mantuvieron controlados, dentro de los rangos establecidos y con tendencia favorable hacia la mejora continua. Estos resultados reflejan la efectividad del sistema de gestión del riesgo clínico, el fortalecimiento de las barreras de seguridad y la consolidación de una cultura organizacional orientada a la alta confiabilidad, la prevención del daño y el aprendizaje permanente. El comportamiento de los indicadores demuestra avances sostenidos hacia el propósito institucional de cero daños evitables, consolidando el modelo de seguridad del paciente como un eje estratégico para la excelencia en la atención, la protección de los usuarios y la sostenibilidad del sistema de salud.

Indicador	Clase	Mini gráfico	Medición previa	Último valor	Meta
Adherencia a guías de práctica clínica	Eficacia		96,88%	94,38%	90,00%
Adherencia al protocolo de triage	Eficacia		96,88%	100,00%	90,00%
Cobertura en capacitación en seguridad del paciente	Cumplimiento		96,10%	96,59%	90,00%
Comportamiento reporte de casos de seguridad del paciente (%)	Seguridad		19,11%	19,28%	
Cultura seguridad del paciente	Eficacia		87,57%	89,19%	85,00%
Gestión de eventos adversos	Gestión		100,00%	100,00%	100,00%
Lesiones de piel asociadas al cuidado	Eficacia		0,00%	0,00%	0,50%
Medición adherencia paquetes instruccionales	Efectividad		97,50%	97,50%	90,00%
Porcentaje de caídas de pacientes en Urgencias	Eficacia		0,27%	0,13%	2,00%
Porcentaje global de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)	Eficacia		0,00%	0,30%	2,00%
Proporción casos de seguridad del paciente asociados a Investigación	Efectividad		0,00%	0,00%	2,00%
Proporción casos de seguridad del paciente asociados a práctica formativa	Eficiencia		0,00%	0,00%	2,00%
Proporción de EA. Relacionados con Medicamentos en Hospitalización.	Eficacia		0,00%	0,00%	0,50%
Proporción de EA. Relacionados con Medicamentos en Urgencias.	Eficacia		0,00%	0,00%	0,20%
Proporción de Eventos Adversos	Eficacia		0,86%	0,59%	2,50%
Proporción de Eventos Adversos (Daños) Evitables - Anual	Seguridad		59,46%	52,74%	40,00%
Proporción de Eventos Adversos (Daños) Evitables - Trimestral	Seguridad		52,87%	52,44%	40,00%
Proporción de incidentes	Eficacia		0,58%	0,52%	5,00%
Proporción de tendencia por sujeto reportante	Seguridad		100,00%	100,00%	90,00%
Res. 256 - Caídas por Servicio (Hospitalización, Urgencias y Consulta externa)	Seguridad			14,00	
Res. 256 - Número total de caídas que se clasificaron como incidentes	Seguridad			5,00	
Res. 256 - Número total de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en los servicios (hospitalización y urgencias)	Seguridad			0	
Res. 256 - Oportunidad en la Atención de Urgencias Triage 2	Eficacia		10,63	7,93	30,00
Res. 256 Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas	Eficacia		0,94	0,77	3,00
Tasa agitación psicomotriz con heterolesión a paciente	Eficacia		1,10	1,23	30,00
Tasa consumo SPA	Eficacia		0,28	0,49	5,00
Tasa de autolesión	Eficacia		0,28	0,99	10,00
Tasa de acercamiento sexual.	Eficacia		0,00%	0,00	7,00
Tasa de Caídas de pacientes en Consulta Externa	Eficacia		0,00%	0,00	1,00
Tasa de Caídas de Pacientes en Hospitalización	Eficacia		1,72	0,59	3,00
Tasa de Caídas de pacientes en ISC	Eficacia		1,52	0,00	2,00
Tasa de complicaciones terapéuticas y medicamentosas asociadas a la sedación.	Eficacia		0,00%	0,00	1,00
Tasa de evasiones hospitalización	Eficacia		2,67	6,10	10,00
Tasa de evasiones urgencias	Eficacia		2,69	1,28	5,00
Tasa de eventos adversos asociados a la comunicación asertiva	Eficacia		0,00%	0,00	
Tasa de flebitis	Eficacia		6,67	9,09	10,00
Tasa de incidencia de intento de suicidio institucional	Eficacia		0,28	0,00	8,00
Tasa de incidencia de suicidio institucional	Eficacia		0,00%	0,00	
Tasa de reingresos a hospitalización en menos de 15 días.	Eficacia		8,00	3,05	20,00

Mostrando registros del 21 al 40 de un total de 41 registros

Primero Anterior 1 2 3 Siguiente Último

Fuente: Indicadores aplicativo Almera 2025

## Metas programadas frente a resultados alcanzados, evidenciando el nivel de cumplimiento.

Durante la vigencia 2025, la institución evaluó el desempeño de la Política de Seguridad del Paciente, alcanzando un cumplimiento global satisfactorio del 96 %, lo que evidencia la consolidación del modelo institucional de gestión del riesgo clínico y la implementación efectiva de prácticas seguras en los procesos asistenciales.

## ANEXO 5. Medición de política seguridad del paciente 2024-2025



FUENTE: Programa de Seguridad del Paciente 2025 – Herramienta ALMERA

Como parte del fortalecimiento del modelo de seguridad, se realizaron ajustes y actualizaciones a los protocolos asociados a los paquetes instruccionales de seguridad del paciente, incorporando herramientas pedagógicas y tecnológicas como el modelo institucional de seguridad del paciente, material audiovisual de formación, tutoriales para el reporte de casos en la plataforma ALMERA, y el análisis sistemático de fuentes de daños evitables, con el propósito de orientar la toma de decisiones y fortalecer el aprendizaje organizacional.

Asimismo, el Programa de Seguridad del Paciente avanzó en la incorporación del modelo evaluativo del Galardón Hospital Seguro, integrando nuevas metodologías de seguimiento y medición, así como el desarrollo de seis nuevos indicadores institucionales orientados a la tendencia hacia cero daños evitables.

Entre las acciones implementadas se destacan el fortalecimiento de los protocolos de ingreso y egreso seguro, mediante estrategias como el uso de manillas de identificación, educación redundante al paciente y la familia, y barreras de seguridad que involucran a los aliados terapéuticos. De igual manera, se avanzó en la implementación del egreso planificado, con mecanismos de detección temprana del riesgo de abandono, articulación con las EAPB y la realización de reuniones quincenales multidisciplinarias para el análisis de estancias prolongadas, riesgo de abandono, fortaleciendo la continuidad del cuidado.

El programa estructuró su gestión alrededor de cuatro objetivos estratégicos para el año 2025, cuyos resultados evidencian un alto nivel de cumplimiento:

1. Fortalecer las competencias del personal de salud en seguridad del paciente desde los enfoques proactivo, reactivo y predictivo

Desde el enfoque proactivo, se desarrollaron procesos de formación que incluyeron:

- 1.867 horas de capacitación específica en seguridad del paciente.
- Cobertura del 90 % del talento humano en inducción institucional en seguridad del paciente.

- Entrenamiento anual en salud mental con incremento del 28 % en conocimientos evaluados.
- Realización de simulacros de agitación psicomotriz y evasión de pacientes, con adherencia superior al 90 % a los protocolos institucionales.
- Certificación institucional en curso básico de seguridad del paciente.

Desde el enfoque predictivo, se fortalecieron los mecanismos de anticipación del riesgo mediante aplicación de la metodología AMFE para el análisis prospectivo de procesos asistenciales y la sostenibilidad de rondas de seguridad institucionales con participación de los Equipos de Mejoramiento de Procesos (EPM).

Desde el enfoque reactivo, se consolidó el aprendizaje organizacional a partir del análisis de eventos:

- Aplicación del Protocolo de Londres al 100 % de los casos analizados, con un promedio de 45 casos mensuales.
- Seguimiento sistemático a la efectividad de los planes de acción derivados del análisis de eventos, con participación de líderes asistenciales.

## 2. Desarrollar de proyecto de investigación en seguridad del paciente

Se consolidaron los resultados de proceso e impacto del Programa de Seguridad del Paciente para el periodo 2018–2025, iniciando la fase de estructuración teórica del proyecto investigativo.

Dentro de las iniciativas desarrolladas se destacan:

- Trabajo conjunto con UCAD en el abordaje de la agitación psicomotriz.
- Desarrollo de una experiencia significativa investigativa en el diplomado de la Universidad del Valle, orientada a la atención segura del paciente con agitación psicomotriz.

## 3. Fortalecer la cultura de seguridad con participación de pacientes y familias

En coherencia con el paquete instruccional “Ilustrar al paciente en el autocuidado de su salud”, se fortalecieron estrategias de educación y participación activa mediante:

- Producción y difusión de material audiovisual educativo en redes sociales institucionales.
- Implementación de la estrategia de detección temprana de incidentes alertados por pacientes y familias, promoviendo el reporte oportuno de situaciones de riesgo.

## 4. Fortalecer la proyección social del programa de seguridad del paciente

Durante el año 2025, la institución participó activamente en escenarios académicos nacionales e internacionales como referente en seguridad del paciente, destacándose la participación como ponente o panelista en eventos como:

- Webinar Internacional RED ENSI con participación de 10 países
- 1er Congreso de Seguridad del Paciente – Clínica Montserrat

Adicionalmente, se fortalecieron las estrategias de comunicación institucional mediante:

- Publicación de boletines institucionales “Ponte al Día” y boletines de Seguridad del Paciente.
- Mas de 60 contenidos educativos publicados en redes sociales durante el año.
- Realización de rendición pública de cuentas con participación ciudadana.
- Divulgación permanente de información en la página web institucional.

**Principales retos identificados durante la vigencia y las acciones implementadas o proyectadas para su gestión.**

### **1. Consolidar la investigación en seguridad del paciente en salud mental**

La investigación constituye un componente esencial para la evolución del modelo institucional de seguridad del paciente. En este sentido, el hospital proyecta consolidar una línea de investigación en seguridad del paciente en salud mental, articulada con la UCAD, universidades y aliados académicos, que permita analizar los determinantes clínicos, individuales y sociales asociados a los eventos adversos. Este proceso busca transformar la experiencia institucional acumulada en conocimiento científico aplicable, fortaleciendo la toma de decisiones basadas en evidencia, generando publicaciones académicas y posicionando al hospital como referente en la investigación de la seguridad del paciente en contextos de salud mental, un campo aún emergente a nivel nacional e internacional.

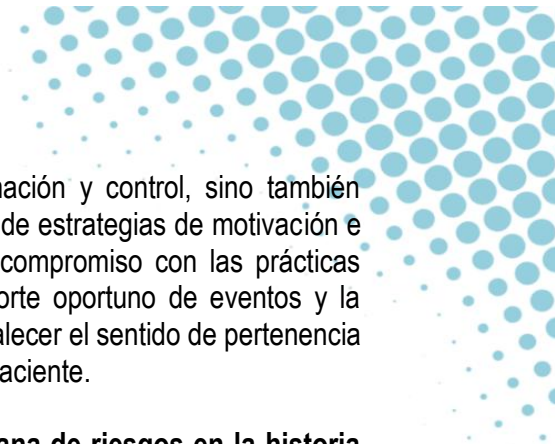
### **2. Posicionar el Simposio de Seguridad del Paciente en Salud Mental como escenario académico institucional**

La realización del Simposio de Seguridad del Paciente en Salud Mental, en articulación con el eje de Humanización, se plantea como una estrategia de transferencia de conocimiento y liderazgo académico. Este espacio permitirá compartir experiencias institucionales, resultados investigativos, innovaciones en gestión del riesgo y prácticas seguras desarrolladas en el hospital, promoviendo el intercambio con instituciones académicas, entidades del sector salud y organizaciones científicas. Con ello se fortalece la proyección académica y social del hospital, contribuyendo a la construcción colectiva del conocimiento y a la difusión de modelos de atención segura centrados en la persona.

### **3. Ampliar la participación de pacientes y familias en la gobernanza clínica del programa de seguridad del paciente**

Uno de los desafíos institucionales es avanzar hacia modelos más participativos de seguridad, donde los pacientes y sus familias no solo reciban información, sino que participen activamente en el diseño y evaluación de los procesos asistenciales. Para ello se proyecta fortalecer mecanismos de codiseño, escucha activa y participación comunitaria, integrando la voz del paciente y su red de apoyo en la identificación de riesgos, en el análisis de experiencias de atención y en la construcción de soluciones de mejora. Este enfoque contribuye a consolidar una gobernanza clínica participativa, donde la seguridad del paciente se construye de manera corresponsable entre profesionales de salud, pacientes, familias y comunidad.

### **4. Implementar estrategias institucionales de reconocimiento e incentivos en seguridad del paciente**



La sostenibilidad de la cultura de seguridad requiere no solo formación y control, sino también reconocimiento institucional. En este sentido, se plantea el desarrollo de estrategias de motivación e incentivos dirigidas a los servicios y equipos que demuestren alto compromiso con las prácticas seguras, promoviendo la identificación temprana de riesgos, el reporte oportuno de eventos y la implementación de acciones de mejora. Estas estrategias buscan fortalecer el sentido de pertenencia del talento humano y consolidar el liderazgo clínico en seguridad del paciente.

## **5. Incorporar alertas automatizadas para la identificación temprana de riesgos en la historia clínica electrónica**

En el marco de la transformación digital institucional, se proyecta avanzar en la implementación de sistemas automatizados de alerta en la historia clínica electrónica, que permitan identificar oportunamente riesgos clínicos, conductuales y farmacológicos asociados a la atención en salud mental. Estas herramientas tecnológicas facilitarán la toma de decisiones clínicas oportunas, fortalecerán los sistemas de vigilancia institucional y contribuirán a la prevención de eventos adversos mediante la detección temprana de situaciones de riesgo.

Soportes visuales como imágenes, tablas, piezas gráficas, enlaces de publicaciones o evidencias documentales que respalden la información presentada.

- Adjunto informe de galardón seguro con anexos que incluyen el sustento gráfico de los resultados
- Las imágenes y videos con la profesional de comunicaciones: carpeta de seguridad del paciente de comunicaciones: videos (simulacros, tecnología en seguridad del paciente, día mundial de seguridad del paciente), fotos, informes, boletines de seguridad del paciente, participación en congresos.

### **3.1.1.3. PROGRAMA HUMANIZACION DE LA ATENCION**

El presente informe ejecutivo da cuenta de los resultados alcanzados por el Programa de Humanización de la Atención del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) durante la vigencia 2025, en el marco de la rendición de cuentas institucional dirigida a la Junta Directiva, la Gobernación del Valle del Cauca, los entes de control, los usuarios, sus familias y la comunidad en general.

El programa de humanización, articulado al modelo de Atención Humanizada Centrada en la Persona (AHCP) y armonizado con los principios guadores de Planetree, constituye un eje transversal de la gestión institucional que integra la seguridad del paciente, la gestión clínica y la responsabilidad social. Durante esta vigencia, el HDPUV formalizó su afiliación a la Red Internacional Planetree (mayo de 2025), consolidándose como referente nacional en humanización de la atención en salud mental.

El informe se estructura en cinco ejes: logros e impactos en usuarios, familias y comunidad; indicadores clave de resultado con su análisis; cumplimiento de metas programadas; uso eficiente de recursos; y principales retos con las acciones de gestión implementadas. La información se fundamenta en la Metodología 360° del Comité de Humanización, el sistema de información ALMERA y las auditorías institucionales realizadas durante el periodo.

## 1. Principales logros e impactos

### Impacto en los usuarios y sus familias

Durante la vigencia 2025, el programa de educación en salud alcanzó una cobertura de 17.610 usuarios atendidos, distribuidos en tres modalidades: educación individual a pacientes (5.928), educación colectiva a pacientes (11.244) y acompañamiento al grupo GES en el Club de Cuidadores (634 usuarios). Esta cobertura refleja el compromiso institucional con el empoderamiento del paciente y su familia como actores centrales del proceso de atención.

Las prácticas humanizantes aplicadas y evaluadas alcanzaron un cumplimiento del 100%, con un conocimiento del 100% por parte de los pacientes frente a sus derechos y deberes, así como frente a las estrategias CER-CIR. Se fortaleció la implementación del enfoque diferencial, incluyendo la atención a personas mayores, niños, niñas y adolescentes (NNA), con intervenciones específicas como la ludicoterapia y el reconocimiento de derechos y deberes de los NNA hospitalizados.

Se implementaron prácticas diferenciadas según las fases de curso de vida, con actividades diseñadas para cada grupo poblacional: celebración del Día del Niño con actividades lúdicas, jornadas intergeneracionales, espacios de expresión artística y cultural, y celebraciones significativas adaptadas a diferentes grupos etarios.

### Impacto en la comunidad y articulación intersectorial

Se formalizó y empoderó la Red Social y Comunitaria en Salud Mental del HDPUV como estrategia de impacto en el modelo de atención desde el componente comunitario. Se ejecutó un programa de formación de agentes comunitarios en salud mental, con ceremonia de certificación y entrega de la cartilla de la red social comunitaria.

Se desarrollaron seis mesas técnicas de enfoque diferencial para los subgrupos: etnia afro y palenqueros, comunidad LGTBQ+, población campesina, víctimas de violencia, migrantes y población indígena. Se ejecutaron campañas educativas con enfoque intersectorial incluyendo: reducción del estigma comunitario-extramural, campañas educativas de ciclo de vida, enfoque diferencial sobre migrantes y autocuidado con el sector productivo.

### Reconocimientos institucionales

El eje de humanización obtuvo reconocimientos significativos a nivel nacional:

Escenario	Descripción
Ministerio de Salud y Protección Social	Ponencia en el Encuentro Regional de Calidad: Humanización de la Atención en Salud Mental con Enfoque Intersectorial.

Escenario	Descripción
<b>IX Foro Nacional de Calidad en Salud</b>	Invitación a presentar el programa ante el Ministerio de Salud.
<b>Secretaría de Salud Distrital</b>	Reconocimiento en el Encuentro Intersectorial Trayectorias que Transforman en Salud Mental.
<b>Referenciación competitiva</b>	Hospital Piloto de Jamundí, Clínica en Salud Mental, E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y PASTO SALUD E.S.E.

## 2. Indicadores clave de resultado y análisis

El programa de humanización dispone de 19 indicadores de gestión registrados y controlados en el sistema de información ALMERA. Al cierre de la vigencia 2025, el 100% de los indicadores se encuentran en cumplimiento respecto a la meta establecida, evidenciando la solidez del sistema de monitoreo del programa. A continuación se presenta el tablero completo de indicadores agrupados por dimensión.

Total, indicadores	En cumplimiento	% Cumplimiento global	Indicadores al 100%
19	19 de 19	100%	10 indicadores

### Dimensión: Educación en salud y competencias

Indicador	Unidad de medida	Meta	Resultado	Estado
<b>Cobertura de educación en salud individual</b>	%	60,00	<b>77,87</b>	<b>CUMPLE</b>
<b>Grado de entendimiento de educación en salud</b>	%	70,00	<b>91,97</b>	<b>CUMPLE</b>
<b>Competencias del Saber</b>	%	90,00	<b>94,41</b>	<b>CUMPLE</b>
<b>Proporción de demanda inducida a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud</b>	%	60,00	<b>74,74</b>	<b>CUMPLE</b>

Indicador	Unidad de medida	Meta	Resultado	Estado
Pacientes que responden 4 deberes y 4 derechos	Número	90,00	100	CUMPLE

La dimensión de educación en salud evidencia un desempeño sobresaliente con los cinco indicadores superando ampliamente sus metas. La cobertura de educación individual alcanzó el 77,87% frente a una meta de 60%, lo que representa un excedente de 17,87 puntos porcentuales. El grado de entendimiento de la educación en salud logró el 91,97% superando la meta en 21,97 puntos. El indicador de pacientes que responden correctamente 4 deberes y 4 derechos alcanzó el 100%, demostrando la efectividad de las estrategias de socialización de derechos y deberes.

#### Dimensión: Prácticas clínicas humanizantes

Indicador	Unidad de medida	Meta	Resultado	Estado
Porcentaje de intervención frente al dolor	%	90,00	100	CUMPLE
Grado de comprensión del consentimiento informado	%	90,00	100	CUMPLE
Grado de aplicación de la estrategia NOD	%	90,00	100	CUMPLE
Grado de intervención de necesidades (Mapa de Empatía)	%	90,00	100	CUMPLE
Grado de aplicación de prácticas humanizantes	%	90,00	100	CUMPLE

Los cinco indicadores de esta dimensión alcanzaron el 100% de cumplimiento, superando la meta del 90% en cada uno. Destaca que la intervención frente al dolor, la comprensión del consentimiento informado, la aplicación de la estrategia NOD, la intervención de necesidades identificadas en el Mapa de Empatía y la aplicación de prácticas humanizantes registraron resultados del 100%, lo que refleja un alto grado de adherencia a los protocolos institucionales y una cultura de humanización consolidada en los equipos asistenciales.

## Dimensión: Experiencia del usuario

Indicador	Unidad de medida	Meta	Resultado	Estado
Evaluación de preferencias en la alimentación	%	70,00	86	CUMPLE
Evaluación de condiciones de confort de la infraestructura	%	90,00	100	CUMPLE
Evaluación de condiciones de privacidad	%	90,00	100	CUMPLE
Satisfacción global	Número	95,00	98,47	CUMPLE
Recomendación de la IPS	Número	95,00	98,66	CUMPLE

La satisfacción global alcanzó 98,47% puntos frente a una meta de 95, así mismo, la recomendación de la IPS llegó a 98,66%, superando también la meta de 95%. Estos resultados posicionan al HDPUV como una institución con altos niveles de percepción de calidad por parte de los usuarios. La evaluación de condiciones de confort y de privacidad alcanzaron ambas el 100%, y las preferencias alimentarias se ubicaron en 86% superando la meta de 70%.

## Dimensión: Talento humano y cultura organizacional

Indicador	Unidad de medida	Meta	Resultado	Estado
Adherencia de capacitación en Humanización	Número	30,00	67,39	CUMPLE
Percepción cultura de humanización	%	80,00	87,57	CUMPLE
Cobertura de capacitación en Humanización	Número	90,00	96,25	CUMPLE

La adherencia de capacitación en humanización alcanzó 67,39% superando ampliamente la meta de 30%, lo que refleja un alto nivel de compromiso del personal con el proceso formativo. La cobertura de capacitación llegó a 96,25% frente a una meta de 90, garantizando que prácticamente la totalidad del talento humano institucional recibió formación en humanización. La percepción de cultura de humanización alcanzó el 87,57% superando la meta del 80%, lo que evidencia el avance en la transformación cultural institucional articulada con Talento Humano.

## Dimensión: Sistema de información y atención al usuario

Indicador	Unidad	Meta	Resultado	Estado
Oportunidad en la respuesta de manifestaciones	Días	5,00	4,0	CUMPLE

La oportunidad en la respuesta de manifestaciones alcanzó un promedio de 4,0 días frente a una meta máxima de 5 días, lo que demuestra la capacidad institucional para gestionar oportunamente las expresiones de los usuarios. Este resultado se logró en el contexto de la transición hacia la plataforma digital Almera.

### Análisis del comportamiento de manifestaciones

El sistema de atención al usuario registró 619 manifestaciones en 2025. Los aspectos relevantes del análisis incluyen: el porcentaje de felicitaciones fue el de mayor participación con un 87,2%; las quejas solo alcanzaron el 10,5%, las peticiones y reclamos fueron el 1,0% y las sugerencias alcanzaron un 0,5%.

### Resultados de auditorías

Instrumento	Meta	Resultado	Observación
Paciente trazador	≥ 85%	91%	Cumplimiento óptimo en metodología de paciente trazador.
Listas de chequeo consolidadas	≥ 90%	94%	Adherencia satisfactoria: consentimiento informado, privacidad, confort, silencio, dolor.
Paquetes instruccionales	≥ 90%	97,4%	Comunicación, prevención de cansancio, consentimiento informado, autocuidado.
Auditoría SIG	Sin hallazgos	Cumplido	Sin hallazgos en humanización. Programa felicitado.
Plan de trabajo anual	100%	100%	Desempeño óptimo. Todas las actividades ejecutadas.

### 3. Metas programadas frente a resultados alcanzados

Para la vigencia 2025 se definieron tres objetivos estratégicos del programa de humanización, los cuales fueron cumplidos al 100%:

Objetivo	Resultado alcanzado	Estado	Nivel
Desarrollar e implementar nuevas prácticas humanizantes asociadas a las fases de curso de vida.	Prácticas diferenciadas para niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Actividades lúdicas, intergeneracionales y de expresión artística-cultural.	CUMPLIDO	100%
Generar y publicar 1 artículo científico sobre experiencias y metodologías de humanización en atención a pacientes con enfermedad mental.	Fase 1 completada: propuesta de sistematización de narrativas elaborada y aprobada. Fase 2 proyectada para 2026.	CUMPLIDO	Fase 1: 100%
Articular las funciones de GES al trabajo propuesto a la red social y comunitaria en salud mental.	Participación activa en la Red Social y Comunitaria. Articulación con secretarías municipales y departamentales. Fortalecimiento del vínculo institución-familia-comunidad.	CUMPLIDO	100%

#### Cumplimiento de oportunidades de mejora

Al cierre del ciclo 10 de mejoramiento, no se presentan oportunidades de mejora (OP) relacionadas con humanización desde PACAS de la atención. Se gestionaron y cerraron con cumplimiento del 100% del ciclo PHVA las OP: OM 478 (Silencio — monitoreo y retroalimentación continua) y OM 505 (Manejo del dolor — evaluación del impacto a largo plazo de las intervenciones).

#### Desempeño integral del programa

El eje y la política de humanización alcanzó un desempeño del 100% en la vigencia 2025, métrica armonizada con el Sistema Integrado de Gestión (SIG). En la auditoría de seguimiento del SIG, no se presentaron hallazgos asociados a humanización, y el programa recibió reconocimiento por los avances logrados.

### 4. Uso de recursos: eficiencia y optimización

#### Recursos humanos

El programa operó bajo el liderazgo de la referente del eje de humanización, con el apoyo del Comité de Humanización como instancia de gobernanza y decisión. Se destacó el trabajo colaborativo con

Talento Humano, que contribuyó a la transformación cultural institucional posicionando la humanización como valor institucional. La cobertura de capacitación en humanización alcanzó el 96,25% del talento humano, con una adherencia de 67,39 que más que duplica la meta establecida de 30.

### Recursos financieros

Los recursos financieros asignados al programa fueron orientados al plan de trabajo anual, destacando: la afiliación institucional a la Red Internacional Planetree (mayo 2025 a mayo 2026, con reuniones mensuales), las campañas educativas de enfoque intersectorial y diferencial, las actividades especiales para usuarios (viernes de cine, karaoke, celebraciones por curso de vida), la Semana de la Humanización, el Día Mundial de la Salud Mental, la formación de agentes comunitarios con ceremonia de certificación, y la Feria del Emprendimiento. El 100% de las actividades proyectadas fueron ejecutadas, evidenciando un uso eficiente de los recursos asignados.

### Recursos físicos y tecnológicos

Se incorporaron los indicadores del programa y la gestión de manifestaciones en la plataforma ALMERA, permitiendo monitoreo en tiempo real de los 19 indicadores. Se migró la gestión del Comité de Humanización a esta plataforma y se transitó el sistema de reporte de manifestaciones hacia formato digital.

Se actualizaron documentos institucionales clave: Programa de Humanización (transición a AHCP, PRG-TRA-04 versión 04), Manual SIAU (MAN-SIA-01 versión 7), Protocolo de Valoración del Dolor como Quinto Signo Vital (PRT-TRA-16), y se creó el Protocolo de Enfoque Diferencial (PRT-TRA-41). Se desarrolló una biblioteca de recursos educativos en la plataforma documental.

## 5. Principales retos y acciones de gestión

Reto identificado	Acción implementada / proyectada	Estado
Transición del sistema de reporte de manifestaciones a plataforma digital, con reducción del 33% en el volumen de registros.	Reclasificación técnica de manifestaciones con criterios estandarizados. Fortalecimiento de canales digitales y reubicación de buzones físicos.	<b>En gestión continua</b>
Necesidad de avanzar en ambientes sanadores con enfoque terapéutico basado en modelo AHCP.	Propuesta de nueva política y comité AHCP. Transición del programa al modelo AHCP con armonización Planetree.	<b>Proyectado 2026</b>
Sostenibilidad de la cobertura de capacitación en humanización al 96,25% con rotación de personal.	Adherencia de capacitación al 67,39 (más del doble de la meta). Incorporación de humanización en inducción y reinducción institucional.	<b>Implementado</b>

Reto identificado	Acción implementada / proyectada	Estado
Postulación a certificación Planetree como siguiente paso de madurez del programa.	Afiliación Planetree formalizada en mayo 2025 con reuniones mensuales. Proyección de postulación a Bronze/OES en 2026.	<b>Proyectado 2026</b>

## Lecciones aprendidas

**Lecciones a replicar:** Fundamentar el modelo de atención en principios Planetree y teoría de Joyce Travelbee; integrar humanización como eje transversal con seguridad del paciente y gestión clínica; reconocer al paciente y familia en el centro de todas las decisiones clínicas; vincular la red social y comunitaria como parte del modelo humanizado; e integrar la gestión ambiental como parte de entornos terapéuticos seguros.

## Proyección 2026

El programa de Humanización ha definido los siguientes objetivos para la vigencia 2026: avanzar en la postulación para la certificación Planetree Bronze/OES; innovar en prácticas humanizantes asociadas a las fases de curso de vida mediante la metodología de Codiseño; y completar la Fase 2 del artículo científico (argumentación teórica y recolección de información) sobre experiencias y metodologías de humanización en atención a pacientes con enfermedad mental.

## Anexos:

**Informe de PPSS 2025 / SIAU:** [https://www.canva.com/design/DAG5RdcTpxM/7ltT\\_LMP-lwYT7KJBsliA/edit?utm\\_content=DAG5RdcTpxM&utm\\_campaign=designshare&utm\\_medium=link2&utm\\_source=sharebutton](https://www.canva.com/design/DAG5RdcTpxM/7ltT_LMP-lwYT7KJBsliA/edit?utm_content=DAG5RdcTpxM&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton)

## Informe feria de emprendimiento 2025

<https://docs.google.com/document/d/1ar97R2G7ZrUOSO95p2BRiBLzChKHflmS/edit?usp=sharing&oid=104582130745630150883&rtpof=true&sd=true>

**Informe SIAU 2025** [https://docs.google.com/document/d/1\\_1vo4a-GfyREGX1b\\_i4nBUa0fWHjQCCh/edit?usp=sharing&oid=104582130745630150883&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1_1vo4a-GfyREGX1b_i4nBUa0fWHjQCCh/edit?usp=sharing&oid=104582130745630150883&rtpof=true&sd=true)

## Informe GES / Grupo de educación en salud 2025

[https://docs.google.com/document/d/10BpWNF\\_7X0QmoEAGTayrNusOeqQO5jBD/edit?usp=sharing&oid=104582130745630150883&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/10BpWNF_7X0QmoEAGTayrNusOeqQO5jBD/edit?usp=sharing&oid=104582130745630150883&rtpof=true&sd=true)

### Registro fotográfico:

**Ministerio de Salud y Protección Social:** Ponencia en el Encuentro Regional de Calidad: Humanización de la Atención en Salud Mental con Enfoque Intersectorial.

**IX Foro Nacional de Calidad en Salud:** Invitación a presentar el programa ante el Ministerio de Salud.

**Secretaría de Salud Distrital:** Reconocimiento en el Encuentro Intersectorial Trayectorias que Transforman en Salud Mental.



Link : <https://www.facebook.com/share/p/1DQo6jniaN/>

### Certificación de la Red Social y Comunitaria en Salud Mental del HDPUV





Enlaces de facebook:

- <https://www.facebook.com/profile/100063577000818/search/?q=humanizaci%C3%B3n>

### PROGRAMA CUMPLIMIENTO PLAN DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL

Dando cumplimiento a lo establecido en la Resolución 408 de 2018, los indicadores de gestión, para la vigencia 2025 cerraron con los siguientes datos:

INDICADOR	RESULTADO VIGENCIA 2024	META
Oportunidad en la asignación de citas de medicina especializada – Psiquiatría	10 días	Igual o menor a 10 días
Adherencia a Guías de Práctica Clínica – Protocolos para la atención de las 3 primeras causas de consulta a la E.S.E	98 % de adherencia global	Igual o mayor que el 80%
Evaluación de Aplicación de guías para la prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la E.S.E	100%	Igual o mayor que el 80%
Evaluación de Aplicación de guía para la prevención de Suicidio en pacientes tratados en la E.S.E	96%	Igual o mayor que el 80%

### 3.1.2. LÍNEA ESTRATÉGICA 2. MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Objetivo Estratégico: Fortalecer el modelo de mejoramiento institucional para incrementar el desempeño de los procesos organizacionales hacia el logro de metas de excelencia, que permita promover una transformación cultural orientada hacia el mejoramiento continuo y la prestación de servicios con excelencia.

#### 3.1.2.1. PROGRAMA MEJORAMIENTO CONTINUO HACIA LA EXCELENCIA

Durante la vigencia 2025 nuestra institución continuó trabajando en el fortalecimiento de nuestra cultura de mejoramiento continuo, reflejado en los reconocimientos recibidos y la participación activa como ponentes y conferencistas en foros, simposios y eventos académicos y sectoriales.

#### 1. Acreditación en Salud

En este subprograma, dentro del desarrollo del sistema único de acreditación, durante la vigencia 2025 se articularon las oportunidades de mejora del informe de renovación del ciclo de acreditación recibido en noviembre del 2024 al ciclo de mejoramiento 9 que se ejecutó de octubre del 2024 a septiembre del 2025.

Además de acuerdo al cronograma de seguimiento de este segundo ciclo de acreditación enviado en la notificación de la renovación, se elaboró y cargó el informe al aplicativo de ICONTEC, con la gestión de las oportunidades de mejora y sus evidencias, para la programación de la visita de primer seguimiento para desarrollarse durante el primer trimestre de 2026.



En nuestro noveno (9°) ciclo de mejoramiento, que inició en el mes de octubre de 2024 hasta el mes de septiembre de 2025 obtuvimos con una calificación global de 3.8 en la fase de autoevaluación, articulamos las oportunidades de mejora de la autoevaluación con las del informe de renovación de ciclo, gestionando un total de 146 oportunidades de mejora, 111 derivadas del organismo acreditador institucionales priorizadas, distribuidas en los diferentes grupos de estándares evidenciando el mejoramiento continuo que nos ha brindado el proceso de acreditación en salud.

CONSOLIDADO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA				
GRUPO	TOTAL OPORTUNIDADES CICLO 9 (Autoevaluación e Informe Renovación)			
	PRIORIZADO ALTO	INFORME PARCIALES	INFORME NUEVAS	TOTAL
ASISTENCIAL	13	8	36	57
DIRECCIONAMIENTO	4	2	21	30
GERENCIA	3			
TALENTO HUMANO	4	2	10	16
AMBIENTE FÍSICO	2	0	3	5
TECNOLOGÍA	1	2	2	5
INFORMACIÓN	6	3	11	20
MEJORAMIENTO	2	3	8	13
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>35</b>	<b>20</b>	<b>91</b>	<b>146</b>

En los seguimientos realizados desde cada equipo de autoevaluación y comité de mejoramiento institucional se muestran los avances y gestionan barreras de mejoramiento para el cierre efectivo de los planes de acción, alcanzando una ejecución del 93% en nuestro noveno ciclo de mejoramiento por encima de la meta del 90%. Cerramos nuestro ciclo con el aprendizaje organizacional y lecciones aprendidas desde diferentes fuentes como nuestras políticas, programas y comités institucionales, sistemas de gestión, análisis de los resultados de indicadores y cumplimiento de nuestros planes operativos, estratégicos y de gestión.



En el momento nos encontramos en desarrollo de nuestro decimo (10°) ciclo de mejoramiento, que inició en el mes de octubre de 2025 hasta el mes de septiembre de 2026.



## 2. Integración Sistemas de Gestión

Este subprograma del sistema integrado de gestión comprende los Sistemas de Gestión de Calidad bajo la NTC ISO 9001:2015, Sistema de Gestión Ambiental bajo la NTC ISO 14001:2015 y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la NTC ISO 45001:2018, integrando otros sistemas de gestión como riesgos y el modelo integrado de planeación y gestión.

Dentro de las principales actividades desarrolladas en el SIG, podemos destacar:

- Ejecución de la auditoría interna del SIG, desarrollada los días 9, 10 y 11 de septiembre de 2025, con un resultado de 3 no conformidades, 63 fortalezas y 61 oportunidades de mejora. Cabe anotar que las NC ya se encuentran cerradas.



- Elaboración del informe de revisión por la dirección, realizado con la gerencia, equipo directivo y equipo SIG el día 11 de noviembre de 2025.
- Del 24 al 26 de noviembre de 2025 se recibe la auditoría externa de seguimiento a nuestro Sistema Integrado de Gestión, obteniendo como resultado el mantenimiento de las certificaciones de los tres sistemas. Esta certificación nos ha permitido:
  - Promover y avanzar en nuestra cultura de mejora continua para prestar servicios de salud mental integral respetando la dignidad humana, de fácil acceso, con oportunidad y seguridad a través de personal competente.
  - Proteger la seguridad y salud de todos los funcionarios, contratistas, subcontratistas, proveedores, docentes y personal en formación.
  - Proteger el medio ambiente y prevenir la contaminación ambiental, mediante planes, proyectos, programas y prácticas con un enfoque preventivo, que fomenten en la comunidad hospitalaria el uso racional de los recursos articulándonos con el eje de responsabilidad social.
  - Mantener actualizados los riesgos, peligros, aspectos ambientales; evaluando, valorando y mitigando los riesgos e impactos ambientales significativos, estableciendo los controles necesarios y promoviendo lugares de trabajo sanos y seguros.
  - Articulación con el sistema único de acreditación y otros sistemas para unificar en un solo plan de mejoramiento institucional todas fuentes de mejoramiento.
  - Lograr la satisfacción del usuario, familia y demás partes interesadas, permitiendo la atención integral de las necesidades de salud mental de la región.



**8. RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR DE ACUERDO CON EL R-PS-007**

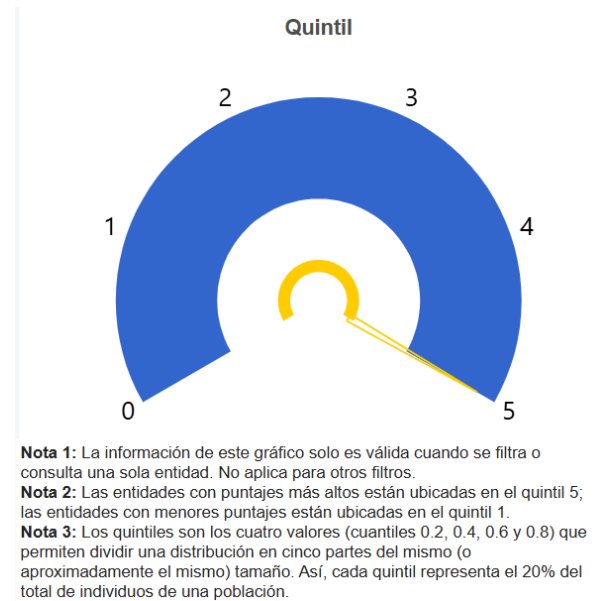
Se recomienda <b>Mantener el alcance del certificado</b>	ISO 9001:2015
Se recomienda <b>Mantener el alcance del certificado</b>	ISO 14001:2015
Se recomienda <b>Mantener el alcance del certificado</b>	ISO 45001:2018
<b>Nombre del auditor líder:</b> LUZ STELLA BERON ZEA Coordinador: Líder ISO 14001:2015 Líder ISO 45001:2018 Líder ISO 9001:2015	<b>Fecha:</b> 2025 12 09

**9. ANEXOS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE INFORME**

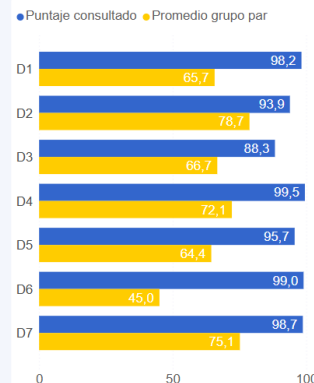
Anexo 1	Correcciones, análisis de causa y acciones correctivas	X
Anexo 2	Información específica de esquemas de certificación de sistema de gestión	N/A
Anexo 3	Plan de auditoría F-PS-530 PLAN DE AUDITORIA EN SITIO – SISTEMAS DE GESTIÓN (Adjuntar el plan a este formato y el F-PS-654 FORMATO DE PROYECTOS EJECUTADOS Y EN EJECUCIÓN, cuando aplique)	X
Anexo 4	Aceptación de los resultados de la auditoría firmada por la organización.	X
Anexo 5	Análisis de riesgos de auditorías de sistemas de gestión F-PS-946	N/A
Anexo 6	Confirmación de cumplimiento de los objetivos de la auditoría con el uso de las TIC	N/A
Anexo 7	Declaración de aplicación (solo para ISO 28001)	N/A
Anexo 8	Verificación de riesgos y requisitos para realizar auditorías con la participación de Expertos Técnicos	N/A

### 3. Modelo Integrado de Planeación y Gestión

En el subprograma del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), durante la vigencia 2025 se reportó la información correspondiente a la vigencia 2024 sobre la implementación de las dimensiones y políticas establecidas por MIPG. La información institucional fue reportada en el Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG), que es la herramienta en línea de reporte de avances de la gestión, como insumo para el monitoreo, evaluación y control del desempeño institucional. Los resultados obtenidos fueron muy buenos, alcanzando un 93,6 sobre 100 puntos posibles en el Índice de Desempeño Institucional (IDI), que nos ubica en el quintil 5. Igualmente, la evaluación de todas las 7 dimensiones estuvo por encima del 90%, con excepción de la dimensión3 “Gestión con Valores para Resultados” que obtuvo un 88,3%. La mayoría de las políticas institucionales también superaron la meta del 90%, quedando con planes de acción las políticas de racionalización de tramites, gobierno digital, compras y contratación y gestión documental.

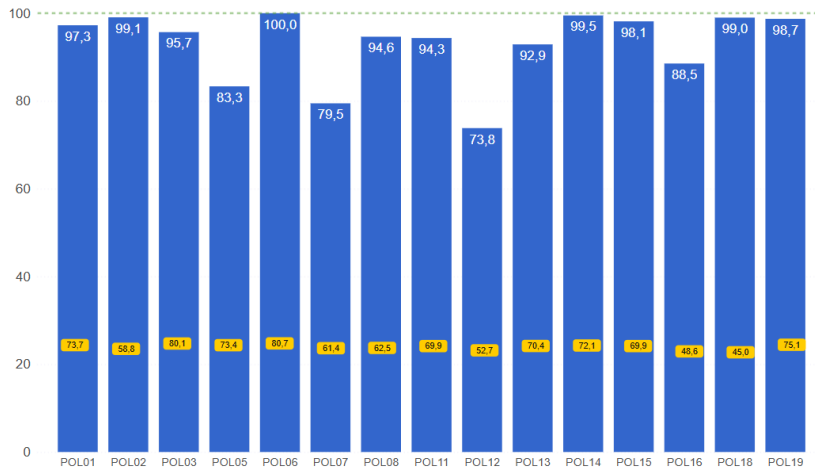


#### II. Índices de las dimensiones de gestión y desempeño



Dimensión	Puntaje consultado
D1: Talento Humano	98,2
D2: Direccionamiento Estratégico y Planeación	93,9
D3: Gestión con Valores para Resultados	88,3
D4: Evaluación de Resultados	99,5
D5: Información y Comunicación	95,7
D6: Gestión del Conocimiento	99,0

### III. Índices de las políticas de gestión y desempeño



#### POLITICAS

- ▲ POL01: Índice de Gestión Estratégica del Talento Humano
- POL02: Índice de Integridad
- POL03: Índice de Planeación Institucional
- POL05: Índice de Compras y Contratación Pública
- POL06: Índice de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
- POL07: Índice de Gobierno Digital
- POL08: Índice de Seguridad Digital
- POL11: Índice de Servicio a las ciudadanías
- POL12: Índice de Racionalización de Trámites
- POL13: Índice de Participación Ciudadana en la Gestión Pública
- POL14: Índice de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
- POL15: Índice Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción
- POL16: Índice de Gestión Documental
- POL18: Índice de Gestión del Conocimiento
- POL19: Índice de Control Interno

#### 4. Mejoramiento de la Gestión Institucional

Durante la vigencia 2025 se desarrollaron diferentes actividades alineadas al mejoramiento continuo, dentro de las cuales podemos destacar:

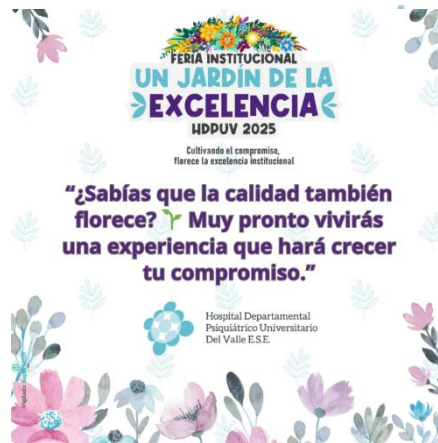
- **Feria de la excelencia 2025**

Tuvimos grandes avances en el tema de referenciación, desarrollando referenciaciones internas y externas en busca de las mejores prácticas. Realizamos 5 procesos de referenciación con otras entidades en diferentes temas para el avance y cierre de las brechas identificadas, además de nuestra jornada de referenciación interna en el tema de gestión de comités institucionales y desarrollamos nuestra feria de la excelencia en su sexta versión denominada “UN JARDIN DE LA EXCELENCIA HDPUV 2025”, con el lema CULTIVANDO EL COMPROMISO FLORECE LA EXCELENCIA INSTITUCIONAL, consolidándose como una de las principales actividades institucionales que nos ha permitido.

- Promover el reconocimiento del trabajo interno en pro de la excelencia.
- Socializar a nuestros colaboradores y demás grupos de interés, los logros, avances, las experiencias exitosas, brindando herramientas de conocimiento de fácil recordación, explorando de manera presencial la implementación del Sistema Único de Acreditación, Sistema Integrado de Gestión y su articulación con otros sistemas de gestión.
- Fomentar la apropiación de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo y de los diferentes sistemas de gestión que tiene implementado nuestra institución.
- Incentivar el trabajo en equipo y la comunicación entre áreas.
- Vincular al personal y terceros de forma activa a través de dinámicas educativas y creativas.

# FERIA INSTITUCIONAL UN JARDÍN DE LA EXCELENCIA HDDUV 2025

Cultivando el compromiso, florece la excelencia institucional



En el marco de nuestro compromiso con la transparencia y el mejoramiento continuo, desde 2024 este evento institucional se realiza de puertas abiertas, convocando no solo a nuestros colaboradores y terceros, sino también al público en general y a otras entidades del sector salud.

Durante los dos días de desarrollo, contamos con la participación de 335 asistentes, entre colaboradores, invitados especiales, proveedores y representantes de instituciones externas, quienes vivieron una experiencia cercana y participativa para conocer de primera mano los avances alcanzados en los ejes del Sistema Único de Acreditación, así como en nuestros procesos estratégicos, misionales y de apoyo.

Este espacio permitió evidenciar cómo la gestión institucional se traduce en prácticas concretas que fortalecen la calidad, la seguridad y la humanización en la prestación de servicios de salud mental, reafirmando nuestro compromiso permanente con la excelencia y la generación de valor para nuestros usuarios y sus familias.





**1<sup>er</sup> Puesto**

**Eje de transformación Cultural**



## 2<sup>do</sup> Puesto

### Eje Gestión de la Tecnología



## 3<sup>er</sup> Puesto

### Eje Gestión del Riesgo

**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**  
Herramienta de Gestión ALMERA

**RECUERDA QUE...**

- El reporte de eventos adversos o incidentes, no conformes y manifestaciones (PORSF) se realiza a través de la herramienta ALMERA.
- Todo informe de auditoría de las diferentes entidades y organismos (secretaría de salud, EAPB, revisoría fiscal, contraloría, etc) que deriven un plan de mejoramiento, este se debe elaborar en el formato FOR-SIG-12 PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL, y enviarlo a la oficina de calidad para su revisión y consolidación.
- El reporte de indicadores de proceso y programas institucionales se debe cargar en la herramienta ALMERA con su respectivo análisis hasta el día 10 hábil de cada mes.
- Si el resultado del indicador presenta tres (3) periodos consecutivos con resultados que incumplan la meta, se debe formular plan de mejoramiento en el formato FOR-SIG-12 PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL y enviarlo a la oficina de calidad para su revisión y consolidación.
- Se debe mantener la información del proceso actualizada (procedimientos, guías, protocolos y formatos), la información documentada tiene una vigencia máxima de 5 años.
- La revisión y actualización de las políticas institucionales adoptadas por el HDPUV, debe ser revisadas mínimo cada año en el comité o equipo de trabajo asociado.

**SOGC** Sistema Organismo de Gestión de Calidad  
**IONET** Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación  
**mipg** modelo integrado de planeación y gestión  
**Invimó** Instituto de Vigilancia y Administración del Riesgo  
**PLANETREE INTERNATIONAL**

**BIENVENIDOS**

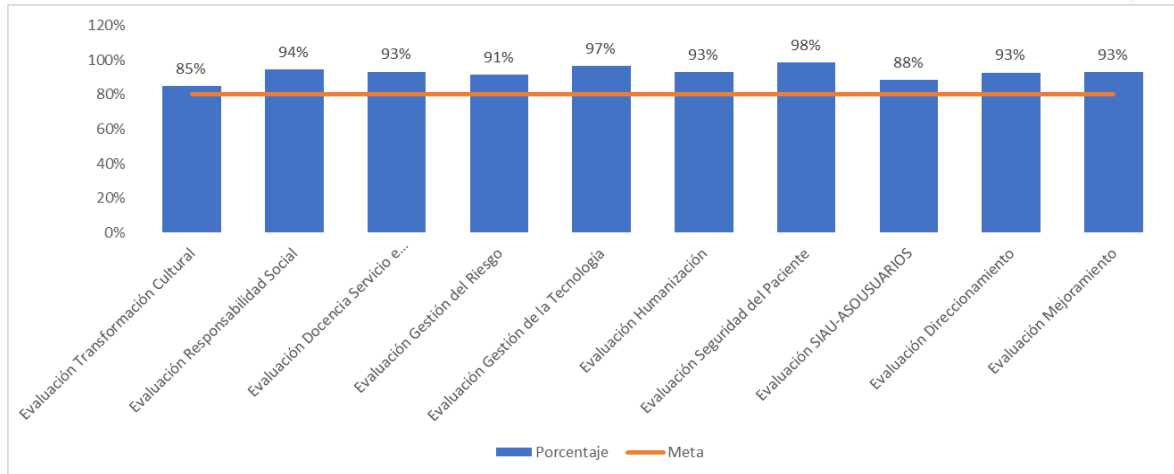
a este jardín, un espacio donde la naturaleza nos recuerda que, al igual que las plantas, las personas necesitamos atención, protección y amor para florecer.

Cada planta simboliza un principio de autocuidado y nos inspira a cultivar el bienestar día a día, con hábitos y constancia.  
"Este jardín refleja la mente humana: diversa, frágil y a la vez fuerte."

Así como las plantas requieren agua, luz y cuidado, nosotros necesitamos autocuidado, apoyo y un entorno seguro para crecer, transformamos y volver a florecer"



Evaluamos los temas socializados mediante un cuestionario en código QR, obteniendo un promedio de calificación en la adherencia del 92.5% sobre una meta institucional del 80%.



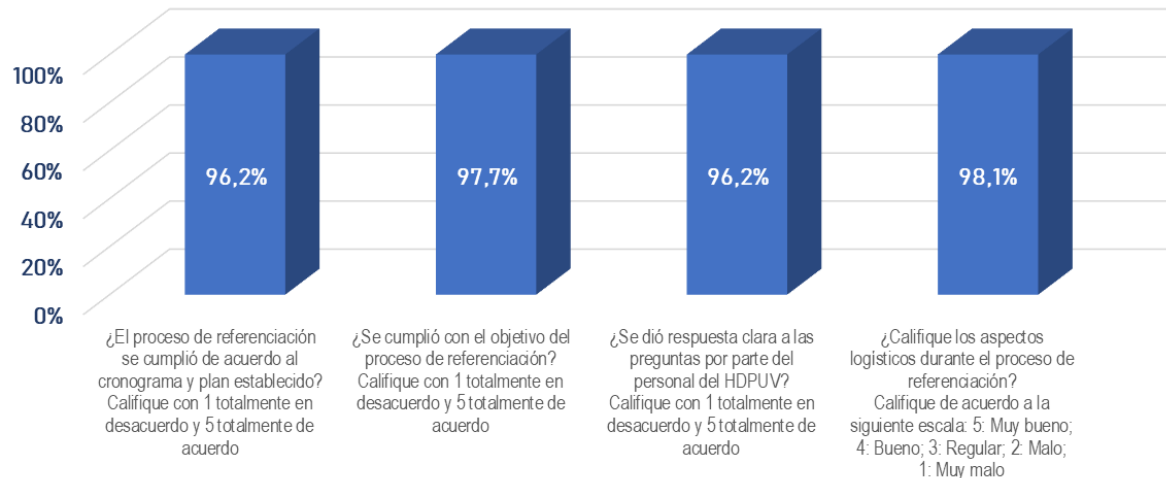
## 5. Referenciación

Como institución acreditada y referente nacional y regional en salud mental, evidenciamos un incremento en las solicitudes de referenciación por parte de otras organizaciones del sector y otros sectores, pasando de 8 en la vigencia 2024 a 10 en el año 2025, lo que nos llevó a realizar nuestra segunda jornada institucional de referenciación en junio del 2025 con la asistencia de 52 personas. Estos procesos se desarrollaron con instituciones públicas y privadas, tanto acreditadas como en proceso de acreditación.



Abrimos nuestras puertas con transparencia y vocación de servicio para compartir buenas prácticas, lecciones aprendidas y estrategias de gestión que han fortalecido nuestros ejes de acreditación, programas institucionales y procesos asistenciales y administrativos. Como resultado, las jornadas de referenciación alcanzaron niveles de satisfacción superiores al 97%, reflejando la pertinencia, aplicabilidad y valor generado para las instituciones visitantes.

### Calificaciones encuesta satisfacción procesos de referenciación



Los comentarios recibidos reafirman nuestro compromiso con el mejoramiento continuo, la transferencia de conocimiento y la consolidación de redes colaborativas que impulsan la excelencia en la prestación de servicios de salud mental en el país.

- Gracias por compartir el proceso que han vivido para llegar hoy a ser un hospital de calidad. Gracias por permitir que otras entidades también lo logremos. Gestionar el conocimiento y sobre todo las experiencias hace un mundo mejor.
- Lo expuesto por cada uno de los ponentes, deja en evidencia el trabajo arduo y constante de mantener el cumplimiento en el marco de estándares superiores de calidad
- Agradecer por la claridad y transparencia del proceso
- Agradecemos el espacio, la apertura y disposición
- Muchísimas gracias por su tiempo y excelente disposición.
- Felicitar a todo el equipo del Hospital Psiquiátrico por su disposición y por todo el trabajo que han venido realizando por la salud de todos sus pacientes.

#### 3.1.2.2. PROGRAMA POSICIONAMIENTO Y RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL

##### 1. Reconocimientos

En los últimos dos años, como institución acreditada en el marco del Sistema Único de Acreditación, hemos fortalecido nuestro posicionamiento institucional mediante la obtención de reconocimientos y la participación activa como ponentes y conferencistas en foros, simposios y eventos académicos y sectoriales. Estos espacios nos han permitido visibilizar nuestras buenas prácticas, resultados en calidad y estrategias de mejoramiento continuo, consolidándonos como referente en la prestación de servicios de salud mental en Colombia.

De manera articulada, hemos trabajado con actores estratégicos como la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca y diversas instituciones de educación superior, promoviendo escenarios de diálogo, formación e intercambio de conocimiento. A través de la realización y participación en

simposios y encuentros académicos, hemos contribuido al fortalecimiento del abordaje integral de la salud mental en distintos ámbitos asistenciales, comunitarios y académicos.

Estos avances reflejan no solo el reconocimiento externo alcanzado, sino también la madurez de nuestro sistema de gestión y el impacto sostenible de nuestras acciones en la calidad, la humanización y la excelencia del servicio.

- Reconocimiento “100 Mujeres Más Influyentes del Valle del Cauca”:
- En agosto de 2025, la gerente y la institución fueron reconocidas por el Concejo Municipal de Candelaria, destacando su liderazgo en el sector salud. El reconocimiento resalta su contribución al fortalecimiento de la salud, en especial la salud mental, en la región.
- Reconocimiento a las buenas prácticas de desarrollo sostenible otorgado por Pacto global red Colombia y cámara de comercio de Bogotá, por su destacado cumplimiento del ODS 7: Energía asequible y no contaminante, mediante la estrategia “Iluminando vidas con energía sostenible” agosto 13 de 2025.
- Reconocimiento nacional: En julio de 2025, fuimos reconocidos por el Instituto Nacional de Salud y la revista El Congreso durante el Encuentro Nacional para la Salud de Colombia, por demostrar altos estándares de calidad y contribuir significativamente al fortalecimiento de la salud mental en el país.
- Reconocimiento en medios y exaltación institucional (julio de 2025): Destacados en la portada de la revista El Congreso con el artículo "Así transformamos la salud mental – Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle", donde se exalta nuestro modelo innovador y el compromiso con una atención en salud mental centrada en la persona.

## 2. Ponencias y participación en eventos nacionales e internacionales

- Participación como ponente en el Congreso de Seguridad del Paciente. Clínica Montserrat. 26 de septiembre de 2025.
- XX Congreso Nacional de Salud 2025 – Consultorsalud. Agosto 28 y 29 de 2025. Panelista en el tema: Modelos de prestación acreditados en la psiquiatría, neumología, oncología y academia: Estrategias transferibles para su gestión.
- XXII Congreso Acción por la Salud de Todos (31 de julio – 1 de agosto de 2025): Participamos como panelistas y apoyamos en la organización de este congreso liderado por ACESI y FUNDASUPERIOR, realizado en Cali. El evento abordó innovación, humanización y tecnologías como IA y Big Data para mejorar la gestión hospitalaria.
- Primer Encuentro Nacional para la Salud en Colombia (julio de 2025) – Participación como panelista en el conversatorio “La Salud Mental”, junto a autoridades nacionales, resaltando la experiencia y el compromiso del hospital en la prestación de una atención integral, humanizada y centrada en el paciente.
- Encuentro Regional de Calidad en el Sector Salud (julio de 2025): Participamos como ponentes en esta jornada organizada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Presentamos el tema "Humanización de la atención en salud mental con enfoque intersectorial". Se compartieron buenas prácticas para mejorar la calidad en el sector del sur occidente colombiano.

- Participamos en la Jornada de Atención en Salud, organizada por la Alcaldía de Santiago de Cali y dirigida a la población migrante, en coordinación intersectorial y al proyecto PAIS, realizada el 6 de junio de 2025.
- VIII Foro de Soluciones Exitosas e Innovación – ACHC (22-23 de mayo de 2025): Participamos como ponentes en este foro realizado en Medellín, que reunió a más de 500 representantes del sector salud. Presentamos la iniciativa "Ambientalmente – Transformando la salud mental a través de la sostenibilidad ambiental y la responsabilidad social".
- IX Foro Nacional de Acreditación en Salud – ICONTEC (5–6 de mayo de 2025): Participamos con un stand institucional en este evento técnico realizado en Bogotá, centrado en los retos y avances en acreditación en salud. Socializamos nuestras buenas prácticas en la formación integral del talento humano para el sector salud, reafirmando el compromiso con la calidad y el mejoramiento continuo.
- Webinar Internacional de la RED ENSI (mayo de 2025): Participamos como ponentes con la presentación "Creciendo Juntos: Hacia un cuidado integral para niños y adolescentes con alteraciones mentales". El evento contó con la participación de representantes de 10 países, promoviendo el intercambio de experiencias y enfoques internacionales en salud mental infantil y juvenil.
- Jornadas de capacitación de la red social y comunitaria en salud mental (mayo–junio de 2025): Realizamos tres jornadas dirigidas a fortalecer las capacidades de la red social y comunitaria en el abordaje integral de la salud mental. Estas actividades promovieron el trabajo articulado entre sectores y el enfoque comunitario en la atención psicosocial.
- V Encuentro de Universidades – Reflexiones en Psiquiatría (mayo de 2025): Realizamos este espacio académico con la participación de las universidades del Valle, ICESI y Libre. El encuentro fomentó el diálogo interdisciplinario y la reflexión crítica sobre los retos actuales en la formación y práctica en psiquiatría.
- Foro "Salud en Emergencia" – Gobernación del Valle (febrero de 2025): Participamos en este espacio de diálogo sobre la crisis del sistema de salud, reafirmando nuestro compromiso con la búsqueda de soluciones estructurales. Se abordaron los desafíos financieros de la red pública hospitalaria y las dificultades en la atención a los pacientes.
- XVII Seminario Taller de Contratación de Servicios de Salud – ACESI (20 y 21 de febrero de 2025): Participamos como ponentes en esta edición realizada en San Andrés, con la conferencia titulada "*Cómo una estrategia innovadora en la cultura organizacional aporta valor al modelo de atención y contratación en una ESE*". En este espacio se socializaron modelos innovadores de contratación y se presentaron estrategias valiosas desde la perspectiva institucional.

### **Anexo fotográfico LOGROS, RECONOCIMIENTO Y PARTICIPACIONES 2025**

XX Congreso Nacional de Salud 2025 – Consultorsalud. Agosto 28 y 29 de 2025. Panelista en el tema: Modelos de prestación acreditados en la psiquiatría, neumología, oncología y academia: Estrategias transferibles para su gestión.

CONOZCA LOS EXPERTOS INVITADOS Y LA AGENDA TEMÁTICA

## Conferencistas confirmados



**Dr. Jorge Toro Rivera**  
Director ejecutivo de la Unión de IPS de Colombia UNIPS



**Dr. Julio Mario Orozco**  
Gerente General de Orozco Jervis Consultoría SAS



**Dra. María Fernanda Burgos Castillo**  
Gerente del Hospital Psiquiátrico del Valle



**Dra. Silvia Adriana Paz Bastidas**  
Gerente General del Instituto Cancerológico de Nariño

29 AGOSTO - PRIMERA JORNADA

**XX CONGRESO NACIONAL DE SALUD**

VIERNES 29 DE AGOSTO

**8:00 - 8:45 am**

- Intervención de EPS en Colombia - El caso Keralty
- Dr. Juan David Riveros Barragán, Abogado y Vocero de Keralty

**8:45 - 9:25 am**

- El Laberinto de la Reforma: Cómo construir una visión de largo plazo para la salud en Colombia
- Dr. Iván Darío González, Gerente de Gressa

**9:25 - 9:50 am**

- Nada sobre nosotros sin nosotros: Hoja de ruta de participación vinculante en salud
- Dr. Néstor Álvarez, Presidente de la Asociación Pacientes de Alto Costo

**9:50 - 10:20 am**

Coffee break

**10:20 - 10:55 am**

- Eficiencias 360 para EPS e IPS con tecnologías de la cuarta revolución industrial
- Dr. Álvaro Puerto Valencia, Presidente de SIES SALUD

**10:55 - 11:45 am**

- Panel: Modelos de prestación acreditados en la psiquiatría, neumología, oncología y academia: Estrategias transferibles para su gestión
- Dr. Alejandro Casas Herrera, Director General de la Fundación Neumológica de Colombia
- Dra. Silvia Adriana Paz Bastidas, Gerente General del Instituto Cancerológico de Nariño
- Dr. Ricardo Arturo Hoyos Lanziano, Gerente General del Hospital Mental de San Andrés
- Dra. María Fernanda Burgos Castillo, Gerente General del Hospital Departamental Psiquiátrico del Valle**
- Moderadora: Dr. Juan Carlos Giraldo, Director General de la ACHC

XXII Congreso Acción Por la Salud de Todos Organizado por ACESI (31 de julio – 1 de agosto de 2025)



INFOR



**Reconocimiento “100 Mujeres Más Influyentes del Valle del Cauca” (agosto de 2025)**



**Reconocimiento del Pacto Global Red Colombia y Cámara de Comercio de Bogotá por sus buenas prácticas de Desarrollo Sostenible gracias a la estrategia “Iluminando vidas con energía sostenible” (agosto 134 de 2025).**





**Encuentro Regional de Calidad en el Sector Salud (julio de 2025):** Participamos en esta jornada organizada por el Ministerio de Salud y Protección Social. "atención en salud mental con enfoque intersectorial"



**Reconocimiento en medios y exaltación institucional (julio de 2025):** Destacados en la portada de la revista El Congreso con el artículo "Así transformamos la salud mental – Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle"



**Primer Encuentro Nacional para la Salud en Colombia (julio de 2025)** – Participación como panelista en el conversatorio “*La Salud Mental*”, junto a autoridades nacionales, resaltando la experiencia y el compromiso del hospital en la prestación de una atención integral, humanizada y centrada en el paciente.



**Reconocimiento nacional:** En julio de 2025, fuimos reconocidos por el Instituto Nacional de Salud y la revista *El Congreso* durante el Encuentro Nacional para la Salud de Colombia, por demostrar altos estándares de calidad y contribuir significativamente al fortalecimiento de la salud mental en el país.



**Miembros de Planetree:** Desde Julio del 2025 formamos parte de Planetree, una red internacional comprometida con la humanización de la atención en salud. Esta membresía respalda nuestro enfoque centrado en la persona, impulsando prácticas que promueven el respeto, la empatía y la participación activa del paciente en su proceso de cuidado.



Planetree ALC se complace en dar la bienvenida al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle como entidad afiliada.

Estamos seguros que con el esfuerzo y la dedicación de todos los colaboradores y en asociación con Planetree, el hospital continuará mejorando procesos con enfoque de mejora continua.

**Certificación en Buenas Prácticas Clínicas (BPC) por parte del INVIMA, los días 16, 17 y 18 de junio de 2025.**



República de Colombia  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima

Resolución No. 2025027200 del 03 de julio de 2025

**Por la cual se otorga la Certificación de cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E., identificado con NIT 890.304.155-8**

El Director Técnico (E) de Medicamentos y Productos Biológicos del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -Invima, delegado mediante Resolución número 2012030820 del 19 de octubre de 2012, en ejercicio de las facultades Legales Conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 677 de 1995, Resolución 2378 de 2008, Ley 1437 de 2011 y Ley 1755 de 2015.

**Participamos en la Jornada de Atención en Salud**, organizada por la Alcaldía de Santiago de Cali y dirigida a la población migrante, en coordinación intersectorial y al proyecto PAISS, realizada el 6 de junio de 2025.



los esperamos a la población en específico

de  
dad

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI

**Jornada de atención en salud dirigida a la población migrante, en coordinación intersectorial y el proyecto PAISS**

Te invitamos a participar en esta jornada para cuidar tu salud y participar de las actividades educativas.  
¡Tu bienestar es nuestra prioridad!

**Viernes, 06**  
de junio de 2025

Polideportivo  
María Isabel Urrutia  
Carrera 48 # 38-00  
barrio Mariano Ramos

**Hora:**  
8:00 a.m. a 4:00 p.m.

**PAISS** Proyecto Apoyo Integral al Sistema de Salud en Migración

**Plan de Capacitación 2025**

Red Internacional de Enfermería en Salud Infantil  
**RED ENSI**

**BARBARA BAEZA ROMERO**  
RED ENSI CHILE

EXPERIENCIA DE UN MODELO DE REHABILITACIÓN CON ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.

**SHIRLEY CHILATRA OSORIO**  
RED ENSI COLOMBIA

"CRECIENDO JUNTOS: CAMINO HACIA UN MODELO DE CUIDADO INTEGRAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON AFECIONES MENTALES"

"CUIDADO HUMANIZADO: INNOVANDO Y UNIENDO FUERZAS PARA UNA SALUD INFANTIL INTEGRAL Y GLOBALIZADA"

AUSPICIAN 4 CREDITOS ACADÉMICOS AL FINALIZAR EL PLAN ANUAL

**UPEU** **CIENTÍFICA**

FECHA **Miércoles 21 mayo**

HORA **12:00 hrs - 14:00 hrs PERU**

12:00 m (GMT -5) 13:00pm (GMT -3) 14:00pm (GMT -3)

**VIII Foro de Soluciones Exitosas e Innovación – ACHC (22-23 de mayo de 2025):** Participamos como ponentes en este foro realizado en Medellín, que reunió a más de 500 representantes del sector salud. Presentamos la iniciativa "AmbientAMENTE – Transformando la salud mental a través de la sostenibilidad ambiental y la responsabilidad social".



**V Encuentro de Universidades – Reflexiones en Psiquiatría (mayo de 2025):** Realizamos este espacio académico con la participación de las universidades del Valle, ICESI y Libre.



**IX Foro Nacional de Acreditación en Salud – ICONTEC (5–6 de mayo de 2025):** Participamos con un stand institucional. Socializamos nuestras buenas prácticas en la formación integral del talento humano para el sector salud, reafirmando el compromiso con la calidad y el mejoramiento.



**Hospital Universitario (31 de julio de 2025):** Recibimos evaluación favorable por parte de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud, obteniendo el reconocimiento oficial como Hospital Universitario mediante el Acuerdo No. 028 de 2025.



**ACUERDO No. 028 DE 2025**  
(31 de julio de 2025)

**POR EL CUAL SE RESUELVE LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO A LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE - SEDE 01,- CALI, VALLE DEL CAUCA CÓDIGO REPS PRESTADOR: 7600103609-01**

**LA COMISIÓN INTERSECTORIAL PARA EL TALENTO HUMANO EN SALUD**

**ACUERDA:**

**ARTÍCULO PRIMERO.** - RECONOCER a la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE - SEDE 01, de CALI, VALLE DEL CAUCA, con código REPS 7600103609-01, como HOSPITAL UNIVERSITARIO, por el término de siete (7) años.

**PARÁGRAFO 1º.**- Este reconocimiento se perderá cuando la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud determine que la Institución Prestadora de Servicios de Salud incumple alguno de los requisitos definidos en el artículo 100 de la Ley 1438 de 2011.

**Foro “Salud en Emergencia” – Gobernación del Valle (febrero de 2025):** Participamos en este espacio de diálogo sobre la crisis del sistema de salud, reafirmando nuestro compromiso con la búsqueda de soluciones estructurales.



**XVII Seminario Taller de Contratación de Servicios de Salud – ACESI (20 y 21 de febrero de 2025):** Participamos como ponentes en esta edición realizada en San Andrés, con la conferencia titulada “Cómo una estrategia innovadora en la cultura organizacional aporta valor al modelo de atención y contratación en una ESE”.



### 3.1.2.3. PROGRAMA GESTION DEL RIESGO

#### 1. Líneas de Defensa en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle

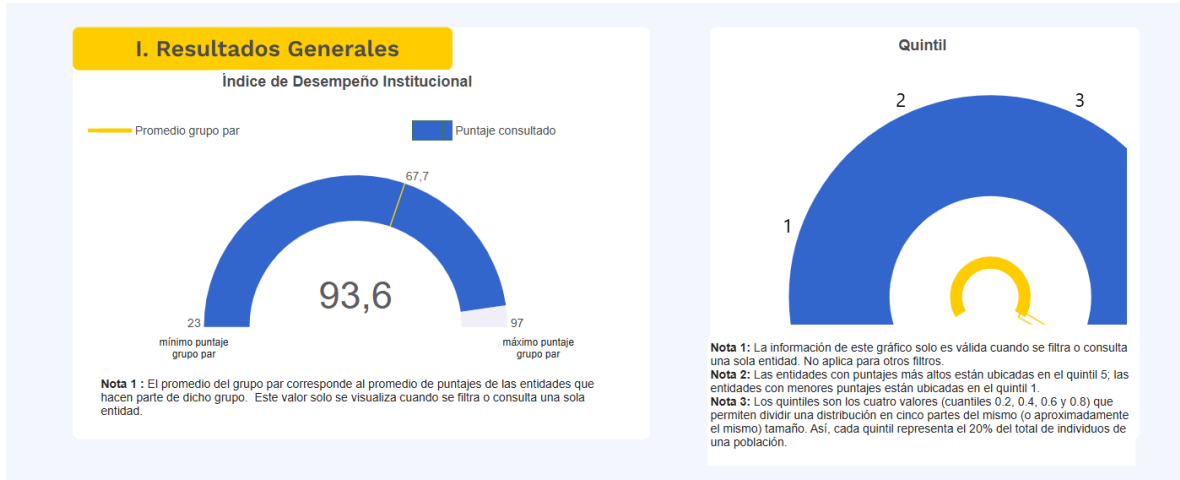
- Primera Línea de Defensa: Ejecuta las decisiones y acciones en los procesos del hospital bajo directrices del Comité de Coordinación de Control Interno.
- Segunda Línea de Defensa: Responsable de desarrollar y aplicar las directrices de la línea estratégica, demostrando un fuerte compromiso con la implementación del Sistema de Control Interno.
- Tercera Línea de Defensa: Apoya en la implementación del Sistema de Control Interno, asegurando la correcta ejecución de los procesos.

#### Resultados:

- En 2025, el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) fortaleció su gestión del riesgo mediante una auditoría exitosa de su Sistema Integrado de Gestión (ISO 9001, 14001, 45001) en septiembre, destacando logros en calidad y seguridad.
- Fue reconocido como hospital universitario por siete años, garantizando altos estándares en atención e investigación, y participó activamente en congresos de salud sobre gestión del riesgo y bienestar.
- En la vigencia 2025 se implementaron las 7 dimensiones del Modelo Integrado de planeación y de gestión para desarrollar el FURAG,
- El Sistema de Control interno del HDPUV, en la medición de desempeño institucional (FURAG) obtuvo en la vigencia 2024 la mejor puntuación a nivel regional Valle entre las cuarenta y siete entidades hospitalarias que realizan este

reporte y quinto a nivel nacional, el tercer puesto entre las doscientas cuarenta y seis entidades públicas a nivel regional.

## 2. Resultados FURAG



En los resultados en la Evaluación de Índice de Desempeño Institucional para la vigencia 2024 realizado por el Departamento Administrativo de la función Pública.

Ocupamos el 1 puesto entre 47 entidades Hospitalarias del Departamento.

Función Pública		MEDICIÓN DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	
Entidad	Departamento	Grupo Par	Índice de Desempeño Institucional
HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO	VALLE DEL CAUCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C	93,6
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	VALLE DEL CAUCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C	85,4
HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA - YUMBO	VALLE DEL CAUCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C	84,6
HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA - FLORIDA	VALLE DEL CAUCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C	81,6
HOSPITAL TOMAS URIBE URIBE - TULUA	VALLE DEL CAUCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C	81,0
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL ZARZAL	VALLE DEL CAUCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C	73,6
HOSPITAL FRANCINETH SANCHEZ HURTADO	VALLE DEL CAUCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C	73,2
HOSPITAL DIVINO NIÑO - BUGA	VALLE DEL CAUCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C	69,9
HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ - TULUA	VALLE DEL CAUCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C	69,4
HOSPITAL SAN VICENTE FERRER - ANDALUCIA	VALLE DEL CAUCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C	68,9
HOSPITAL DEPARTAMENTAL CENTENARIO DE SEVILLA	VALLE DEL CAUCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C	68,7
HOSPITAL SANTA CRUZ - TRUJILLO	VALLE DEL CAUCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C	67,8

Ocupamos el 3 puesto entre las 246 entidades públicas del Departamento.

Función Pública		MEDICIÓN DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	
Entidad	Departamento	Grupo Par	Índice de Desempeño Institucional
GOBERNACION DE VALLE DEL CAUCA	VALLE DEL CAUCA	GOBERNACIONES	94,9
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE BELLAS ARTES	VALLE DEL CAUCA	INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS	94,3
<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE</b>	<b>VALLE DEL CAUCA</b>	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GRUPO 1</b>	<b>93,6</b>
UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA	VALLE DEL CAUCA	ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS GRUPO 1	90,3
ALCALDIA DE ROLDANILLO	VALLE DEL CAUCA	ALCALDÍA GRUPO 3	88,5
UNIDAD EJECUTORA DE SANEAMIENTO DEL VALLE DEL CAUCA	VALLE DEL CAUCA	ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS GRUPO 2	88,0
CANAL REGIONAL DE TELEVISION PARA EL PACIFICO -TEVALLE DEL CAUCA	VALLE DEL CAUCA	EMPRESA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DE	87,6
ALCALDIA DE LA UNION - VALLE DEL CAUCA	VALLE DEL CAUCA	ALCALDÍA GRUPO 2	87,1
EMPRESA REGIONAL DE SERVICIO PUBLICO DE ASEO DIVALLE DEL CAUCA	VALLE DEL CAUCA	EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOM	87,1
RED DE SALUD DEL NORTE	VALLE DEL CAUCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GRUPO 1	86,8

Ocupamos el 5 puesto entre 584 hospitales / Empresas social del estado a nivel nacional.

Función Pública		MEDICIÓN DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	
Entidad	Departamento		Índice de Desempeño Institucional
HOSPITAL ERASMO MEOZ	NORTE DE SANTANDER		97,0
HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO SANTA SOFIA DE CALDAS	CALDAS		95,7
HOSPITAL 7 DE AGOSTO DE PLATO - MAGDALENA	MAGDALENA		95,5
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE ISNOS	HUILA		95,4
<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE</b>	<b>VALLE DEL CAUCA</b>		<b>93,6</b>
HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA	BOYACÁ		93,6
HOSPITAL SAN JOSE DE TADO	CHOCÓ		93,3
HOSPITAL SAN ANTONIO VILLAMARIA CALDAS	CALDAS		92,9
HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL -ENVIGADO	ANTIOQUIA		92,4
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO DE NIVEL II	LA GUAJIRA		92,2
HOSPITAL ARSENIO REPIZO VANEGAS - SAN AGUSTIN	HUILA		92,0

El Índice de Desempeño Institucional es el ejercicio mediante el cual se busca medir anualmente la gestión y desempeño de las entidades públicas del orden nacional y territorial, en este ejercicio el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E para el año 2024, ocupó el puesto 50 entre 3.371 entidades a nivel nacional

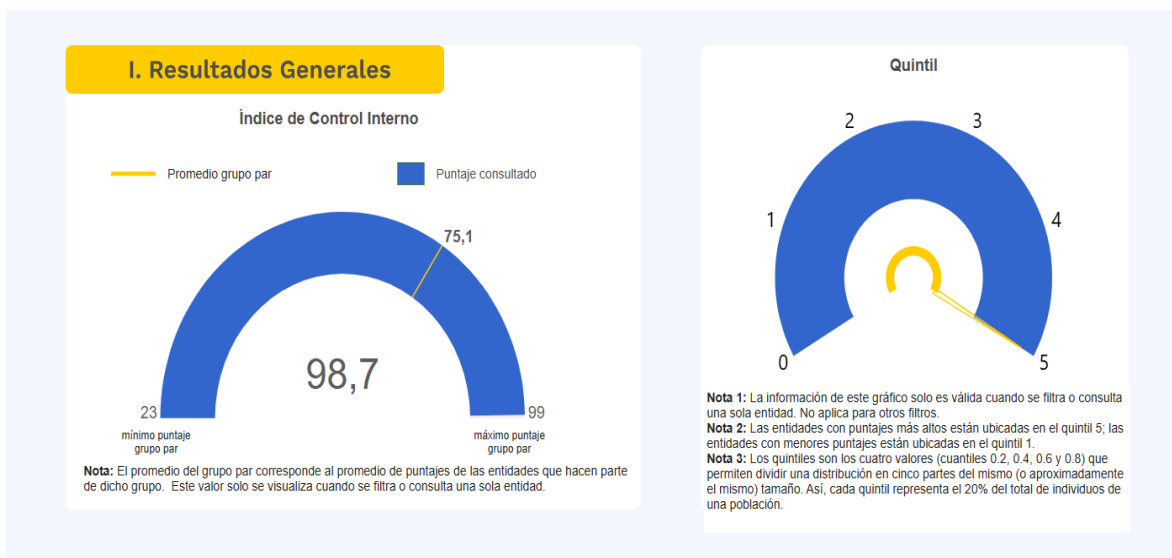
### 3. Efectividad del sistema de control interno

- Fortalecimiento del Sistema de Control Interno (SCI): El SCI se ha fortalecido mediante el desarrollo y la aplicación del MECI en todos los componentes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
- Implementación de Acciones: En la vigencia 2025 se trabajó en el cumplimiento del MIPG, así como en la implementación de mejoras derivadas del FURAG 2024, posicionándose la entidad en los primeros lugares a nivel nacional y departamental en el desarrollo institucional.
- Desarrollo de Objetivos: Se establecieron y desarrollaron los objetivos de las políticas definidas por el MIPG, contribuyendo al fortalecimiento del SCI.

- Trabajo en Equipo: La línea estratégica impartió directrices a la segunda línea de defensa para trabajar de manera articulada en el desarrollo del MECI y MIPG, con el apoyo de la tercera línea de defensa en el Comité de Coordinación de Control.

#### 4. OPERATIVIDAD DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Desarrollo del MIPG y MECI: El HDPUV trabajó junto con los líderes en el desarrollo de las dimensiones del MIPG y MECI fortaleciendo los componentes del sistema de control interno, logrando avances significativos y mejorando el indicador del año 2024 en 1.5 puntos en relación al resultado de la medición de año 2023 (97.2), permitiendo continuar como una de las entidades con puntaje más alto (Quintil 5) y tener logros significativos a nivel regional y nacional.



#### Resultados FURAG 2024 MECI control interno: empresas sociales del estado

- Ocupamos el 1er puesto entre 47 hospitales / Empresas social del estado a nivel regional Valle con el mejor Índice de Control Interno.

Función Pública		MEDICIÓN DESEMPEÑO INSTITUCIONAL
Entidad	Departamento	D7 Control Interno
HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE	VALLE DEL CAUCA	98,7
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	VALLE DEL CAUCA	83,3
HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA - YUMBO	VALLE DEL CAUCA	88,0
HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA - FLORIDA	VALLE DEL CAUCA	92,0
HOSPITAL TOMAS URIBE URIBE - TULUA	VALLE DEL CAUCA	87,7
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL ZARZAL	VALLE DEL CAUCA	84,1
HOSPITAL FRANCINETH SANCHEZ HURTADO	VALLE DEL CAUCA	89,0
HOSPITAL DIVINO NIÑO - BUGA	VALLE DEL CAUCA	83,0
HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ - TULUA	VALLE DEL CAUCA	73,4
HOSPITAL SAN VICENTE FERRER - ANDALUCIA	VALLE DEL CAUCA	86,1
HOSPITAL DEPARTAMENTAL CENTENARIO DE SEVILLA	VALLE DEL CAUCA	84,5

- Ocupamos el 3er puesto entre 246 entidades a nivel regional con el mejor Índice de Control Interno.

Función Pública		MEDICIÓN DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	
Entidad	Departamento	D7 Control Interno	
GOBERNACION DE VALLE DEL CAUCA	VALLE DEL CAUCA	97,0	
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE BELLAS ARTES	VALLE DEL CAUCA	94,4	
<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE</b>	<b>VALLE DEL CAUCA</b>	<b>98,7</b>	
UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA	VALLE DEL CAUCA	92,9	
ALCALDIA DE ROLDANILLO	VALLE DEL CAUCA	93,6	
UNIDAD EJECUTORA DE SANEAMIENTO DEL VALLE DEL CAUCA	VALLE DEL CAUCA	94,6	
CANAL REGIONAL DE TELEVISION PARA EL PACIFICO -TELEPACIFICO LTDA.-	VALLE DEL CAUCA	93,6	
ALCALDIA DE LA UNION - VALLE DEL CAUCA	VALLE DEL CAUCA	93,2	
EMPRESA REGIONAL DE SERVICIO PUBLICO DE ASEO DE CANDELARIA SA	VALLE DEL CAUCA	92,2	
RED DE SALUD DEL NORTE	VALLE DEL CAUCA	96,6	
ALCALDIA DE ANSERMANUEVO VALLE DEL CAUCA	VALLE DEL CAUCA	89,2	
ALCALDIA DE YUMBO	VALLE DEL CAUCA	95,4	
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	VALLE DEL CAUCA	83,3	
HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA - YUMBO	VALLE DEL CAUCA	88,0	

- Ocupamos el 3er puesto entre 584 hospitales / Empresas social del estado a nivel nacional con el mejor Índice de Control Interno.

Función Pública		MEDICIÓN DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	
Fecha: 05 de agosto de 2025			
Entidad	Departamento	Municipio	POL19 Índice de Control Interno
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	99,3
HOSPITAL ERASMO MEOZ	NORTE DE SANTANDER	SAN JOSÉ DE CI	99,1
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	98,9
<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE VALLE DEL CAUCA</b>	<b>VALLE DEL CAUCA</b>	<b>CALI</b>	<b>98,7</b>
HOSPITAL SANTA LUCIA -FREDONIA	ANTIOQUIA	FREDONIA	98,3
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE ISNOS	HUILA	ISNOS	98,2
HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA	BOYACÁ	CHIQUINQUIRÁ	98,1
NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE SALADOBLANCO	HUILA	SALADOBLANCC	98,0
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD	NARIÑO	PASTO	98,0
HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO SANTA SOFIA DE CALDAS	CALDAS	MANIZALES	97,7
HOSPITAL SAN JOSE DE TADO	CHOCÓ	TADÓ	97,5

- Ocupamos el puesto 11 entre 246 entidades a nivel nacional con el mejor Índice de Control Interno.

Función Pública		MEDICIÓN DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	
Entidad	Departamento	D7 Control Interno	
ALCALDIA DE SABANETA	ANTIOQUIA	99,7	
ALCALDIA DE FUNZA	CUNDINAMARCA	99,7	
FONDO DE VIVIENDA DE INTERES SOCIAL - SABANETA	ANTIOQUIA	99,4	
ALCALDIA DE UBATE	CUNDINAMARCA	99,3	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	BOGOTÁ, D.C.	99,3	
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	BOGOTÁ, D.C.	99,2	
HOSPITAL ERASMO MEOZ	NORTE DE SANTANDER	99,1	
JARDIN BOTANICO DE BOGOTA JOSE CELESTINO MUTIS	BOGOTÁ, D.C.	99,1	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	BOGOTÁ, D.C.	98,9	
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS ENVIASEO	ANTIOQUIA	98,9	
<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE</b>	<b>VALLE DEL CAUCA</b>	<b>98,7</b>	
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA	CUNDINAMARCA	98,7	
BOMBEROS DE BUCARAMANGA	SANTANDER	98,7	

## Sistema de Control Interno y Cultura Organizacional del HDPUV

- En la vigencia 2025, la línea estratégica del HDPUV, junto con los líderes de proceso, desarrolló las 7 dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), fortaleciendo el Sistema de control interno.
- Revisión y Mejora Continua: Los resultados son revisados en el Comité de Coordinación de Control Interno, en donde se imparten las directrices para la mejora continua del modelo.
- Cultura Organizacional: En la vigencia 2025 se conmemoró el Día Nacional del Servidor Público con jornadas educativas y de reflexión para fortalecer la ética pública, la cultura de la legalidad y el comportamiento adecuado de los servidores públicos, igualmente se desarrolló la Feria de la Excelencia con una asistencia de 342 personas.
- Código de Conducta y Buen Gobierno: Se documentaron las situaciones de riesgo al interés público y se establecieron medidas para prevenir y gestionar conflictos de interés.
- Mecanismo de Reporte: Los servidores públicos reportaron las fallas o conflictos de interés a través del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU).
- Conflictos de Interés en Contratación: Los conflictos de interés durante las etapas contractuales se regulan teniendo como base el Manual de Contratación de la entidad y procesos de capacitación y seguimiento que se realizaron en el año 2025.

## Monitoreo de Riesgos Institucionales

- Riesgos Controlados: A todos los riesgos institucionales se les realizó seguimiento a sus controles para establecer la eficacia de los mismos y fijar acciones de en los casos que se requiera.
- Acciones Correctivas: Se revisaron los riesgos materializados y se impartieron directrices desde el Comité de Coordinación de Control Interno para tomar medidas correctivas y establecer ajustes de ser necesario.
- Informe a la Junta Directiva: El asesor de Control interno presentó el informe de gestión y los logros obtenidos en la vigencia 2025 a la Junta Directiva, en donde se presentó el desarrollo de las siete dimensiones del MIPG y de los componentes del MECI en el hospital, así como los resultados de la evaluación del FURAG.
- Manejo Adecuado de los Riesgos: El asesor de Control interno observó un monitoreo adecuado de los riesgos en los procesos, lo que contribuye al control efectivo de los mismos.
- Riesgos Materializados: Se materializaron los riesgos de caída, evasión, intento suicida y sistemas.
- Evaluación y Mitigación: Los riesgos de caída, evasión y de intento suicida fueron evaluados en el comité de Seguridad del Paciente en donde se impartieron directrices para mitigar el riesgo y sus controles.

## ACTIVIDADES DE CONTROL

### Plan Estratégico de Talento Humano

- Plan Institucional de Capacitación (PIC): se cumplió en un 98% a diciembre de 2025.

- Plan de Bienestar, Estímulos e Incentivos: Cumplimiento del 83% de las actividades propuestas.
- Evaluación del Desempeño Laboral: del 1/02/2024 al 31/01/2025: Evaluación cerrada satisfactoriamente al 100% de los evaluados y del 1/02/2025 al 31/07/2025: Se evaluó al 100% de los funcionarios
- Plan Anual de Vacantes: reportados, 104 vacantes distribuidas por niveles: profesional (42), técnico (4) y asistencial (58).
- Clima Laboral: El índice de favorabilidad del Clima Laboral está en desarrollo, dado que se mide cada dos años y este informe se presentará a 31 de diciembre de 2025.

### Mejoramiento Institucional

- Desarrollo de las Líneas de Defensa del MIPG: Se continúa trabajando en la integración de las líneas de defensa del MIPG para la toma de decisiones y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno (SCI).
- Comité de Mejoramiento: Seguimiento al SIG y proceso de acreditación, identificando y gestionando barreras.
- Oficina de Calidad: Apoyo a comités institucionales en la adopción de metodologías de mejoramiento. Comunicación: Presentación de boletines y publicaciones en redes sociales y pantallas institucionales.
- Proceso de Mercadeo y Comunicaciones El proceso cuenta con un proveedor para el desarrollo y soporte del Portal Web de la entidad.
- Actualización de Información Pública: Se ajustó y actualizó la información en el menú de transparencia, cumpliendo con la Ley 1712 de 2014 y la Resolución 1519 de 2020, con la actualización de documentos e informes.
- Cumplimiento de la Matriz de Comunicaciones: Se cumplió con lo proyectado en la matriz de comunicaciones, mejorando la comunicación interna y externa.
- Fortalecimiento de la Comunicación Interna y Externa: Establecimiento de mecanismos claros de comunicación, facilitando el ejercicio del control interno.
- Información Relevante: Generación de información confiable, oportuna, íntegra y segura para soportar el Sistema de Control Interno (SCI).
- Implementación de Software para Manifestaciones (PQRSF): La implementación de un software para gestionar las manifestaciones, mejorando la trazabilidad de las solicitudes administradas por el área de SIAU, permitiendo medir las 622 manifestaciones recibidas en el año 2025, de las cuales el 87.3% manifiestan felicitaciones por el servicio brindado.
- Políticas y Manuales: Se cuenta con políticas integrales de gestión tecnológica, seguridad de la información y protección de datos personales.
- Seguridad Perimetral: Equipos de seguridad con alta disponibilidad y licencias de antivirus para proteger la información institucional.
- Plan Anual de Auditoría (2025): Presentación y aprobación del plan anual de auditoría ante el Comité Institucional de Control Interno va en un cumplimiento del 100% del plan a diciembre de 2025.
- Monitoreo del PDI (Plan de Desarrollo Institucional): Se realizó verificación y socialización del PDI en la rendición de cuentas públicas del primer semestre de 2025. Las metas del PDI son monitoreadas dos veces al mes en el Comité de Gerencia.
- Seguimiento al cumplimiento del POA: Se cumplió en un 96% a diciembre de 2025 sobre los compromisos establecidos.

- Socialización de Resultados: Los avances del POA han sido socializados en el Comité de Gerencia, Junta Directiva, grupos de interés, comunidad hospitalaria y en la audiencia pública de rendición de cuentas.
- Evaluación del Control Interno: El Control Interno del HDPUV obtuvo en la medición de desempeño institucional (FURAG) de la vigencia 2024, realizado en el año 2025, la mejor puntuación a nivel regional Valle entre las cuarenta y siete entidades hospitalarias que realizan este reporte y quinto a nivel nacional, el tercer puesto entre las doscientas cuarenta y seis entidades públicas a nivel regional
- Planes de Mejoramiento: Consolidación de los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas en el FOR-SIG-12 y presentación de planes al Comité para la implementación de directrices para mejorar el Sistema de Control Interno (SCI).
- Seguimiento a Comités: se realizó seguimiento al cumplimiento de los objetivos de la resolución de creación, la asistencia y la periodicidad.
- Presentación de informes y seguimiento: La oficina de control interno presentó los informes del SCI, Furag, ITA, y realizó seguimiento a la rendición mensual de la plataforma de SIA Observa, SIA Contraloría, Secop, Pqrs, ejecución de las auditorías internas de control interno, seguimiento a comités y riesgos, entre otros.

#### 3.1.2.4. PROGRAMA RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL

El programa de responsabilidad social en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle es fundamental porque trasciende la atención clínica para generar un impacto positivo en la comunidad, promoviendo la inclusión, la dignidad y el bienestar de las personas con trastornos mentales.

Este enfoque se desarrolla de manera integral a través de tres dimensiones implementadas dentro de la institución: **AmbientalMente**, mediante la implementación de prácticas sostenibles que optimizan el uso de recursos, reducen la huella de carbono y promueven el cuidado del entorno; **EconómicaMente**, fortaleciendo la eficiencia en la gestión de los recursos públicos, garantizando la sostenibilidad financiera y el acceso equitativo a servicios de salud de calidad; y **SolidariaMente**, fomentando la participación comunitaria, el apoyo a poblaciones vulnerables y la reducción del estigma en salud mental. De esta manera, el hospital consolida su compromiso ético y humanizado, impactando positivamente no solo a los usuarios y sus familias, sino también al desarrollo social y sostenible de la región.

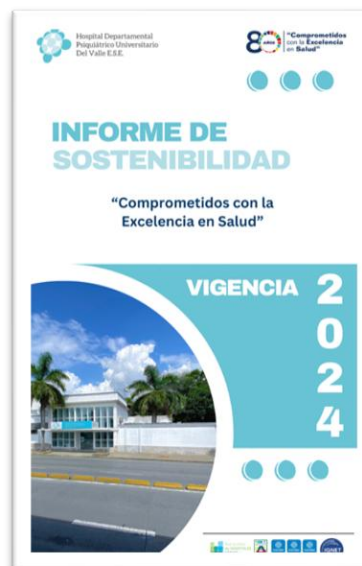
#### MARCO LEGAL

El marco legal del programa de responsabilidad social en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle se sustenta en un conjunto de normas nacionales e internacionales que orientan la gestión integral, ética y sostenible en el sector salud. En el territorio nacional, se destaca la **Ley 100 de 1993** (Sistema General de Seguridad Social en Salud), la **Ley 1438 de 2011** (fortalecimiento del sistema de salud), la **Ley 1616 de 2013** (Ley de Salud Mental), la **Resolución 3100 de 2019** (habilitación de servicios de salud), así como la normativa ambiental como la **Ley 99 de 1993** y políticas de desarrollo sostenible. A nivel internacional, se pueden integrar lineamientos como la **ISO 26000** sobre responsabilidad social y los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** de la ONU.

Dentro del hospital, se encuentra articulado este programa a través del **Sistema Integrado de Gestión**, alineando los procesos institucionales con las dimensiones ambiental, económica y social. Esto se ha logrado mediante la formulación de la política de responsabilidad social (Resolución No. 514 de noviembre 08 de 2023), la inclusión de indicadores en los planes estratégicos, la capacitación del talento humano, la implementación de programas ambientales, estrategias de sostenibilidad financiera y acciones solidarias orientadas a la humanización de la atención y participación comunitaria. Además, se debe garantizar el seguimiento y mejora continua a través de auditorías, comités institucionales y reportes de gestión que evidencien el cumplimiento normativo y el impacto social del hospital.

En coherencia con este marco legal y su articulación con el Sistema Integrado de Gestión, el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle presentó el Informe GRI correspondiente a la vigencia 2025 resultado de las actividades realizadas en la vigencia 2024, como un ejercicio de transparencia y rendición de cuentas que evidencia su gestión en las dimensiones ambiental, económica y social.

Este importante logro refleja nuestro compromiso continuo con la transparencia, la responsabilidad social y la sostenibilidad ambiental.



Los retos que nos hemos fijamos a nivel institucional, nos ha permitido consolidarnos como una empresa socialmente responsable a nivel nacional.

La agenda 2030 y sus 17 objetivos de desarrollo sostenible (ODS) ofrecen una hoja de ruta global para alcanzar un futuro más equitativo, inclusivo y sostenible.

Integrar estos objetivos a la responsabilidad social del Hospital Departamental Psiquiátrico del Valle ESE permite alinear los valores institucionales con acciones concretas de impacto social y ambiental, contribuyendo de manera decidida al logro de nuestras estrategias de gestión.

Los estándares GRI proporcionan una metodología robusta y transparente para medir y reportar el desempeño en sostenibilidad, lo que complementa perfectamente los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como marco de acción.

Integrar ambos enfoques al interior del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE nos permite maximizar el impacto social, ambiental y fortalecer la rendición de cuentas.

Como se observa en la siguiente figura podemos identificar la adhesión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los Estándares GRI teniendo en cuenta los estándares ambientales, estándares sociales y estándares económicos definidos por el Hospital.

Adhesión a los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los estándares GRI



## Estándares Ambientales



ODS 6 (Agua y Saneamiento): GRI 303 (Agua y afluentes) el Hospital busca medir el uso eficiente del agua, las fuentes de abastecimiento y el tratamiento de aguas residuales.

Las estrategias implementadas para la gestión del agua alineadas con el ODS 6, se encuentra la reducción del consumo de agua, la gestión de aguas residuales y la sensibilización realizada al personal y a los pacientes sobre el uso responsable del agua.



ODS 7 (Energía asequible y no contaminante): GRI 302 (Energía) y GRI 305 (Emisiones) el hospital busca medir el consumo eléctrico, la eficiencia y el uso de fuentes de energía renovables, complementando el enfoque a rastrear las emisiones de gases de efecto invernadero derivadas del uso de energía. Las estrategias implementadas para la gestión energética alineadas con el ODS 7, se encuentran el uso de energía renovable a través de la instalación de paneles solares para alimentar las instalaciones hospitalarias, la eficiencia energética a través de la implementación de prácticas y equipos más eficientes como iluminación LED de bajo consumo, el monitoreo y gestión integrando sistemas inteligentes a través del software FUSIÓN SOLAR monitoreando el consumo energético en tiempo real.



ODS 11 (Ciudades y comunidades sostenibles): GRI 304 (Biodiversidad) mide el impacto de las instalaciones del hospital en el medio ambiente local, promoviendo la protección de la flora y fauna. GRI 305 (Emisiones) el hospital rastrea las emisiones de gases efecto invernadero fomentando prácticas que reduzca el impacto ambiental como lo es el plan empresarial de movilidad sostenible, fomentando la estrategia de transporte sostenible al hospital en bici, uso del transporte público, uso del carro compartido y fomento de la caminata. GRI 413 (Comunidades locales) evaluando las interacciones del hospital con la comunidad, promoviendo la inclusión y resiliencia.



ODS 12 (Producción y consumo responsable): GRI 301 (Materiales) evaluando el uso eficiente y sostenible de materiales en las operaciones del hospital. GRI 306 (Residuos) permitiendo la medición y gestionando la generación y disposición responsable de los residuos. GRI 302 (Energía) monitoreando el consumo energético y fomentando la eficiencia.



ODS 13 (Acción por el clima): GRI 305 (Emisiones) GRI 302 (Energía) GRI 306 (Residuos) El hospital desarrolla estrategias de acción climática bajo la implementación de energías renovables, a través de la instalación de paneles solares, eficiencia energética a través de la modernización de equipos e infraestructura para reducir el consumo de energía como es el caso de iluminación LED de bajo consumo y la gestión de emisiones realizando

un inventario de gases de efecto invernadero (GEI) a través de la medición de la huella de carbono estableciendo metas para su reducción.

### Estándares Sociales:



ODS 3 (Salud y bienestar): GRI 403 (Salud y seguridad en el trabajo) el Hospital evalúa la promoción del bienestar y la protección de la salud del personal y los pacientes. GRI 416 (Salud y Seguridad del Cliente) abordando la evaluación de los impactos en la salud y seguridad de los servicios proporcionados a los pacientes. GRI 413 (Comunidades locales) midiendo los impactos de los programas de bienestar dirigidos a la comunidad. Dentro de las estrategias alineadas con el ODS 3, el hospital desarrolla actividades concretas asegurando el cumplimiento de los objetivos como un impacto positivo en los pacientes, el personal y las comunidades. Entre ella se encuentra el fortalecimiento de la calidad en el servicio, la promoción del bienestar del personal, campañas de sensibilización en salud mental, innovación en infraestructura y procesos y transparencia y reporte.



ODS 4 (Educación de calidad): GRI 413 (Comunidades locales) el hospital promueve la sostenibilidad y el bienestar social desarrollando programas de educación y sensibilización a través de programas y talleres educativos para pacientes, familiares y personal del hospital sobre salud mental. GRI 404 (Capacitación y educación) el hospital ofrece formación continua al personal medico y administrativo en temas de salud mental, inclusión y sostenibilidad. Ha desarrollado materiales educativos accesibles para pacientes y la comunidad.



ODS 5 (Igualdad de género): GRI 405 (Diversidad e igualdad de oportunidades) el hospital promueve la igualdad de genero y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas como una oportunidad clave para fomentar la inclusión, el respeto y la equidad. Garantizamos que las mujeres tengan igualdad de oportunidades en todos los niveles del hospital, incluyendo roles de liderazgo y toma de decisiones. GRI 406 (No discriminación) el hospital ha implementado políticas estrictas contra el acoso y la discriminación en el lugar de trabajo, asegurando un ambiente seguro para todos los empleados. GRI 413 (Comunidades locales) se han desarrollado programas de atención psiquiátrica para mujeres y niñas, incluyendo apoyo para quienes hayan experimentado violencia de genero. GRI 44 (Capacitación y educación) se ha capacitado al personal en temas de perspectiva de género, igualdad y respeto, promoviendo un enfoque inclusivo en el cuidado de los pacientes.



ODS 8 (Trabajo decente y crecimiento económico): GRI 401 (Empleo) el hospital asegura que los empleados del hospital tengan acceso a condiciones laborales justas, salarios Equitativos y beneficios sociales. GRI 403 (Salud y seguridad en el trabajo) crea un entorno laboral seguro y saludable implementando medidas de prevención de riesgos y bienestar laboral.



ODS 9 (Industria, Innovación e Infraestructura): GRI 302 (Energía) GRI 305 (Emisiones) el hospital mejora su infraestructura utilizando tecnologías sostenibles, como sistemas de energía renovable. GRI 203 (Impactos económicos indirectos) desarrollamos tecnologías innovadoras para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental, como plataformas digitales y telemedicina. Desarrollo de promoción de investigación e innovación en alianza con universidades, se desarrollan estudios relacionados con la salud mental, generando conocimientos valiosos y fomentando la innovación en el sector.



ODS 10 (Reducción de las desigualdades): GRI 413 (Comunidades locales) el hospital garantiza que los servicios estén disponibles para todas las personas, independientemente de su nivel socioeconómico, genero, etnia, orientación sexual u otras características. GRI 405 (Diversidad e igualdad de oportunidades) GRI 406 (No discriminación) implementando actividades para promover la diversidad y la inclusión entre el personal del hospital, asegurando igualdad de oportunidades para todos.



ODS 16 (Paz, justicia e Instituciones sólidas) enfatiza la protección de los derechos humanos. El hospital implementa políticas que garantizan el respeto y la dignidad de los pacientes. Promovemos la inclusión social de las personas con trastornos mentales, reduciendo el estigma y fomentando la rehabilitación psicosocial, asegura que los pacientes tengan acceso a mecanismos de quejas y resolución de conflictos.

### Estándares Económicos:



ODS 8 (Trabajo decente y crecimiento económico) se utilizan indicadores para reportar la sostenibilidad económica del hospital, incluyendo la distribución justa de recursos y eficiencia en el uso de los mismos. Se monitorean y publican métricas de transparencia financiera, asegurando que los fondos se utilicen de forma ética y responsable.



ODS 9 (Industria innovación e infraestructura) el hospital ha implementado tecnologías innovadoras para mejorar la eficiencia energética y reducir el impacto ambiental los cuales son alineados con los estándares GRI 302 (Energía) GRI 305 (Emisiones). Desarrolla programas de telemedicina y herramientas digitales para ampliar el alcance de los servicios psiquiátricos, lo cual fomenta innovación y mejora la infraestructura de salud mental. Mide y reporta el impacto económico del hospital utilizando el GRI 201 (Desempeño económico), destacando como las inversiones en infraestructura y tecnología benefician tanto a la institución como a la comunidad.



ODS 16 (Paz, justicia e instituciones sólidas) se incorporan principios de gobernanza responsable en la gestión del hospital, asegurándose de reportar de manera clara y verificable su desempeño económico, alineándose con el GRI 205 (Anticorrupción). Garantiza que los servicios de salud estén disponibles de manera equitativa para todas las personas lo cual está relacionado con los GRI 203 (Impactos económicos indirectos) y GRI 401 (Empleo).

### Articulación con del Eje de Responsabilidad Social



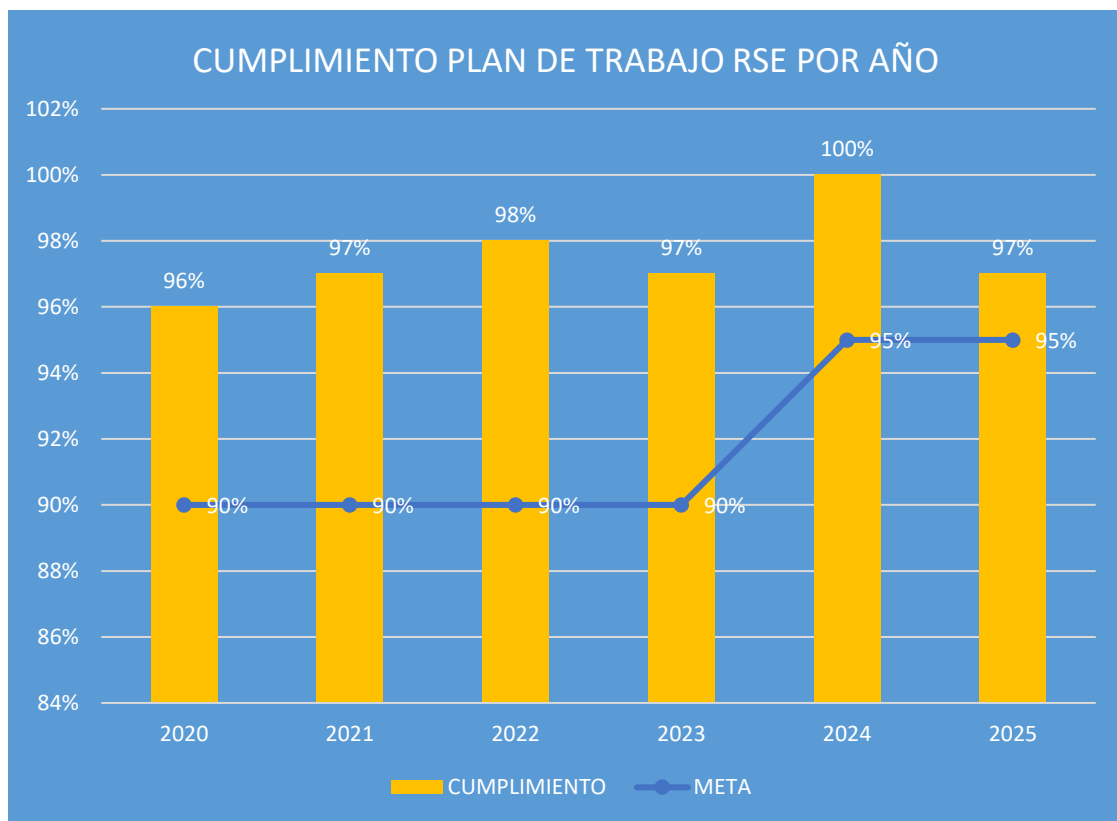
- **Política:** El eje de Responsabilidad Social se encuentra fundamentado en una política institucional bajo resolución No. 514 de Noviembre 8 de 2023 se compromete con la promoción de prácticas sostenibles que contribuyen a la salud mental y el bienestar de todos, la gestión del conocimiento desde la formación académica e investigativa, la relación docencia servicio y la formación de talento humano en salud de la región, el desarrollo de prácticas de inclusión social, de impacto positivo sobre el ambiente por medio de estrategias de reducción de la huella de carbono, gestión integral de residuos, optimización del uso de los recursos, generación y uso de energía limpia y no contaminante.

Promovemos el crecimiento económico, el trabajo decente y seguro, servicios integrales en salud mental con una atención segura y humanizada, que son de impacto en términos de cobertura, acceso, calidad y respeto a los derechos humanos para la población en general.

- **Programa:** Bajo programa de Responsabilidad Social empresarial V03 emitido en el mes de junio de 2024, busca establecer los lineamientos y estrategias para la implementación y cumplimiento de la política de Responsabilidad Social Empresarial adoptada por el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E., que permita a la institución

reconocer el impacto de sus actividades en los ámbitos económico, social y en el medio ambiente.

- **Comité:** En cumplimiento de lo dispuesto por la Resolución No. 446 de Agosto de 2024, el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE, establece la conformación del comité de responsabilidad social, una instancia clave para garantizar el compromiso social, ambiental y económico de la institución con sus pacientes, colaboradores y la sociedad en general. Este comité se crea con el propósito de fortalecer la relación del hospital con la comunidad y promover la inclusión y el respeto por los derechos humanos.
- **Plan de Trabajo:** El presente plan de trabajo establece las actividades, estrategias y objetivos que el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE, implemento durante la vigencia 2025, con el propósito de fortalecer la atención en salud mental, promover la inclusión social y garantizar el bienestar integral de nuestros pacientes y la comunidad.



Durante la vigencia 2025, como se observa en la figura, el porcentaje de cumplimiento fue del 97%.

- **Indicadores:** Los indicadores nos permitirá evaluar el cumplimiento de las metas establecidas y proponer estrategias para optimizar resultados, con relación a los indicadores financieros,

la rentabilidad es una noción que se aplica a toda acción económica en la que se movilizan unos medios, materiales, humanos y financieros con el fin de obtener unos resultados y juzgar la eficiencia de las acciones realizadas.

Bajo este enfoque, el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE ha articulado su razón de ser con el impacto de sus actividades de prestación de servicios en salud mental, asumiendo el compromiso de aportar valor social con acciones concretas, desarrollando diferentes estrategias de responsabilidad social; a través de tres pilares fundamentales:

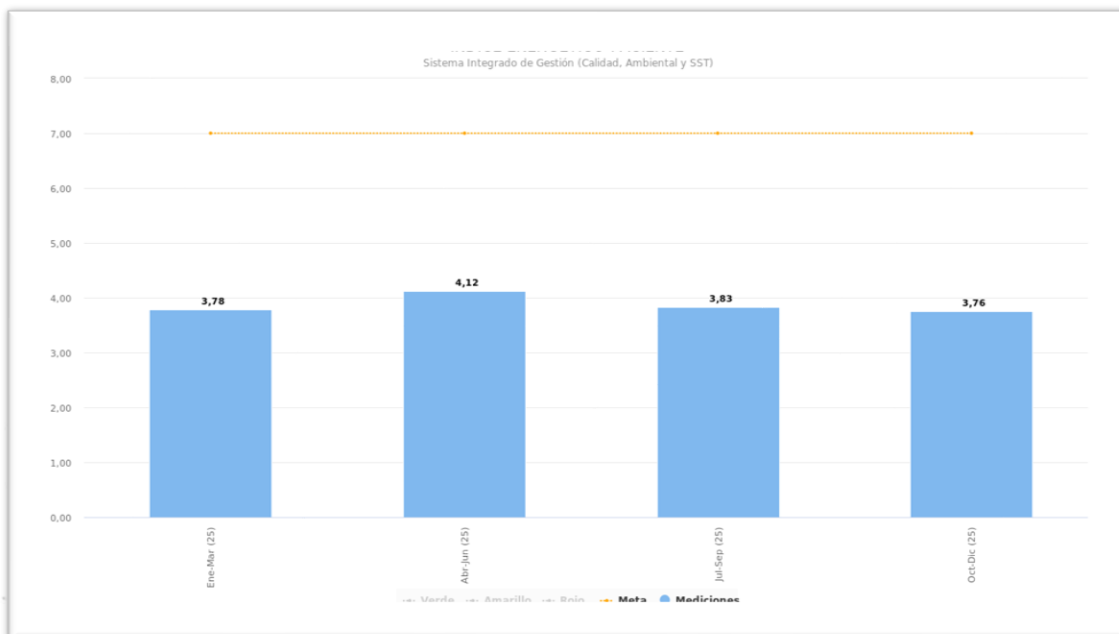
**Ambientalmente, Económicamente y Solidariamente**, las cuales permiten ampliar un impacto positivo tanto en sus pacientes como en la comunidad en general.

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE, la sostenibilidad ambiental debe integrarse en cada aspecto de su operación. Esto se logra mediante la adopción de prácticas ecológicas como el manejo responsable de residuos y la implementación de programas de reciclaje.

De igual manera, el uso de tecnologías limpias y energías renovables contribuyen en la reducción de la huella ambiental del hospital.

La estrategia **Ambientalmente** tiene como objetivo: abordar los determinantes ambientales de la salud y contribuir directa e indirectamente a garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todos, el Hospital ha articulado sus estrategias de campañas de sensibilización y educación, buenas prácticas ambientales con los programas de uso eficiente de ahorro de agua y energía.

El indicador de índice energético por paciente para la vigencia 2025 evidenció un resultado promedio de 3,87 kWh, ubicándose significativamente por debajo de la meta establecida de 7 kWh, lo que refleja una gestión eficiente en el uso de la energía al interior del Hospital. Este comportamiento positivo



demuestra la efectividad de las estrategias implementadas en materia de ahorro y uso racional de los recursos, como la optimización de equipos, el fortalecimiento de la cultura organizacional frente al consumo responsable y la adopción de tecnologías más eficientes. Asimismo, este resultado contribuye directamente a la sostenibilidad ambiental y a la reducción de costos operativos, generando un impacto favorable tanto en el entorno como en la eficiencia económica del hospital, sin comprometer la calidad en la prestación de los servicios de salud mental

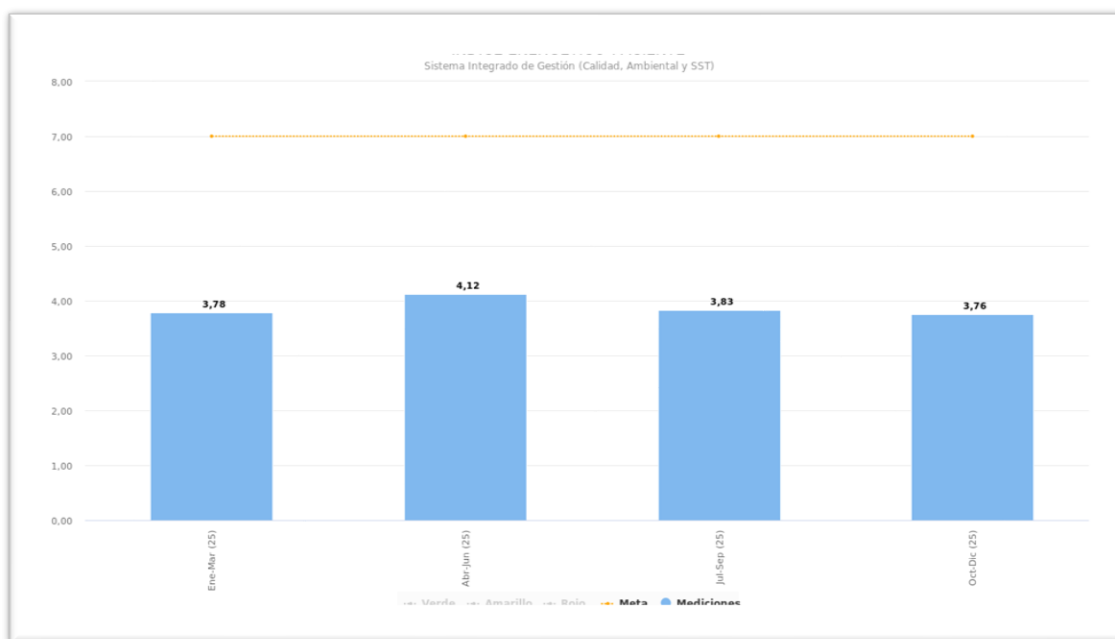


Gráfico No. 01. Índice Energético - Paciente

Otro componente clave es el diseño de espacios verdes dentro del hospital, que no solo fomentan un ambiente sostenible, sino que también aportan beneficios terapéuticos para los pacientes.

Está comprobado que el contacto con la naturaleza puede reducir el estrés, mejorar el estado de ánimo y acelerar la recuperación en personas con enfermedades mentales. Por lo tanto, la responsabilidad ambiental no solo es un acto de sostenibilidad, sino también una herramienta terapéutica crucial.

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE ha implementado diversas actividades en el marco del programa de Hospitales Seguros, Saludables y Sostenibles, con el objetivo de promover el bienestar de las personas en todas sus edades con un enfoque sostenible y equitativo que permita disminuir las inequidades en salud y disminuir la huella ambiental.

Somos un Hospital Seguro, en cuanto a la infraestructura física, la institución está conformada por un espacio destinado al parqueo de vehículos que se organiza de la siguiente manera:

- 2161 m<sup>2</sup> dedicados al parqueo de automóviles, con espacios amplios y suficientes para los vehículos de los empleados, pacientes y visitantes.
- 45.6 m<sup>2</sup> destinados al parqueo de motocicletas, facilitando la movilidad de quienes utilizan este medio de transporte.

- 5 m<sup>2</sup> asignados al parqueo de bicicletas, promoviendo el uso de medios de transporte sostenibles y ecológicos dentro de las instalaciones del hospital.

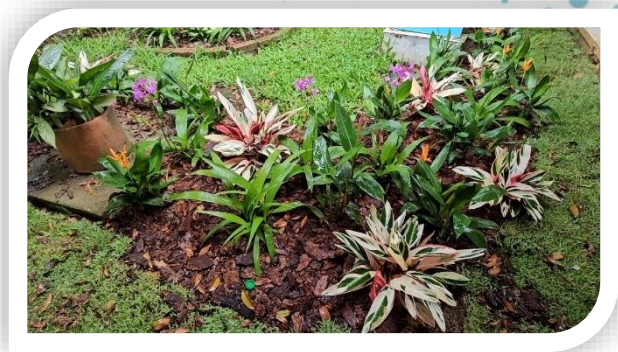
En términos de servicios adicionales de la infraestructura, el hospital cuenta con 144 duchas distribuidas en diversas áreas, para uso de los empleados y personal, así como para el bienestar de los pacientes en programas de rehabilitación o en estancias prolongadas. Además, la institución dispone de una zona de cargue y descargue, equipada con 4 parqueaderos exclusivos para vehículos que requieren carga o descarga, asegurando una operación fluida y organizada en el manejo de suministros y equipos.

En la vigencia 2025, el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle fue nominado a participar en los reconocimientos de la estrategia Hospitales Seguros, Saludables y Sostenibles: Premiación a la gestión ambiental y sanitaria destacada de sector salud 2025, evento organizado por la alcaldía de Santiago de Cali, con el objetivo de exaltar las iniciativas que fortalecen la sostenibilidad, la protección de los ecosistemas y el compromiso ambiental en la prestación de servicios de salud.

La participación en este encuentro fue de gran relevancia para la institución, puesto que permitió visibilizar los esfuerzos ambientales que se desarrollan día a día en el hospital, además de fortalecer el intercambio de experiencias exitosas con otros actores del sector salud, motivando la mejora continua y la adopción de prácticas responsables con el entorno.

El hospital cuenta con amplias zonas verdes y pensando en acciones por el clima, propende por la conservación de arborización diversa en la totalidad de jardines y zonas verdes de la institución, se han creado jardines terapéuticos dentro del hospital, ofreciendo a los pacientes un entorno natural que promueve el bienestar emocional y mental.





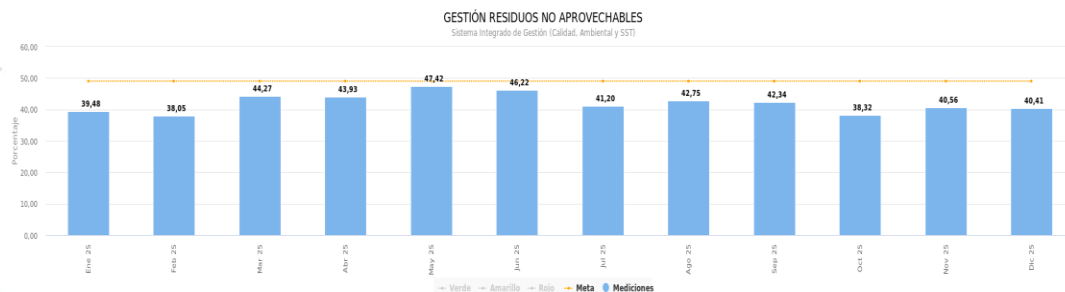
En coherencia con este compromiso, el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E. ha implementado un sistema integral de puntos ecológicos, mediante la instalación de contenedores estratégicamente ubicados en todas las áreas e instalaciones. Esta iniciativa facilita la adecuada separación en la fuente y promueve una cultura ambiental responsable entre colaboradores, usuarios y visitantes.

A través de este sistema, se clasifican los residuos de manera clara y eficiente: los contenedores de color blanco están destinados a residuos aprovechables como plástico, cartón y papel; los de color negro a residuos no aprovechables, como papel higiénico, servilletas y materiales contaminados con alimentos; y los de color rojo a residuos peligrosos, incluyendo desechos hospitalarios, baterías e insecticidas.

Más allá de la infraestructura, esta estrategia representa un cambio cultural que fortalece la conciencia ambiental dentro del hospital, aportando no solo a la sostenibilidad institucional, sino también al bienestar colectivo y a la protección del entorno que nos rodea.

Durante el año 2025, el porcentaje promedio de residuos no aprovechables fue del 42,07%, ubicándose por debajo de la meta mensual establecida del 49%, tal como se evidencia en el Gráfico No. 01. Este resultado no solo refleja el cumplimiento del objetivo propuesto, sino también el compromiso constante de la institución por optimizar la gestión de sus residuos.

La diferencia entre el promedio alcanzado y la meta establecida evidencia un esfuerzo sostenido por reducir la generación de residuos no aprovechables, logrando avances significativos en su manejo y aprovechamiento. Estos resultados demuestran que las estrategias implementadas han sido efectivas



y que se avanza de manera positiva hacia el fortalecimiento de una gestión ambiental responsable, alineada con los objetivos de sostenibilidad institucional.

Gráfico No. 02. Gestión de Residuos No Aprovechables

Durante el año 2025, el porcentaje promedio de residuos aprovechables alcanzó el 27,24%, superando ampliamente la meta mensual establecida de  $\geq 17\%$ , como se evidencia en el Gráfico No. 02. Este resultado refleja el compromiso y la dedicación de la institución en la implementación de buenas prácticas orientadas al aprovechamiento de los residuos.

La diferencia entre el promedio obtenido y la meta propuesta pone en evidencia un desempeño destacado en la gestión de residuos aprovechables, evidenciando avances significativos en materia de sostenibilidad y cultura de reciclaje. Estos logros no solo demuestran la efectividad de las estrategias implementadas, sino también el fortalecimiento de una gestión ambiental más consciente y responsable

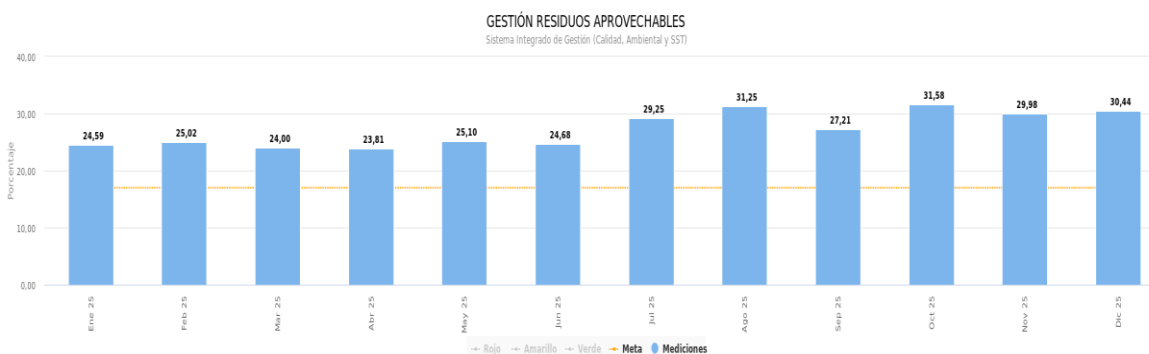


Gráfico No. 03. Gestión de Residuos Aprovechables

El análisis conjunto de los indicadores de residuos no aprovechables y aprovechables durante la vigencia 2025 evidencia un avance contundente en la gestión ambiental del hospital. Por un lado, la reducción del porcentaje de residuos no aprovechables a un 42,07%, por debajo de la meta establecida (49%), y por otro, el incremento de los residuos aprovechables hasta un 27,24%, superando ampliamente el objetivo ( $\geq 17\%$ ), reflejan una transformación positiva en la forma en que la institución gestiona sus residuos.

Estos resultados no son producto del azar, sino del compromiso institucional, la apropiación de buenas prácticas por parte del talento humano y la implementación efectiva de estrategias orientadas a la sostenibilidad. Se evidencia una cultura organizacional más consciente, donde la correcta separación en la fuente, el reciclaje y el aprovechamiento de residuos se han integrado en la operación diaria del hospital.

El impacto de estos logros trasciende lo operativo, posicionando al hospital como un referente en responsabilidad ambiental dentro del sector salud. Además, contribuye directamente a la reducción de

la huella ambiental, al uso eficiente de los recursos y al cumplimiento de estándares asociados a hospitales verdes y saludables.

En este sentido, los indicadores no solo muestran el cumplimiento de metas, sino que cuentan una historia de cambio, compromiso y mejora continua, consolidando al hospital como una institución que cuida la salud de las personas sin dejar de proteger el entorno que las rodea.

Durante el año 2025, el porcentaje promedio de residuos peligrosos se ubicó en 31,2%, cumpliendo de manera favorable la meta establecida ( $\leq 34\%$ ), tal como se evidencia en el Gráfico No. 03. Este resultado refleja no solo el control efectivo de este tipo de residuos, sino también el compromiso institucional por mantener estándares seguros en su manejo.

La diferencia entre el valor alcanzado y la meta propuesta evidencia una gestión responsable y rigurosa, que ha permitido mantener los niveles de residuos peligrosos dentro de límites controlados, minimizando riesgos tanto para la salud humana como para el medio ambiente.

Más allá del cumplimiento de un indicador, este logro demuestra la efectividad de las estrategias implementadas y el fortalecimiento de una cultura organizacional orientada a la prevención, la seguridad y la sostenibilidad. De esta manera, el hospital avanza con firmeza en la consolidación de prácticas seguras que protegen la vida, el entorno y la confianza de la comunidad.

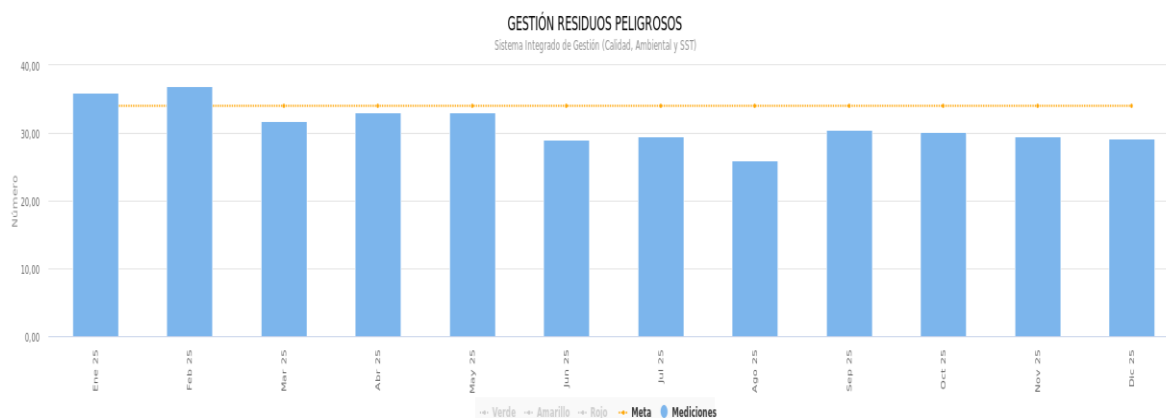


Gráfico No. 03. Gestión de Residuos Peligrosos

La medición de la Huella de Carbono (HdC) del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E. en la vigencia 2025 se consolida como una herramienta estratégica para comprender y gestionar el impacto ambiental de sus operaciones. Más que un ejercicio técnico, este análisis refleja el compromiso institucional con la acción climática y la responsabilidad frente a uno de los mayores desafíos globales: el cambio climático.

Los resultados obtenidos permiten identificar oportunidades de mejora y orientar decisiones hacia una operación más eficiente y sostenible. En este sentido, el hospital ha fortalecido el seguimiento a indicadores clave como el consumo de energía, agua y la generación de residuos, incorporando además el uso de energías renovables como parte de su estrategia ambiental.

Este avance demuestra que es posible armonizar la misión de cuidar la salud de las personas con la protección del entorno, consolidando al hospital como un referente que lidera con acciones concretas la construcción de un futuro más saludable y sostenible para todos.

La metodología seleccionada para la estimación de las emisiones de gases de efecto invernadero en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle es el GHG Protocol. A continuación, se detallan las definiciones pertinentes:

1. GHG PROTOCOL Alcance 1 y 2: El estándar definido por el GHG Protocol en sus alcances 1 y 2 contempla las emisiones de gases de efecto invernadero directas (provenientes de fuentes que son propiedad o están controladas por la organización) y las emisiones indirectas generadas por el consumo de electricidad dentro de los límites de la organización.
2. GHG PROTOCOL Alcance 3: En cuanto al alcance 3, esta parte de la norma aborda las emisiones indirectas adicionales, que son generadas como consecuencia de las actividades de la organización, pero que provienen de fuentes sobre las cuales la organización no tiene control directo ni propiedad.

El inventario de gases de efecto invernadero para calcular la Huella de Carbono se limitará a los gases recogidos en la norma ISO 14064-1:2006, que incluyen el Dióxido de Carbono (CO<sub>2</sub>), el Metano (CH<sub>4</sub>), el Óxido Nitroso (N<sub>2</sub>O), los Hidrofluorocarbonos (HFCs) y los Perfluorocarbonos (PFCs), siguiendo los requisitos establecidos en el Green House Gas Protocol (GHG Protocol) y las especificaciones de la NTC-ISO 14064-1:2006.

**Tabla 1.** Etapas metodológicas para la determinación de la huella de carbono de un hospital

Etapa	Detalle
1. Definición de los límites	Límites organizacionales Límites operativos Exclusiones
2. Selección del año base	
3. Identificación de las emisiones	Emisiones y remociones directas Emisiones indirectas por energía eléctrica Otras emisiones indirectas
4. Cuantificación de las emisiones	Cuantificación de las emisiones Cuantificación de las remociones Elección de herramientas de cálculo

Se determino el escenario en el cual se realizará el cálculo de las emisiones para la determinación de la Huella de Carbono en el hospital, definiendo el alcance del inventario y la delimitación del área de estudio.

Límite organizacional: La medición se realizará en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle que se encuentran en la ciudad de Cali, en el barrio Los Farallones específicamente en la Calle 5 #80-00, con coordenadas 3°23'15"N 76°32'44"W

**Imagen 1** Vista satelital del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle



En esta actividad se definió un enfoque de tipo control operacional, ya que la institución tiene control sobre las instalaciones en las que se ubica, no busca beneficios económicos como resultado y se puede implementar estrategias que minimicen la cantidad de GEI emitidos a la atmósfera.

Límite operacional: Aquí se tienen en cuenta las emisiones que se generan en las áreas que abarcan el límite organizacional. Determinando los alcances de las mediciones de tipo directas e indirectas, asociadas a las actividades hospitalarias

Para este periodo 2022 - 2024 se estimará la Huella de Carbono de alcance 1 y 2, y se tomarán en cuenta parte de las emisiones que se encuentran dentro del alcance 3 "Otras emisiones indirectas", asociadas a la generación de residuos no aprovechables.

### **Identificación de las emisiones**

Desde la base de datos del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE, se obtuvo antecedentes de consumo y adquisición de energía eléctrica, combustibles, agua, y generación de residuos. Las cuales se consolidan a continuación:

**Tabla 2.** Identificación de emisiones por tipo de fuente.

<b>Alcance</b>	<b>Tipo de fuentes</b>	<b>Fuentes</b>
1	Fuentes fijas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estufa y hornos</li> <li>- Planta eléctrica</li> <li>- Automóviles propios del hospital</li> <li>- Calderas</li> </ul>
2	Consumo de electricidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipos tecnológicos</li> <li>- Luminarias</li> <li>- Equipos médicos</li> <li>- Máquinas dispensadoras</li> </ul>
3	Generación de residuos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Residuos no aprovechables en las fuentes generadoras</li> <li>- Residuos peligrosos</li> </ul>

Esta estimación se realiza con información obtenida en la vigencia 2025, teniendo en cuenta los indicadores del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle.

Se obtuvieron antecedentes de consumo y adquisición de energía eléctrica, combustibles, agua y generación de residuos, entre otros.

La herramienta utilizada para el cálculo de la huella de carbono fue la herramienta de monitoreo del impacto climático recomendada por la Red Global de Hospitales Verdes, lo que asegura un enfoque metodológico alineado con los estándares internacionales de sostenibilidad.

La información fue tabulada en hojas de cálculo de Microsoft Excel© y organizada de acuerdo al GHG Protocolo, que establece un análisis basado en tres alcances.

1. Emisiones directas: Como el consumo de combustible fósil o procesos de emisión específicos
2. Emisiones indirectas: Asociadas a la adquisición y consumo de la energía eléctrica.
3. Otras emisiones indirectas: Producidas por actividades o procesos que están fuera de los límites organizacionales

Los resultados obtenidos a través de la herramienta de monitoreo del impacto climático para establecimientos de salud, desarrollada por la organización Salud sin Daño en articulación con la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, han permitido al hospital contar con una medición estandarizada, confiable y alineada con referentes internacionales.

Esta evaluación no solo valida la rigurosidad del análisis de la huella de carbono, sino que también fortalece la toma de decisiones estratégicas, orientando acciones concretas para la reducción de emisiones y la consolidación de una gestión ambiental responsable. De esta manera, el hospital reafirma su compromiso con la sostenibilidad y se posiciona como una institución que avanza de manera coherente con las mejores prácticas globales en el sector salud.

El análisis de la Huella de Carbono del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E. para la vigencia evaluada (2025) evidencia una emisión total de 7.410,48 tCO<sub>2</sub>e, proporcionando una visión clara del impacto climático asociado a sus operaciones y cadena de valor.

Salud sin Daño

Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES

Herramienta de monitoreo del impacto climático para establecimientos de salud (V3.3 Mayo 2022)

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE - Año 2025 - Resultados globales tCO<sub>2</sub>e

Emisiones totales (tCO <sub>2</sub> e)	7.410,48	100%
<b>Alcance 1</b>	<b>175,17</b>	<b>2,4%</b>
1.1 Combustión Estacionaria	111,86	1,5%
1.2 Combustión móvil	31,83	0,4%
1.3 Emisiones fugitivas	31,48	0,4%
1.3.1 Gases refrigerantes y extintores de incendio	31,46	0,4%
1.3.2 Gases medicinales y anestésicos	0,02	0,0%
1.4 Residuos	-	0,0%
1.4.1 Disposición de residuos sólidos asimilables a domiciliarios	No estimada / Complejo	0,0%
1.4.2 Compostaje	No estimada / Complejo	0,0%
1.4.3 Incineración	-	0,0%
Residuos sólidos asimilables a domiciliarios	No estimada / Complejo	0,0%
Mix clínico (residuos con riesgo biológico y peligrosos)	No estimada / Complejo	0,0%
Peligrosos	No estimada / Complejo	0,0%
<b>Alcance 2</b>	<b>0,068</b>	<b>0,0%</b>
2.1 Compra de energía eléctrica	0,068	0,0%
2.2 Compra de vapor, calor o refrigeración	No ocurre	0,0%
<b>Alcance 3</b>	<b>7.235,25</b>	<b>97,6%</b>
3.5 Cadena de suministro adicional	7.233,0	97,6%
3.1 Viajes de trabajo	2,2	0,0%
3.2 Traslados de personal	No estimada / Complejo	0,0%
3.3 Desplazamiento de pacientes, visitantes u otros	No estimada / Complejo	0,0%
3.4 Inhaladores	-	0,0%
3.4.1 MDI	No estimada / Complejo	0,0%
3.4.2 DPI	No estimada / Complejo	0,0%
3.5 Pérdidas de transporte y distribución de electricidad	0,01	0,0%
3.6 Residuos	-	0,0%
3.6.1 Disposición de residuos sólidos asimilables a domiciliarios	No estimada / Complejo	0,0%
3.6.2 Compostaje	No estimada / Complejo	0,0%
3.6.3 Incineración	-	0,0%
Residuos sólidos asimilables a domiciliarios	No estimada / Complejo	0,0%
Mix clínico (residuos con riesgo biológico y peligrosos)	No estimada / Complejo	0,0%
Peligrosos	No estimada / Complejo	0,0%

Uno de los hallazgos más relevantes es que el 97,6% de las emisiones corresponde al Alcance 3, principalmente asociado a la cadena de suministro. Este resultado pone de manifiesto que el mayor impacto ambiental del hospital no proviene directamente de su operación interna, sino de actividades externas como la producción y transporte de bienes y servicios adquiridos. Esto representa una oportunidad estratégica para fortalecer criterios de compra sostenible, trabajo con proveedores responsables y gestión ambiental extendida.

Por otro lado, el Alcance 1 representa solo el 2,4% de las emisiones, destacándose un adecuado control en fuentes directas como combustión estacionaria, móvil y emisiones fugitivas. Es especialmente significativo el bajo aporte de gases medicinales y anestésicos, lo que evidencia buenas prácticas en su manejo. Asimismo, el Alcance 2 presenta un valor prácticamente nulo (0,0%), lo cual sugiere un avance importante en eficiencia energética y posible incorporación de energías limpias, reflejando una gestión responsable del consumo eléctrico.

Las principales fortalezas identificadas se destacan:

- Bajo impacto de las emisiones directas (Alcance 1), lo que evidencia control operativo y buenas prácticas institucionales.
- Mínima contribución del consumo de energía eléctrica (Alcance 2), alineado con estrategias de eficiencia energética y sostenibilidad.
- Identificación clara de la cadena de suministro como principal fuente de emisiones, lo que permite enfocar acciones de alto impacto en la reducción de la huella de carbono.
- Uso de la medición como herramienta de gestión, facilitando la toma de decisiones basadas en datos y el mejoramiento continuo.

En este contexto, el hospital demuestra un avance significativo en la comprensión de su impacto ambiental y en la consolidación de una gestión climática responsable. Más allá de los resultados, este ejercicio ha posicionado al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE como un actor comprometido con la sostenibilidad, capaz de liderar acciones no solo al interior de su operación, sino también en su entorno, promoviendo una cultura de corresponsabilidad frente al cambio climático.

Este análisis reafirma que el camino hacia un hospital sostenible no solo implica reducir emisiones propias, sino también influir positivamente en toda su cadena de valor, fortaleciendo su rol como referente en salud pública con enfoque ambiental y social.

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE, se ha comprometido a implementar estrategias de producción limpia con el objetivo de minimizar el impacto ambiental, optimizar el uso de recursos y garantizar un entorno sostenible para los pacientes, el personal y la comunidad en general. A continuación, presentamos un resumen de las actividades realizadas durante la vigencia 2025.

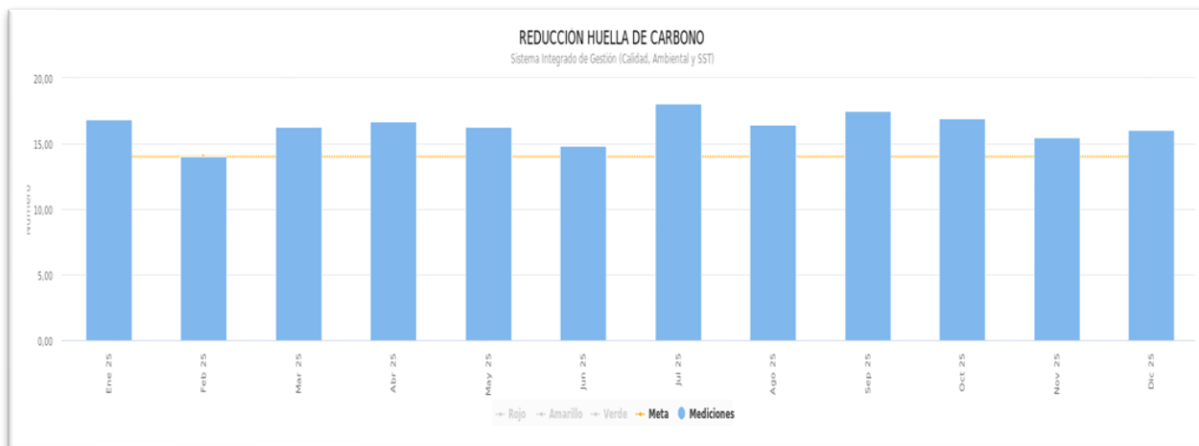
Como lo mencionamos en la implementación de estrategias de hospitales seguros, saludables y sostenibles con relación a la gestión de residuos El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE, ha implementado puntos de reciclaje instalando contenedores diferenciados con señalización clara para facilitar la segregación de residuos.

Con relación a la eficiencia energética, el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE, desde la instalación inicial de paneles solares en 2022, ha logrado avances significativos en la reducción de su huella de carbono, especialmente en las emisiones de alcance 2 asociadas al consumo de electricidad. Durante este período, el número de paneles solares aumentó de 444 en 2022 a 602 en 2023, permitiendo evitar un total acumulado de emisiones de CO<sub>2</sub> que demuestra la eficacia de esta estrategia de sostenibilidad.

Durante la vigencia 2025, el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E. alcanzó un promedio mensual del 16,03% de toneladas de CO<sub>2</sub> evitadas superando la meta establecida de **más de 14 toneladas mensuales**, de acuerdo con la información registrada en el software *Fusión Solar* en sus fases 1 y 2.

Este resultado refleja un avance tangible en la transición hacia el uso de energías limpias, evidenciando el impacto positivo de la implementación de sistemas solares en la reducción de emisiones de gases de efecto invernadero.

Más allá del indicador, este logro representa un aporte directo a la mitigación del cambio climático, al disminuir la dependencia de fuentes energéticas convencionales y reducir la huella ambiental de la institución. Asimismo, genera beneficios adicionales como la optimización de costos operativos a mediano y largo plazo, el fortalecimiento de la eficiencia energética y la consolidación de una infraestructura hospitalaria más sostenible y resiliente.



**Gráfico 04.** Toneladas de CO<sub>2</sub> Evitado generado por el software de los paneles solares

Este resultado posiciona al hospital como un referente en el sector salud, demostrando que es posible integrar la innovación tecnológica con la responsabilidad ambiental. De esta manera, no solo se protege el entorno, sino que se contribuye a la construcción de espacios más saludables, coherentes con la misión institucional de cuidar la vida en todas sus dimensiones

El hospital ha avanzado de manera decidida en la optimización de su desempeño energético, logrando la sustitución total de luminarias tradicionales por sistemas de iluminación LED de bajo consumo y la implementación del proyecto de modernización mediante el reemplazo de aires acondicionados convencionales por equipos con tecnología Inverter.

Estas acciones, alineadas con los programas de producción más limpia y la modernización tecnológica industrial y biomédica, han permitido una reducción significativa en el consumo de energía.

### Plan Empresarial de Movilidad Sostenible - PEMS

El plan empresarial de movilidad sostenible del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE tiene como objetivo principal reducir la huella de carbono y mejorar la calidad de vida de nuestros empleados y la comunidad local. Este plan establece estrategias y acciones concretas para

fomentar el uso de modos de transporte más sostenibles, como caminar, el uso de la bicicleta, el transporte público y el vehículo compartido.

Actualmente, los desplazamientos de nuestros empleados contribuyen significativamente a las emisiones de CO<sub>2</sub>, y enfrentamos desafíos como la congestión del tráfico y tiempos de desplazamiento elevados. Sin embargo, existen oportunidades para mejorar, aprovechando las infraestructuras existentes y las políticas locales favorables.

Para lograr los objetivos planteados en el plan el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE, implementó una serie de estrategias clave:

#### **Estrategia No. 01: “Al Hospital en Bici”:**


Es fundamental dar continuidad a la estrategia que se viene desarrollando desde el año 2022, con el objetivo de promover la movilidad en bicicleta como una alternativa sostenible que aporte beneficios tanto a los empleados como al medio ambiente. Esta iniciativa busca no solo reducir el impacto ambiental generado por el uso del automóvil, sino también fomentar hábitos de vida más saludables entre los colaboradores. Para lograr una transición efectiva hacia una cultura de movilidad sostenible, es necesario continuar desarrollando y ampliando la infraestructura adecuada que facilite el uso de la bicicleta, como la instalación de ciclo vías y estacionamientos seguros.

#### **Esta estrategia busca:**

- Incrementar el uso de la bicicleta como medio de transporte al trabajo en un 15% durante los próximos 3 años, a través de medios de comunicación y campañas de sensibilización, en las cuales los colaboradores puedan conocer los beneficios de utilizar este medio de transporte.
- La implementación de estas estrategias contribuirá a reducir el uso de vehículos motorizados, lo que, a su vez, ayudará a disminuir las emisiones de CO<sub>2</sub>, favoreciendo la sostenibilidad y el cuidado del medio ambiente.
- Para la institución, es de gran importancia adoptar estrategias que favorezcan la mejora de la salud de los colaboradores. Por ello, la implementación de estas iniciativas no solo contribuye a la salud física, sino también al bienestar integral de los empleados.
- El aumento en el uso de bicicletas está directamente relacionado con la disminución del uso de transporte privado (automóviles y motocicletas), lo que reduce el impacto ambiental y la congestión vehicular en las calles, creando un entorno más limpio y menos saturado

#### **Estrategia NO. 02: “Carro Compartido”**

La estrategia de movilidad de carro compartido ofrece una alternativa práctica y ecológica para reducir la congestión vehicular y las emisiones de carbono, al mismo tiempo que fortalece la colaboración entre los empleados. Con una plataforma adecuada y una fuerte campaña de concientización.



La implementación del programa de carro compartido (carpooling) deberá desarrollarse con el apoyo del área de comunicaciones, que facilitará la creación de grupos privados en WhatsApp. En estos grupos, se podrá compartir la disponibilidad de los vehículos, los cupos disponibles y las zonas de salida, facilitando así la organización y coordinación entre los colaboradores interesados en participar en esta iniciativa.

**Esta estrategia busca:**

- Aumentar el uso de vehículos compartidos entre los empleados en un 15% en los próximos 3 años.
- Reducir las emisiones de CO2 provenientes de los desplazamientos diarios en un 15%.
- Disminuir la cantidad de vehículos en circulación durante las horas pico.
- Fomentar la cooperación y el sentido de comunidad entre los empleados
  
- Fomentar el uso de vehículo compartido

**Estrategia NO. 03: “Kilómetros de Vida”**

"Kilómetros de vida" es una estrategia diseñada para fomentar la caminata como medio de transporte. Esta iniciativa consiste en que los colaboradores registren los kilómetros recorridos desde su hogar hasta la institución. Con el total de kilómetros acumulados durante el mes, los participantes podrán acceder a beneficios e incentivos dentro de la institución. Además de promover el bienestar de los empleados, esta estrategia contribuye a la reducción del uso de transporte motorizado.

Con una infraestructura adecuada, un entorno atractivo, incentivos efectivos y una campaña de concientización sólida, es posible crear una cultura de movilidad más activa, saludable y sostenible.

**Esta estrategia busca:**

- Incrementar el número de personas que caminan a la institución y a otros destinos en un 15% en los próximos 3 años.
- Mejorar la salud y el bienestar de los empleados del hospital y residentes.
- Reducir la dependencia del transporte motorizado, disminuyendo las emisiones de CO<sub>2</sub> y la contaminación del aire.
- Crear un entorno urbano más seguro y atractivo para los peatones

**Estrategia NO. 04: “Fomento del Transporte Público”**

El fomento del transporte público es una iniciativa clave de nuestro hospital puesto que nos alineamos a la construcción de una ciudad más sostenible y habitable. Con una infraestructura mejorada, incentivos adecuados y una fuerte campaña de concientización, es posible aumentar significativamente el uso del transporte público y reducir el impacto ambiental del transporte privado.

Esta estrategia busca:

- Incrementar el uso del transporte público en un 15% en los próximos 3 años.
- Reducir las emisiones de CO<sub>2</sub> provenientes del transporte privado en un 15%.

Las estrategias de movilidad sostenible formuladas, enfocadas en fomentar el uso de la bicicleta, el carro compartido, la caminata y el transporte público, han demostrado ser una de las estrategias con Mayor adherencia en la mejora de la calidad de vida urbana y la reducción del impacto ambiental del transporte.

Utilizando las herramientas tecnológicas y los diferentes mecanismos de comunicación desde el proceso de planeación y comunicaciones se realizó la creación de un formulario en google forms, piezas gráficas para la divulgación y realización de la encuesta de movilidad a los trabajadores como se muestra a continuación:



En conclusión, este Plan Empresarial de Movilidad Sostenible refleja nuestro compromiso con la promoción de prácticas responsables que generen un impacto positivo en la calidad de vida de nuestros colaboradores, la eficiencia operativa de nuestra institución y la protección del medio ambiente. A través de iniciativas como el fomento del carro compartido, el uso de la bicicleta como

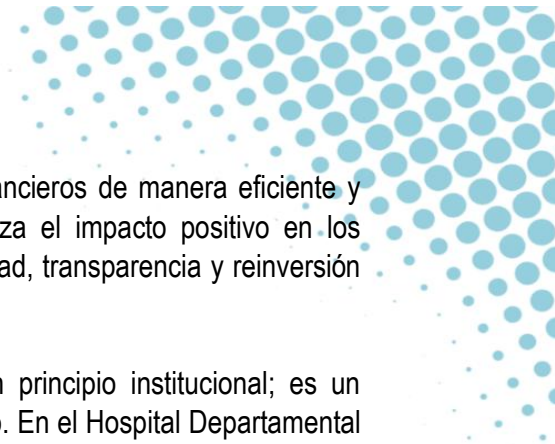
medio de transporte y la adopción de medios de transporte alternativos, reafirmamos nuestra responsabilidad social y ambiental como entidad de salud.

Estamos convencidos de que la implementación de este plan será un paso significativo hacia la sostenibilidad, contribuyendo no solo a la mejora de nuestros servicios, sino también al desarrollo de una cultura organizacional alineada con los principios de respeto al entorno y bienestar colectivo.

## Logros

- Fuimos Convocados como ponentes por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas - ACHC, a participar en el VIII Foro de Soluciones Exitosas en Innovación en Salud presentando la ponencia: "ambientalmente: Transformando la salud mental a través de la sostenibilidad ambiental y la responsabilidad social".
- De acuerdo a la convocatoria de más de 300 instituciones, nos fue otorgado el reconocimiento por parte del Pacto Global Red Colombia y la Cámara de Comercio de Bogotá por nuestras buenas prácticas en desarrollo sostenible, gracias a la estrategia 'Iluminando vidas con energía sostenible', alineada con el ODS 7: Energía Asequible. Logro que reafirma nuestro compromiso con soluciones energéticas responsables e innovadoras para el bienestar de la comunidad
- En el marco del Programa de Responsabilidad Social, el hospital fue nominado por la Secretaría de Salud distrital del Valle del Cauca entre más de 30 entidades en el reconocimiento a la estrategia de Hospitales Seguros, Saludables y Sostenibles 2025. Como resultado, obtuvimos el certificado de cumplimiento de la guía HSSS, un logro que refleja nuestro compromiso con la gestión ambiental y sanitaria en beneficio de la comunidad.





La estrategia **EconomicAMENTE** implica gestionar los recursos financieros de manera eficiente y ética, asegurando la sostenibilidad económica mientras se maximiza el impacto positivo en los pacientes y la comunidad. Esta estrategia integra principios de equidad, transparencia y reinversión en la mejora continua de los servicios.

La responsabilidad social en salud mental es mucho más que un principio institucional; es un compromiso profundo con la dignidad humana y el bienestar colectivo. En el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E., este enfoque trasciende la prestación de servicios asistenciales, convirtiéndose en una apuesta decidida por construir una sociedad más inclusiva, consciente y solidaria.

En coherencia con este propósito, el hospital impulsa acciones que aportan al desarrollo sostenible, integrando la salud y el bienestar de la población con el respeto por los derechos humanos, la normatividad vigente y las necesidades de sus grupos de interés. Cada iniciativa se orienta a generar valor social, promoviendo entornos más saludables y equitativos.

Como institución socialmente responsable, el hospital desempeña un papel clave en la reintegración social de sus pacientes, a través de programas de formación, acompañamiento psicosocial y fortalecimiento de habilidades para la vida. Estas estrategias permiten que las personas recuperen su autonomía, reconstruyan sus proyectos de vida y superen las barreras que históricamente han limitado su inclusión.

De esta manera, la responsabilidad social del hospital trasciende sus instalaciones y se proyecta hacia la comunidad, generando impacto real en la transformación de imaginarios, la reducción del estigma y la construcción de tejido social. Así, el hospital no solo cuida la salud mental, sino que se consolida como un agente de cambio que inspira, integra y transforma vidas.

El hospital llevó a cabo una intervención en el segundo piso de la institución, con el propósito de mejorar las condiciones locativas, funcionales y de bienestar para el personal que desarrolla actividades administrativas y de apoyo a los servicios asistenciales.

Esta intervención incluyó adecuaciones y mejoras en los espacios donde funcionan dependencias como Control Interno, Sistemas, Control Disciplinario, Oficina Jurídica, oficina asesora de planeación y calidad, el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, así como en el auditorio institucional, el cuarto de residentes, los servicios sanitarios y el consultorio médico de Salud Ocupacional.

Las actividades realizadas estuvieron orientadas al mejoramiento de la infraestructura física, optimización de los espacios de trabajo y fortalecimiento de las condiciones de seguridad, comodidad y funcionalidad para los colaboradores y usuarios internos. De igual manera, las adecuaciones permiten brindar ambientes más apropiados para el desarrollo de reuniones, capacitaciones y actividades institucionales que contribuyen al cumplimiento de los objetivos del hospital.

Con esta intervención, la institución reafirma su compromiso con el fortalecimiento de sus áreas administrativas, reconociendo que estas son fundamentales para garantizar una adecuada gestión institucional y el soporte necesario para la prestación de servicios de salud con calidad.

Como institución hospitalaria de carácter universitario, referente para la región como principal escenario de formación de la especialidad de Psiquiatría, así como otras disciplinas afines a la salud mental, se han realizado importantes inversiones en la remodelación y adecuación de zonas de bienestar estudiantil, como salones, auditorios, habitaciones para el descanso, área de acondicionamiento físico y comedores.

El indicador de rentabilidad del hospital presenta un **cumplimiento sostenido durante toda la vigencia**, manteniéndose en todos los meses por encima de la meta establecida ( $\geq 9,9$ ), incluso en sus puntos más bajos. Esto evidencia una **gestión financiera sólida y eficiente**, que garantiza la estabilidad operativa, la capacidad de inversión y la continuidad en la prestación de servicios. Desde la responsabilidad social, este desempeño se traduce en la posibilidad de **brindar atención en salud mental de manera oportuna, humanizada y accesible**, especialmente a poblaciones vulnerables, asegurando así el cumplimiento del propósito institucional y el impacto positivo en la comunidad

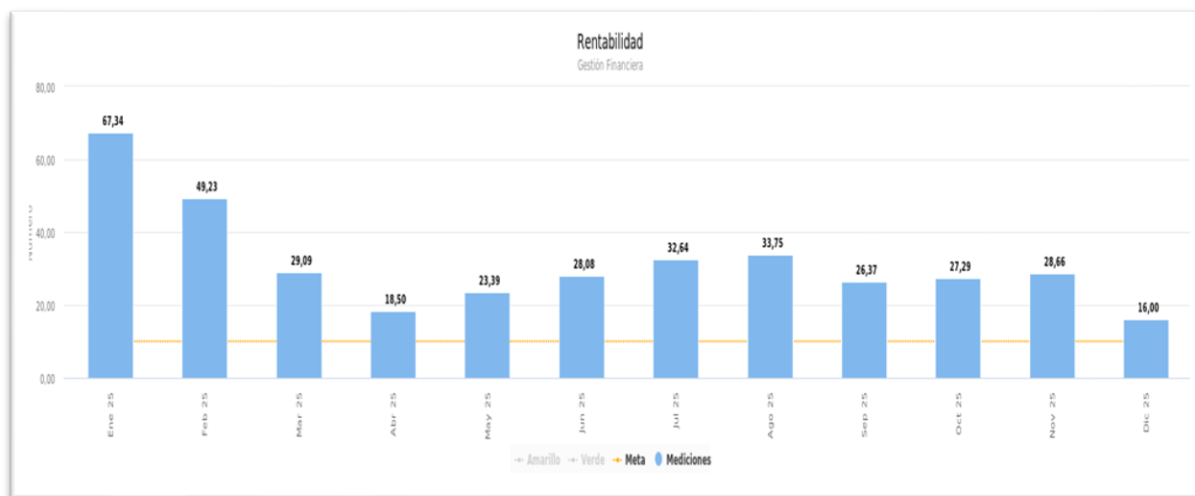
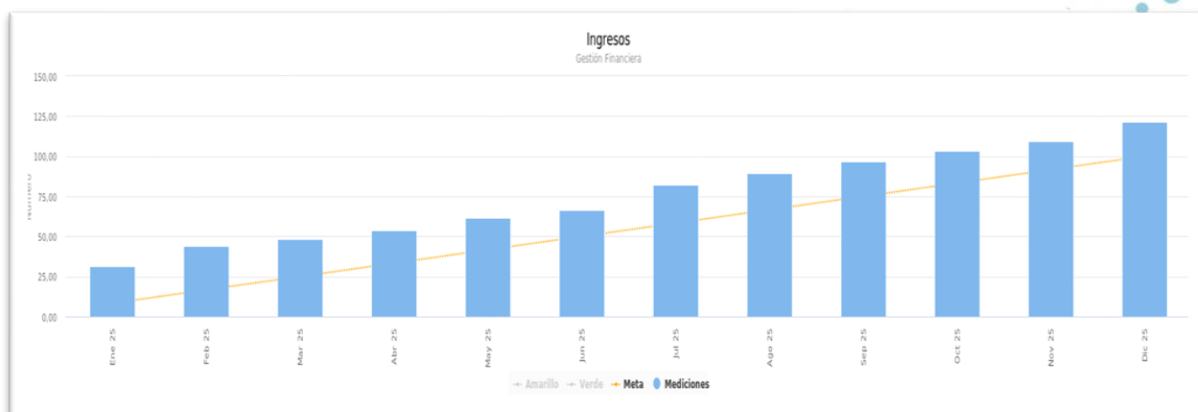


Gráfico 05. Rentabilidad



En materia social la estrategia **Solidariamente** se articula con la prestación de servicios integrales en salud mental que se centran en el usuario, su familia y la comunidad, con un enfoque humanista, orientado a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad mental, la atención del trastorno mental con altos estándares técnico-científicos y la rehabilitación psicosocial con miras a la reducción del estigma, la inclusión social y el aporte solidario a las comunidades más vulnerables del Valle del Cauca.

Esta estrategia se convierte en la piedra angular de la responsabilidad social, pues la institución debe abordar estigmas asociados a las enfermedades mentales y promover una cultura de empatía y apoyo.

Programas de inclusión, talleres educativos para la comunidad y actividades de voluntariado son fundamentales para fortalecer el vínculo entre la institución y el entorno.

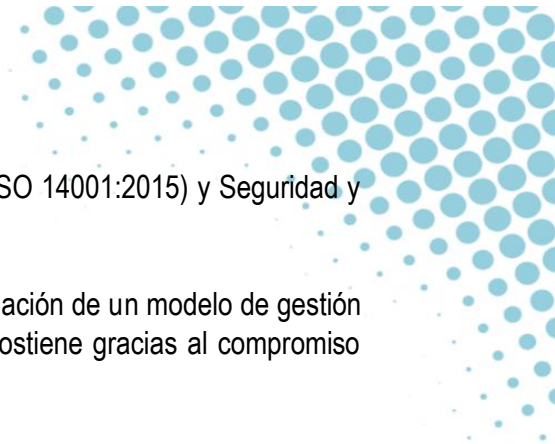
En la vigencia 2025, el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle recibió el reconocimiento como Hospital Universitario mediante el acuerdo 028 de 2025.

Este reconocimiento, otorgado por el ministerio de salud y protección social, el Ministerio de Educación Nacional y la CITHS, fortalece nuestra misión en atención, ciencia y educación.

Como institución de referencia en el tratamiento de rehabilitación psicosocial y la atención integral en salud mental de mediana y alta complejidad, se han realizado inversiones importantes en materia de adecuación, restauración y modernización de áreas que benefician a los pacientes, familias, colaboradores, estudiantes y demás grupos de interés.

Mantener la Acreditación en Salud ha contribuido a mejorar la experiencia de atención para el paciente, familia y colaboradores, así como optimizar los resultados clínicos, avanzar en responsabilidad social y sostenibilidad ambiental, fortaleciendo nuestras políticas, programas y procesos institucionales, lo que nos permite ser hoy referentes en salud mental a nivel nacional; el mejoramiento continuo de los procesos centrados en la vida, la salud, el medio ambiente y la seguridad de los pacientes son pilares fundamentales de nuestros objetivos misionales.

En el marco del fortalecimiento institucional, el hospital recibió la visita de seguimiento por parte del Instituto Colombiano de Normas y Certificación - ICONTEC a su Sistema Integrado de Gestión, obteniendo como resultado la ratificación y continuidad de sus certificaciones en los Sistemas de



Gestión de Calidad (NTC ISO 9001:2015), Gestión Ambiental (NTC ISO 14001:2015) y Seguridad y Salud en el Trabajo (NTC ISO 45001:2018).

Este logro trasciende la renovación de un sello; representa la consolidación de un modelo de gestión sólido, coherente y alineado con los más altos estándares, que se sostiene gracias al compromiso diario de todo el equipo humano de la institución.

La permanencia de estas certificaciones ha sido posible gracias a:

- Una cultura de mejora continua, orientada a brindar servicios de salud mental integrales, con enfoque humano, accesibles, oportunos y seguros, respaldados por talento humano competente y comprometido.
- La protección permanente de la seguridad y salud de colaboradores, proveedores, docentes y personal en formación, garantizando entornos laborales dignos y seguros.
- Una gestión integral de los riesgos, peligros y aspectos ambientales, que permite identificar, evaluar y controlar oportunamente los impactos, promoviendo entornos saludables y sostenibles.
- El firme compromiso con la protección del medio ambiente y la prevención de la contaminación, mediante la implementación de planes, programas y prácticas que fomentan el uso responsable de los recursos en toda la comunidad hospitalaria.
- La adecuada asignación de recursos humanos, financieros, técnicos y tecnológicos, que garantizan la sostenibilidad y mejora continua del Sistema Integrado de Gestión (SIG).

Este resultado reafirma que el hospital no solo cumple con estándares de calidad, sino que los vive en su día a día, fortaleciendo la confianza de la comunidad y consolidándose como una institución referente en la prestación de servicios de salud mental con responsabilidad social, ambiental y humana

Con el objetivo de mejorar la experiencia del colaborador al interior del HDPUV, se implementó un Programa de Bienestar en cuatro (4) ejes, que aborde las diferentes áreas de bienestar del individuo, fomente el crecimiento personal y profesional, mejoren su calidad de vida e impacte positivamente en su motivación, compromiso y retención en la Institución.

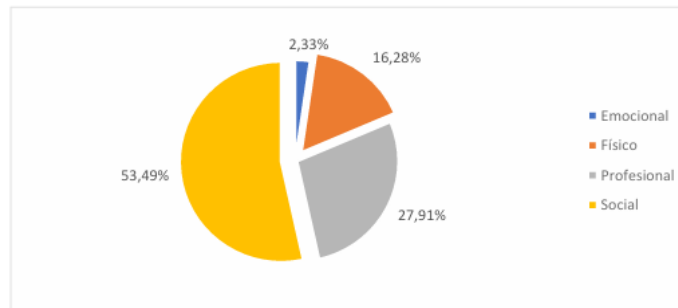
Objetivo del plan de Bienestar Integral es Mejorar la experiencia del colaborador HDPUV, abordando de manera integral los diferentes aspectos que componen el bienestar del individuo, de tal manera que se fomente su crecimiento personal y profesional, se mejore su calidad de vida e impacte positivamente en su motivación, compromiso y retención en la Institución.



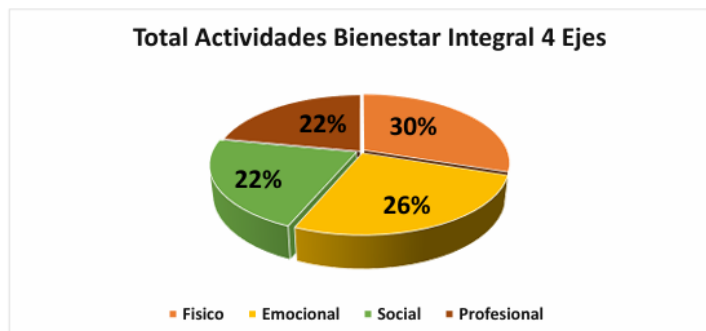
De esta manera se propone trabajar y fortalecer el Plan de Bienestar, Estímulos e Incentivos en la vigencia del 2025.

De acuerdo al contexto histórico, al analizar las actividades del Plan de Bienestar Estímulos e Incentivos para el año 2022 se realizó una clasificación en los 4 ejes propuestos, se aprecia que contiene un gran enfoque en el eje social (53.49%) representando en 23 actividades que buscan fortalecer el reconocimiento del funcionario como persona, el segundo eje en importancia es el Profesional (27.91%) con un total de 12 actividades que buscan fortalecer el nivel educativo y apoyar los proyectos de vida de los funcionarios y para los ejes emocional (2.33%) y físico (16.28%) se realizan actividades que buscan fortalecer la salud física y mental.

Distribución Inicial de actividades del Plan de Bienestar Estímulos e Incentivos 2022



CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE BIENESTAR -30/12/2024		
Acciones de Intervención	40	
Total Actividades Realizadas por Ejes	369	100%
Físico	111	30%
Emocional	97	26%
Social	80	22%
Profesional	81	22%
Corte al 30/12/2024		



Distribución de actividades del Plan de Bienestar Integral,  
Estímulos e Incentivos 2024

Como logro importante de la implementación del Plan de Bienestar en 4 Ejes, se consigue aumentar el peso porcentual del eje emocional, pasando de un 7,41% en el año 2023 a un 26% en la vigencia 2024, el Eje Físico del 19,75% en 2023 al 30% en 2024, permitiendo mejorar el equilibrio en el Bienestar Integral de nuestros colaboradores.

### Logros

- Fuimos Convocados por ICONTEC, a participar en el IX Foro Nacional de Acreditación en Salud con el tema central: Formación Integral del Talento Humano en Salud. Compartimos nuestras Buenas Prácticas en transformación cultural y formación del talento humano articulados con nuestro compromiso con la calidad y la seguridad del paciente.

- Logramos desarrollar una alianza con el ingenio Mayagüez logrando impactar a más de 800 funcionarios de la planta durante la jornada de Seguridad y Salud en el Trabajo, realizada en la zona deportiva de la empresa. Esta participación masiva fue posible gracias a la articulación del Programa de Responsabilidad Social, el Grupo de Educación en Salud y el Programa de Bienestar Social, quienes unieron esfuerzos para fortalecer el cuidado, la prevención y el bienestar de toda la comunidad laboral



## Retos

- Capitalizar la participación en foros nacionales (ICONTEC, ACHC, ACESI) para posicionar al hospital como referente en responsabilidad social, salud mental y sostenibilidad.
- Ampliar el alcance de las intervenciones sociales y educativas realizadas en entornos empresariales y comunitarios.
- Evolucionar de buenas prácticas a metas cuantificables en sostenibilidad ambiental y social.
- Postular experiencias a premios nacionales/internacionales
- Postular experiencias a premios nacionales/internacionales.
- Liderar mesas sectoriales (Pacto Global)
- Nuevas alianzas con empresas y municipios
- Nuevos proyectos ODS (3: Salud y Bienestar, 7: Energía, 12: Consumo Responsable, 13: Acción por el Clima)
- Medición de huella de carbono / agua / residuos
- Reporte de sostenibilidad institucional.

### 3.1.3. LÍNEA ESTRATÉGICA 3. FORTALECIMIENTO Y CAPACIDADES INSTITUCIONALES

Objetivo Estratégico: Fortalecer el talento humano, la tecnología, la infraestructura optima a través de la modernización, el mantenimiento y el desarrollo de competencias y habilidades para la prestación de los servicios de salud, comprometidos con la responsabilidad social.

Realizar el informe teniendo en cuenta los siguientes ítems:

- Describir los principales logros e impactos a los usuarios y comunidad
- Indicadores clave de resultado.
- Metas vs. resultados alcanzados.
- Uso de recursos.
- Principales retos y acciones.
- Acompañar de imágenes, tablas, piezas graficas y/o enlaces de publicaciones.

#### 3.1.3.1. PROGRAMA DESARROLLO DE COMPETENCIAS Y FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL

### 3.1.4. LÍNEA ESTRATÉGICA 3. FORTALECIMIENTO Y CAPACIDADES INSTITUCIONALES

Objetivo Estratégico: Fortalecer el talento humano, la tecnología, la infraestructura optima a través de la modernización, el mantenimiento y el desarrollo de competencias y habilidades para la prestación de los servicios de salud, comprometidos con la responsabilidad social

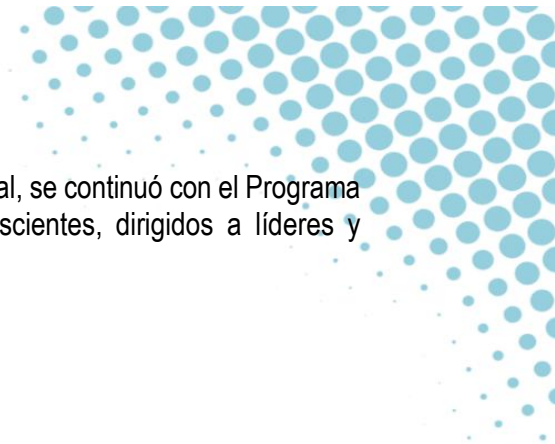
#### 3.1.4.1. PROGRAMA DESARROLLO DE COMPETENCIAS Y FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL

#### CATEGORIA TALENTO HUMANO:

##### **OBJETIVO ESPECIFICO**

Fortalecer las competencia y habilidades de los funcionarios con una cultura basada en la excelencia y una atención humanizada y segura a los usuarios.

El Plan Institucional de Capacitación-PIC, tiene el propósito de desarrollar, en los servidores públicos de la institución, capacidades y competencias con el fin de fortalecer saberes, actitudes, habilidades, destrezas y conocimientos, que posibiliten el cumplimiento de los resultados institucionales, liderando transformaciones que se requieren en los diferentes contextos en los que se desenvuelve el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E.



En el marco del Programa de Fortalecimiento de Cultura Organizacional, se continuó con el Programa de formación en Liderazgo Consciente y Equipos de Trabajo Conscientes, dirigidos a líderes y profesionales con personal a cargo y a los equipos de trabajo.

## **LOGROS SIGNIFICATIVOS:**

### **Palanca: Innovación y Tecnología:**

Esta palanca de cambio, hacia una cultura digital, es una estrategia dirigida a promover una mentalidad innovadora y en fortalecer las capacidades tecnológicas institucionales, abordando dos líneas estratégicas: la formación en habilidades para la innovación y el desarrollo de una plataforma educativa e-learning.

Por un lado, se realizaron actividades formativas orientadas a líderes y profesionales con responsabilidad sobre procesos, con el objetivo de fomentar el pensamiento creativo, derribar mitos sobre la innovación, y reforzar la importancia de esta competencia en la sostenibilidad institucional. Dentro de esta línea también se incluyeron contenidos sobre gestión de proyectos, reconociendo su papel clave para materializar iniciativas innovadoras de forma estructurada y eficaz.

Por otro lado, se desarrolló una plataforma de formación virtual (e-learning) como vehículo estratégico para fortalecer la cultura de aprendizaje continuo e innovación. Esta herramienta, diseñada con la identidad visual del Hospital, permite el acceso flexible a contenidos formativos y ya cuenta con una primera carga de cursos suministrados por el área de Talento Humano.

### **Taller IA para directivos y profesionales:**

Como parte de las acciones orientadas al fortalecimiento del liderazgo estratégico y al desarrollo de nuevas competencias para enfrentar los retos del entorno, se llevó a cabo un taller introductorio sobre Inteligencia Artificial dirigido a directivos y profesionales del Hospital.

El objetivo fue acercar a los participantes a los fundamentos, aplicaciones y posibilidades de la IA en contextos de gestión, salud y transformación organizacional, promoviendo una mirada informada, crítica y orientada a la toma de decisiones responsables frente a estas tecnologías emergentes.

El espacio permitió reflexionar sobre el rol de los líderes institucionales en el uso ético, estratégico y sostenible de herramientas de IA, así como identificar oportunidades para su incorporación progresiva en procesos clave del Hospital, en línea con la visión de innovación y excelencia que la Institución promueve.

Esta actividad hace parte de una línea de trabajo que busca preparar a los equipos para liderar en entornos complejos, articulando capacidades humanas, tecnológicas y culturales en función de los desafíos actuales y futuros del sistema de salud.

## **Plataforma e-Learning y fortalecimiento de la formación virtual**

Durante la vigencia de este contrato, se consolidaron avances significativos en el fortalecimiento de la plataforma de capacitación virtual HDPUV, tanto en sus componentes técnicos como pedagógicos.

Las acciones ejecutadas se orientaron a garantizar la operatividad continua del sistema, mejorar la estructura de los contenidos y sentar las bases para una formación virtual más efectiva, medible y alineada con los objetivos estratégicos del Hospital.

Se promovió el diseño de cursos granulares y segmentados, lo cual facilitará la evaluación por temas específicos, la implementación de pruebas intermedias y finales, y la generación de indicadores más precisos sobre el avance del aprendizaje.

Adicionalmente, como parte de la estrategia de innovación educativa, se desarrolló un nuevo curso en formato e-learning titulado “Salud Mental”, compuesto por 6 charlas especializadas.

Este curso fue diseñado para integrarse a la plataforma institucional, con el fin de ampliar la oferta formativa en competencias clave para el personal del HDPUV.

El alcance del proyecto incluyó la grabación audiovisual de los docentes, edición técnica, diseño gráfico y pedagógico del material, así como la carga estructurada del contenido en la plataforma e-learning. Esta acción fortalece el componente de formación desde un enfoque digital, accesible y escalable.

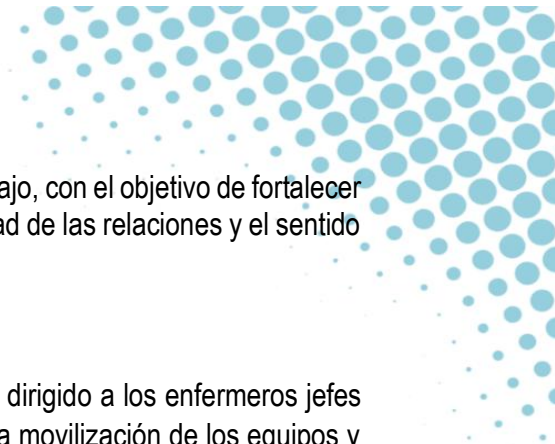
En conjunto, estas acciones permiten afirmar que durante la vigencia 2025 no solo garantizó la continuidad técnica del sistema, sino que avanzó de manera sustantiva en el reposicionamiento de la plataforma virtual como herramienta estratégica para la formación institucional.

El enfoque adoptado busca que los cursos no se limiten a transmitir información, sino que generen aprendizajes verificables y aporten indicadores confiables para la toma de decisiones estratégicas en gestión del conocimiento.

## **Palanca: Líderes y Equipos**

Durante el periodo 2022–2024, se desarrolló una intervención estructurada para fortalecer las capacidades de liderazgo y trabajo en equipo como ejes fundamentales en la consolidación de la Cultura Meta del HDPUV.

La Escuela de Líderes y equipos de trabajo conscientes, se inició estableciendo el perfil del líder HDPUV desde las dimensiones del saber, hacer y ser, y se aplicó una medición diagnóstica para identificar brechas frente al estándar deseado. A partir de estos insumos, se diseñó e implementó una estrategia de intervención que combina procesos de formación y mentoría. Esto incluye tanto a los líderes del comité gerencial como a niveles medios y profesionales con o sin personal a cargo, reconociendo que el liderazgo se ejerce también desde la gestión de procesos.



En paralelo, se adelanta un proceso de formación para equipos de trabajo, con el objetivo de fortalecer habilidades orientadas al desarrollo de la efectividad personal, la calidad de las relaciones y el sentido de propósito compartido.

### **Liderazgo Inspirador:**

El taller Liderazgo Inspirador fue diseñado como un espacio vivencial dirigido a los enfermeros jefes de sala, con el propósito de reflexionar sobre el impacto de su rol en la movilización de los equipos y la consolidación de la cultura organizacional. Su objetivo central fue fortalecer la capacidad de inspirar confianza, transmitir propósito y generar un compromiso genuino en los colaboradores.

Durante la jornada, se exploró la diferencia entre un liderazgo enfocado exclusivamente en la gestión de tareas y aquel que, además, moviliza y construye relaciones auténticas y proyecta una visión inspiradora de futuro.

La metodología combinó conceptos clave con dinámicas participativas que permitieron a los líderes reflexionar sobre cómo su liderazgo puede contribuir a una cultura organizacional basada en la confianza, el propósito compartido y el bienestar colectivo.

### **Taller La Reinención habilidad clave del líder para gestionar la disrupción constante:**

El taller La Reinención se llevó a cabo como un espacio de reflexión y aprendizaje para los líderes del HDPUV frente a los desafíos de un entorno caracterizado por la volatilidad, la disrupción y la transformación permanente. Partiendo del marco conceptual de Nadya Zhexembayeva, se presentó la reinención no como una reacción frente a las crisis, sino como una capacidad estratégica y una práctica diaria que debe integrarse en la mentalidad y en el quehacer de quienes lideran.

Durante la jornada, los participantes exploraron cómo la reinención trasciende la gestión del cambio y la innovación puntual, para convertirse en un hábito organizacional y de liderazgo: anticipar, provocar, sostener y encarnar la evolución constante. Se enfatizó que la sostenibilidad de una Organización depende de su capacidad de evolucionar, y que dicha evolución solo es posible si sus líderes la modelan con coherencia y la promueven en sus equipos.

El taller permitió a los líderes comprender la importancia de:

- Identificar señales tempranas de disrupción en su entorno.
- Replantear supuestos y prácticas tradicionales con mirada crítica.
- Generar espacios de aprendizaje y experimentación en sus equipos.
- Convertirse en agentes activos de transformación cultural.

En conclusión, el taller dejó instalada la idea de que no hay sostenibilidad sin evolución, y que no hay evolución sin líderes capaces de encarnar y habilitar procesos de reinención permanente.

## **Taller Del Control a la Confianza: Accountability como Motor de Liderazgo**

El taller Del Control a la Confianza se llevó a cabo con el propósito de replantear la forma en que los líderes del HDPUV entienden y practican Accountability en su gestión diaria.

Tradicionalmente, Accountability se asocia con una visión reactiva o punitiva cuando algo no sale bien; sin embargo, este espacio permitió resignificarla como una competencia positiva y empoderadora, orientada a influir en los resultados con responsabilidad personal y compromiso compartido.

Durante la sesión, se realizó un ejercicio práctico para reconocer los desafíos que enfrentan como equipo, se presentó el concepto de Accountability como un motor de liderazgo y como promueve equipos más autónomos, comprometidos y productivos.

La metodología combinó reflexiones conceptuales, discusiones grupales y ejercicios prácticos que llevan a los líderes a identificar el verdadero sentido de hacerse cargo de los resultados, diferenciar entre un liderazgo basado en el control y uno sustentado en la confianza y la corresponsabilidad, identificar acciones concretas para fortalecer la responsabilidad en sus equipos y traducirla en efectividad y propósito compartido.

## **Mentoría grupal Enfermeros Jefes**

Como parte de las acciones dirigidas al fortalecimiento del liderazgo en los equipos asistenciales, se desarrolló una sesión grupal con los enfermeros jefes del Hospital, orientada a generar un espacio seguro para la reflexión colectiva y la autoevaluación crítica del ejercicio de su rol.

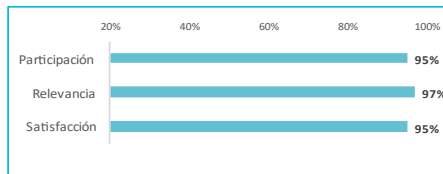
El objetivo fue identificar de manera participativa las principales tensiones que enfrentan en su labor cotidiana, reconociendo tanto los factores sistémicos que inciden en su desempeño como aquellos comportamientos individuales que pueden impactar la dinámica de los equipos y el clima de trabajo.

La sesión se diseñó con una metodología que permitió avanzar desde una mirada general del contexto organizacional hacia una exploración más profunda de vivencias, percepciones y formas de relacionamiento, promoviendo el reconocimiento de patrones, el contraste de perspectivas y la activación de compromisos individuales y grupales.

## Programa Líderes Conscientes

### Profundización en habilidades clave

Actividad	Dirigido a	No de Participantes
Intervención Micro -cultura Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional	14
Charla Liderazgo Inspiracional	Enfermeros jefes	19
Taller 1: Reinventarse o volverse irrelevante: el nuevo llamado del liderazgo	Comité Gerencial ampliado Enfermeros Jefes	39
Sesiones de Mentoría Grupal líderes segunda línea	Enfermeros jefes	21
Taller 2 Liderazgo: Del Control a la Confianza: La Accountability como Motor de Liderazgo	Comité Gerencial ampliado Enfermeros Jefes	34
Taller 3: IA para directivos	Comité Gerencial ampliado	17
Taller 3 Liderazgo: IA para profesionales	Enfermeros jefes	21
Taller 4 Liderazgo: Resultados y Desafíos	Comité Gerencial	13
Estrategia Gestión Humana	Equipo de GH	7



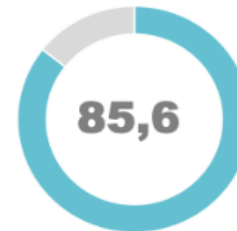
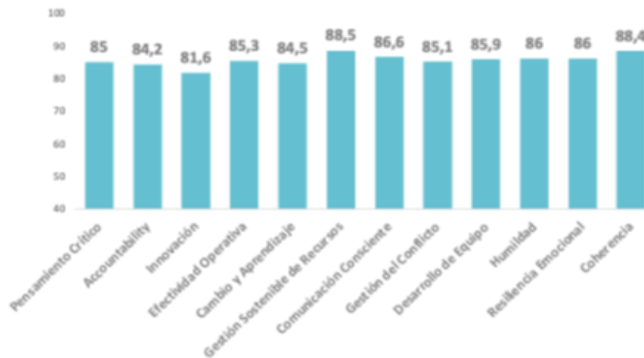
## Medición 360 de Liderazgo: una herramienta estratégica para el desarrollo consciente

En el marco del fortalecimiento cultural, la medición 360 de liderazgo se constituye en una herramienta clave para generar conciencia, orientar el desarrollo de competencias y fortalecer el alineamiento entre líderes, equipos y propósito institucional.

Incorporar este tipo de evaluación dentro del Programa permite ir más allá de la percepción individual del liderazgo, integrando las voces de colaboradores, pares y superiores para construir una mirada integral del estilo de liderazgo ejercido.

Esta retroalimentación multifuente aporta elementos valiosos para identificar fortalezas, reconocer oportunidades de mejora y trazar rutas personalizadas de crecimiento, en coherencia con la Cultura Meta definida por la organización.

## Medición de Liderazgo Total Organización

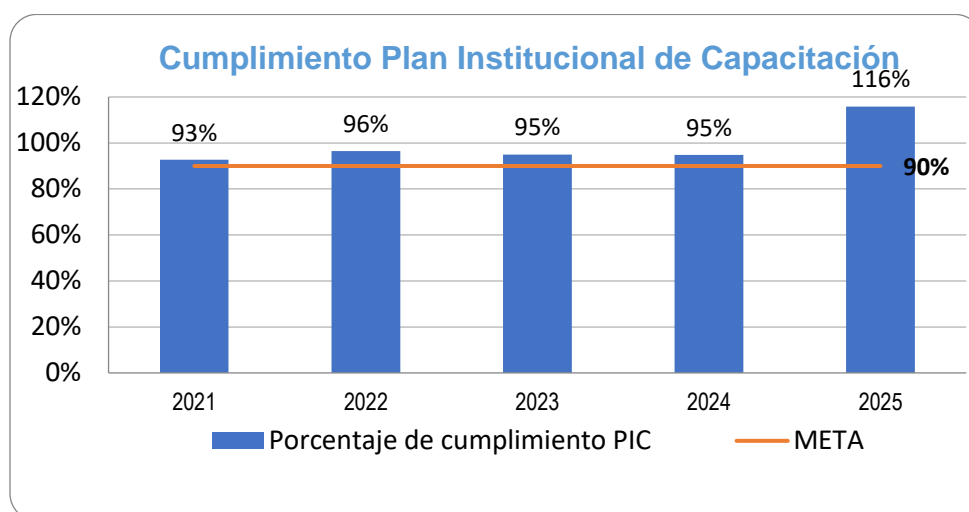


**Líderes evaluados: 52**

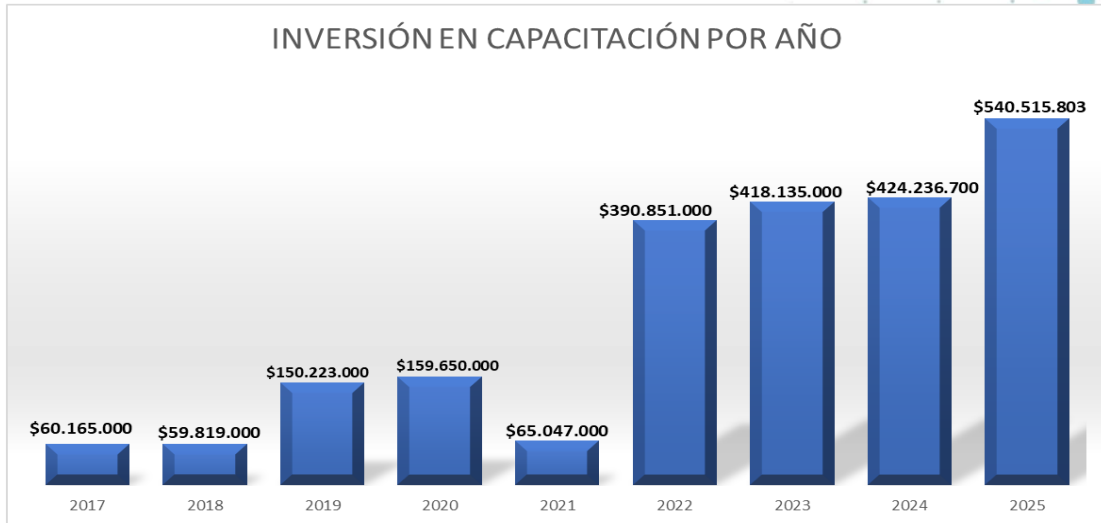


El Plan Institucional de Capacitación-PIC de la vigencia 2025, presentó un porcentaje de cumplimiento del 116% y alcanzó el 94% de cobertura, superando la meta establecida en el 90%. La inversión del Plan Institucional de Capacitación fue de \$ 540.515.803- incremento que representó un 27.4% respecto de la vigencia anterior.

AÑO	2021	2022	2023	2024	2025
META	90%	90%	90%	90%	90%
Número de capacitaciones ejecutadas en el periodo	139	135	133	147	168
Número total de capacitaciones programadas	150	140	140	155	145
<b>Porcentaje de cumplimiento PIC</b>	<b>93%</b>	<b>96%</b>	<b>95%</b>	<b>95%</b>	<b>116%</b>



\*\* El cumplimiento sobrepasa el 100% debido a que se realizaron actividades no programadas, adicionadas por necesidades presentadas durante el periodo



- Se desarrollaron ciento sesenta y ocho (168) acciones de formación durante la anualidad, con un cumplimiento del 116% del Plan Institucional de Capacitación PIC.

## El Plan Institucional de Bienestar Social Estímulos e Incentivos

### MODELO DE BIENESTAR EN EL HDPUV

De conformidad con las políticas nacionales establecidas en el diseño del Programa Nacional de Bienestar orientadas desde el Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP–, fueron adoptados los lineamientos para la construcción del Plan de Bienestar, Estímulos e Incentivos de la vigencia, en el HDPUV E.S.E.

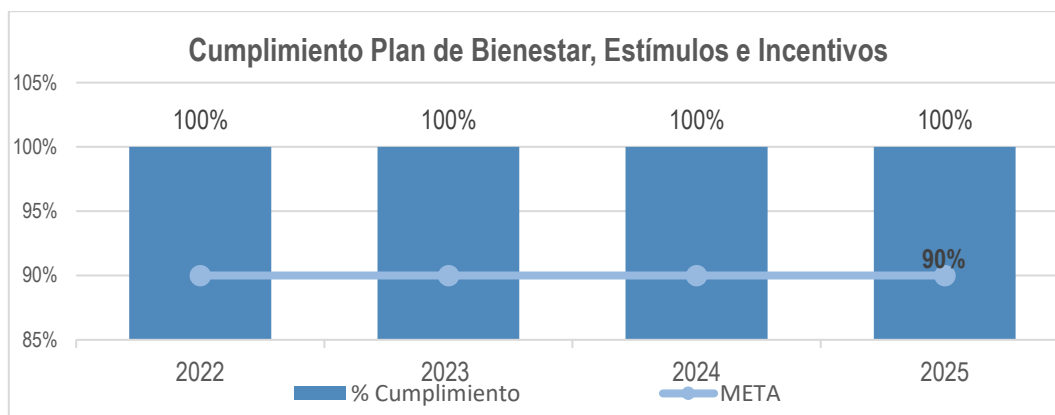
Reconociendo que el Bienestar de los individuos está compuesto por diferentes frentes o facetas que hacen parte de la vida misma del trabajador, nos proponemos establecer un Programa de Bienestar que aborde de manera integral 4 ejes de la vida.



## Composición del Plan de bienestar el 4 ejes:

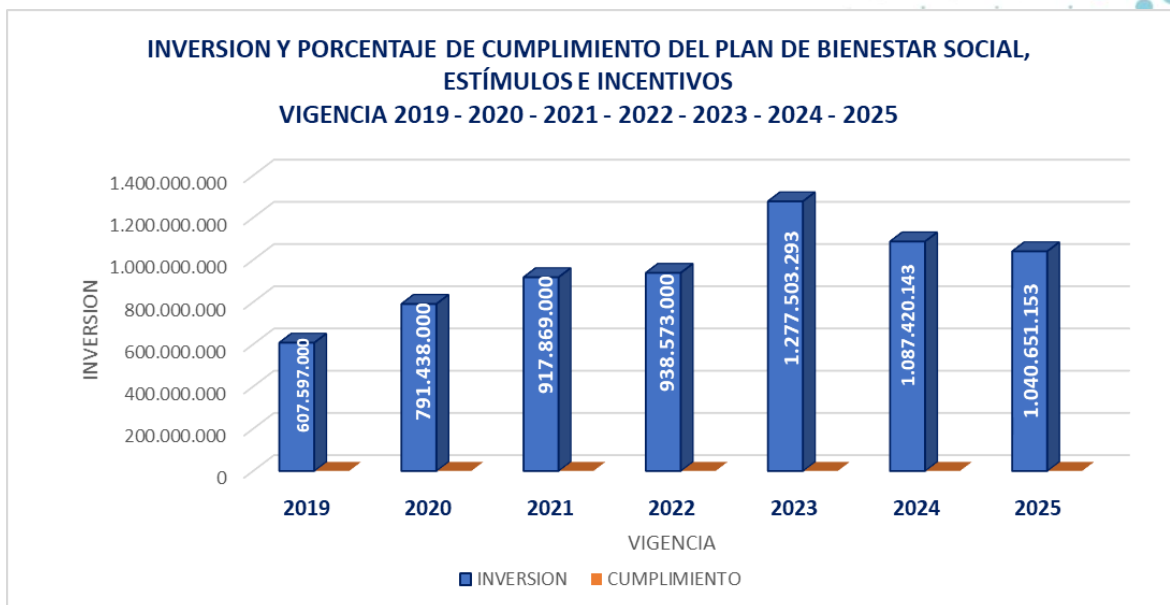


## Cumplimiento del programa de Bienestar Social Estímulos e Incentivos



## Uso de los recursos asignados del presupuesto

- Durante la vigencia 2025 se presentó una disminución de la inversión del 5%, con respecto a la vigencia 2024, logrando mejorar los procesos desde la planeación, con la implementación de la herramienta tecnológica e-learning, optimizando los recursos humanos, financieros, de infraestructura, en cumplimiento del Plan de austeridad del Gasto 2025.



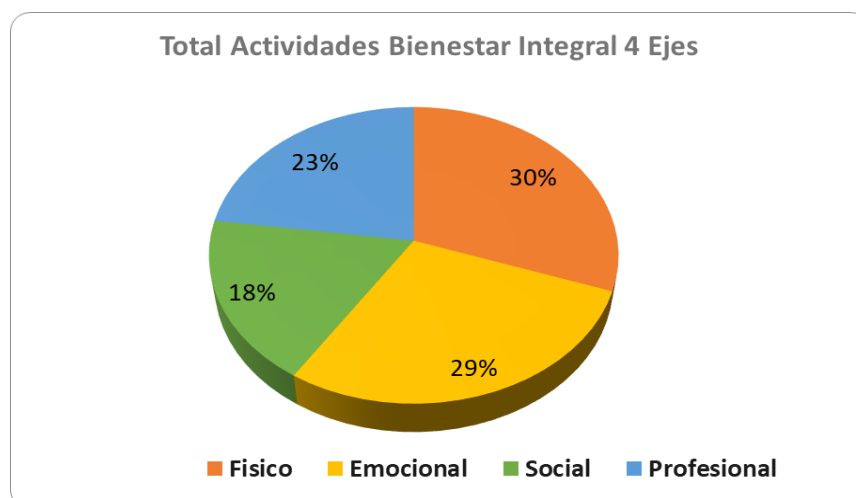
A continuación, se relacionan las actividades realizadas en el marco del Programa de Fortalecimiento de Cultura Organizacional FCO, que impactan el colaborador y su familia. Plan de Trabajo anual con un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas.

#### Actividades de intervención a la Cultura Organizacional 2025

Acciones de Formación/Actividad	Dirigido a	Alcance en # Personas
Campaña psicoeducativa Mensual ejecutada durante todo el año	Funcionarios	Todos
Charla La ciencia de ser feliz y cómo aplicarla cada día	Funcionarios	155
Charla La ciencia de ser feliz y cómo aplicarla cada día	Familias	40
Taller Práctico Finanzas Personales y Decisiones Financieras	Funcionarios	169
Taller Relaciones saludables: construyendo vínculos conscientes	Funcionarios	89
Arte-terapia (Actividad Artística Colectiva)	Funcionarios	78
Medición de Cultura	Funcionarios	181
Taller Retiro: Creando un Nuevo Ciclo – Transición con Propósito	Pre-pensionados	20
Clases de Zumba Fitness (septiembre, octubre y noviembre)	Funcionarios que se inscriban	30
Actividad día mundial de la salud mental	Funcionarios	100
Mentoría Financiera grupal	Funcionarios que se inscriban	12
Actividad Día del Agradecimiento	Funcionarios	205

Actividad Bienestar Día del Médico	Médicos Especialistas y	30
Charla Competencia: Colaboración y Compromiso: claves para equipos de alto rendimiento	Equipos	135
Charla Competencia: Taller de Resiliencia Emocional: La clave para adaptarte y crecer.	Equipos	131

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE BIENESTAR - 30/12/2025		
Acciones de Intervención	38	
Total Actividades Realizadas por Ejes	342	100%
Físico	104	30%
Emocional	98	29%
Social	62	18%
Profesional	78	23%
<b>Corte al 30/12/2025</b>		



#### Distribución de actividades del Plan de Bienestar Estímulos e Incentivos 2025

Como logro importante del Modelo Bienestar Integral en 4 Ejes, se consigue aumentar el peso porcentual del eje emocional, pasando de un 26% en el año 2024 a un 29% en la vigencia 2025, se estabilizó el Eje Físico en el 30%, El Eje Profesional aumentó un punto porcentual, pasando de 22% en el 2024 a 23% en el año 2025, permitiendo mejorar el equilibrio en el Bienestar Integral de nuestros colaboradores.

## Gestión de Competencias, Evaluación de Desempeño Laboral

La gestión por competencias del talento humano en el HDPUV ESE se realiza mediante la evaluación de desempeño laboral, una herramienta objetiva y continua que valora las contribuciones individuales y el comportamiento de los empleados, midiendo su impacto en el logro de las metas institucionales. Esta evaluación permite medir tanto el desempeño individual como institucional.

El proceso contribuye al fortalecimiento del trabajo en equipo y al desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para alcanzar los objetivos del hospital. Evalúa a los empleados en tres dimensiones: Ser (valores, personalidad, actitudes), Saber (conocimientos, destrezas) y Saber Hacer (habilidades, experiencia). Además, permite la creación de un plan institucional de capacitación alineado con principios de calidad, fomentando el desarrollo de competencias laborales.

Este enfoque busca mejorar el desempeño, fortalecer las competencias de los empleados públicos y las áreas técnicas, incrementar el compromiso con las políticas y objetivos institucionales, y desarrollar el talento humano del hospital mediante la identificación de necesidades de formación y capacitación.

La calificación del desempeño anual y en período de prueba corresponde a los siguientes niveles: Sobresaliente, Satisfactorio y No Satisfactorio, de acuerdo con el porcentaje asignado por el evaluador así:

Nivel	Porcentaje
Sobresaliente	Mayor o igual al 90%
Satisfactorio	Mayor al 65% y menor al 90%
No Satisfactorio	Menor o igual al 65%

### Evaluación de desempeño laboral (EDL)

La Gestión por competencias del talento humano del HDPUV ESE., se realiza a través de la evaluación de desempeño laboral, se dio cumplimiento a la meta establecida (100%) al calificar a la totalidad de los funcionarios (140), pertenecientes al sistema general de carrera administrativa, durante el I semestre del período anual 2024-2025 y primer semestre de 2025-2026.

A la fecha de publicación del presente informe, se rinde la información parcial semestral del período de evaluación de desempeño laboral comprendida del 01/02/2025 al 31/07/2025

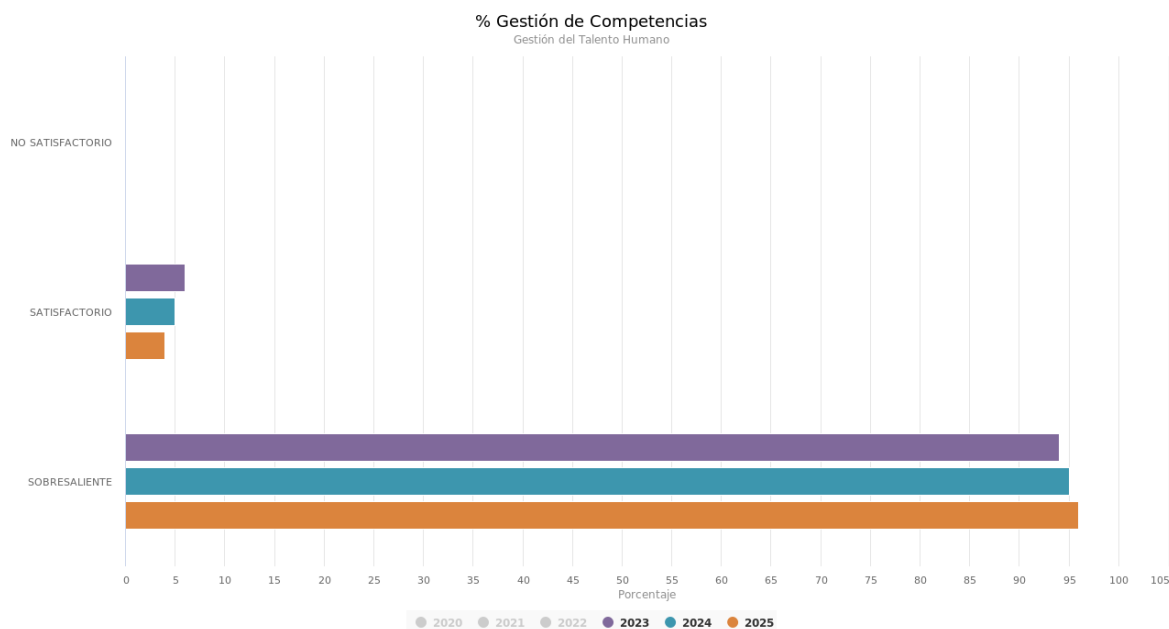
Referente Normativo - CNSC, Acuerdo 617 de 2018- Artículo 10, Establece las escalas de calificación de desempeño anual en los niveles Sobresaliente, Satisfactorio y No Satisfactorio.

Nivel Sobresaliente  $\geq 90\%$

Nivel Satisfactorio  $> 65\%$  y  $< 90\%$

Nivel No Satisfactorio  $\leq 65\%$

### Índice de desempeño laboral - (% Desempeño del Personal de Carrera Administrativa)



La evaluación de desempeño del primer semestre que va desde el 01 de febrero de 2025 hasta el 30 de julio de 2025, muestra que el 100% de los funcionarios es competente para el cumplimiento de las funciones de su empleo.

El nivel de competencia alcanzado es Sobresaliente en el 96% de los funcionarios y de un 4% Satisfactorio, con un incremento del 1% frente a la vigencia 2024.

### Fortalecimiento de Cultura organizacional

#### EJE DE FORTALECIMIENTO CULTURAL

##### Cultura Meta

A partir de los resultados de la Medición de Cultura Organizacional realizada en 2021, se desarrolló un proceso de **definición de la Cultura Meta**, orientado a establecer con claridad los rasgos culturales hacia los cuales la Institución busca avanzar y a orientar el cierre de las brechas identificadas. Este ejercicio se llevó a cabo con la participación del Comité Gerencial y se fundamentó en las definiciones estratégicas del Hospital, sus proyecciones futuras y los aportes recogidos de los colaboradores durante la jornada de socialización de los resultados de la medición cultural. Su marco filosófico se plasma a continuación:

La cultura meta institucional está basada en 5 pilares, los cuales son:

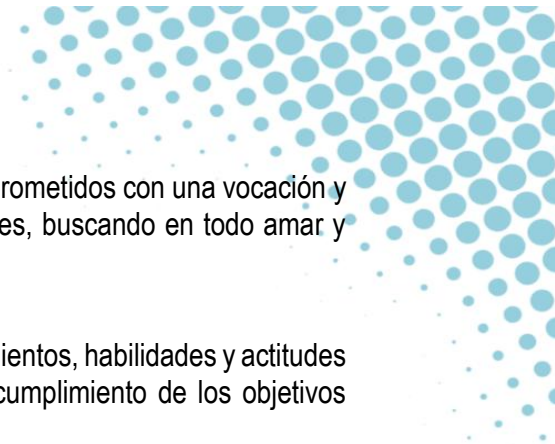
1. Sostenibilidad y desarrollo: Garantizar las condiciones que permitan el crecimiento Institucional, a través de la innovación en servicios, sistemas de gestión, procesos, e infraestructura del hospital, asegurando el uso responsable y eficiente de los recursos.
2. Atención con altos estándares de calidad: Mantener estándares superiores de calidad en la prestación de servicios integrales de salud mental en un entorno seguro y humanista.
3. Liderazgo: Desarrollar un liderazgo Institucional, ajustado a las competencias requeridas para lograr la cultura deseada, en el que exista un enfoque integral que lleve el alto compromiso con los resultados, el bienestar y desarrollo de sus equipos de trabajo.
4. Talento Humano: El talento humano del HDPUV es un pilar valioso, por lo que se promueve su desarrollo en el saber, hacer y el ser, la autogestión responsable y la construcción de relaciones colaborativas para la creación de un ambiente de trabajo seguro y humanista.
5. Generación y Apropiación del Conocimiento: Garantizar los recursos destinados a la investigación científica, formación y educación continuada en salud mental, que permita la generación de conocimiento de valor para la ciencia y la humanidad

### Ejercicio Templo Estratégico para definición de Cultura Meta



Diagrama Templo estratégico para definir Cultura Meta

Para trabajar en estos pilares se deben fortalecer las capacidades claves de:

- 
1. **Vocación de Servicio:** Desarrollar nuestras actividades comprometidos con una vocación y espíritu de servicio, que nos inspira para hacer y ser mejores, buscando en todo amar y servir bajo principios éticos y legales.
  2. **Personas Competentes:** Promover la apropiación de conocimientos, habilidades y actitudes para el desarrollo personal y profesional, que conlleve al cumplimiento de los objetivos misionales de la Institución.
  3. **Relaciones Colaborativas:** Generar dinámicas constructivas de relacionamiento, comunicación y trabajo colaborativo, que faciliten el desarrollo de la tarea y la obtención de resultados.
  4. **Gestión del Conocimiento:** Desarrollar una cultura de investigación, innovación y aprendizaje, que contribuya al desarrollo de conocimientos, a través del trabajo colaborativo entre sus servicios misionales, procesos y convenios.
  5. **Administración Eficiente de Recursos:** Gestionar los recursos y riesgos que permitan la viabilidad Institucional y mejoras en la operación, enfocados en los principios de la administración pública.

Y como aspectos centrales está fomentar y fortalecer los aspectos de Ambiente Seguro, Prácticas Humanistas, y Valores Compartidos que deben regir la conducta de los funcionarios.

## **Medición de Cultura Organizacional 2025**

### **Objetivo General del Estudio**

La medición de cultura organizacional 2025 tuvo como propósito caracterizar la cultura organizacional actual del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, con el fin de obtener una visión detallada de los elementos que configuran su identidad y dinámica interna, identificando tanto las fortalezas existentes como las áreas susceptibles de mejora. Asimismo, se buscó comparar los resultados actuales con los obtenidos en la medición anterior realizada en 2021, para establecer los avances logrados y las brechas persistentes, permitiendo orientar las estrategias de intervención cultural en curso.

### **Ficha Metodológica**

- Tipo de medición: Mixta (cuantitativa y cualitativa).
- Técnicas empleadas:
  - Encuesta estructurada (cuantitativa)
  - Entrevistas en profundidad, presenciales o virtuales (cualitativa)
- Tamaño de la muestra:
  - 181 personas participaron en la fase cuantitativa.
  - 67 personas participaron en la fase cualitativa.

Nivel de confianza estadística: 95%

Margen de error:  $\pm 4,78\%$

Esta combinación metodológica permite no solo obtener datos numéricos comparables, sino también comprender los significados, narrativas y matices culturales desde la voz de los propios funcionarios.

### Dimensiones Exploradas

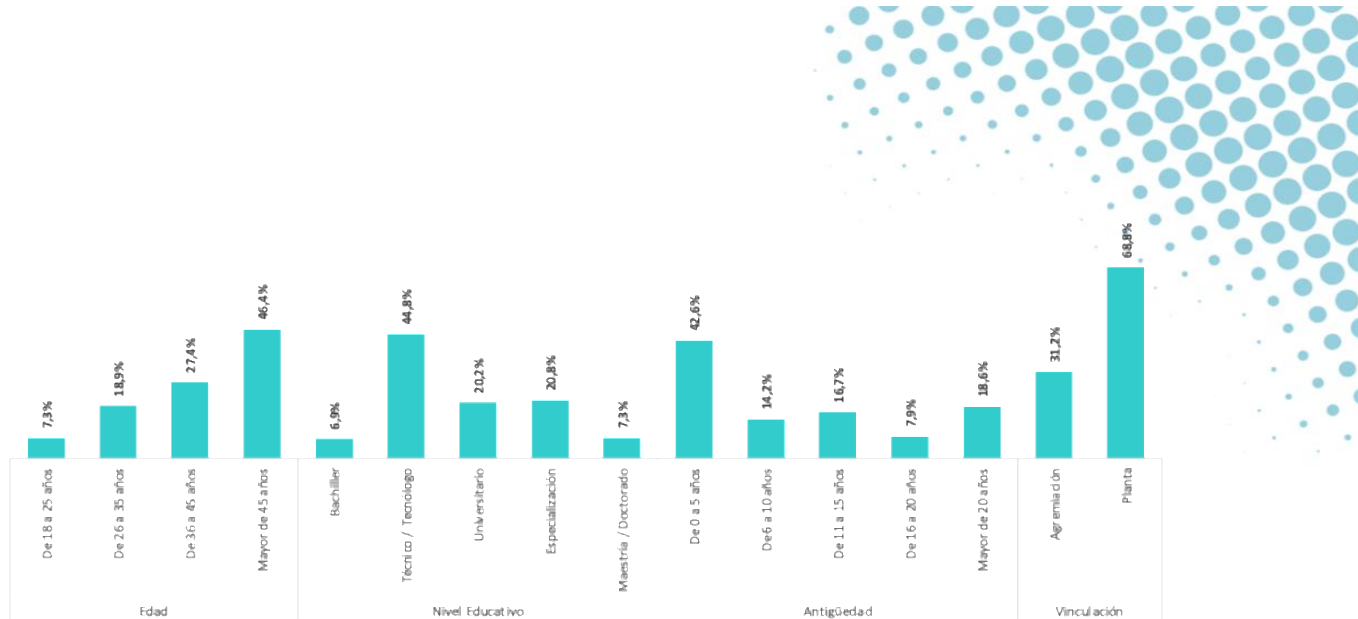
Para el ejercicio de medición de Cultura Organizacional se utiliza el modelo de Medición de Cultura de Apoyo Gerencial Consultores, el cual está conformado por 12 variables, que interactúan con 4 ejes para permitir identificar los tipos de Cultura Organizacional predominantes en una Organización.



Modelo de Cultura Organizacional de Apoyo Gerencial Consultores ®

### Población a la que estuvo dirigida la medición

Las variables demográficas que se presentan a continuación corresponden a la población total de la Institución, la cual estaba conformada por 317 colaboradores al momento de realizar la segunda Medición de Cultura Organizacional. Esta caracterización permite contextualizar los resultados del estudio y comprender la diversidad de perfiles que integran el Hospital. A continuación, se presenta el gráfico correspondiente.

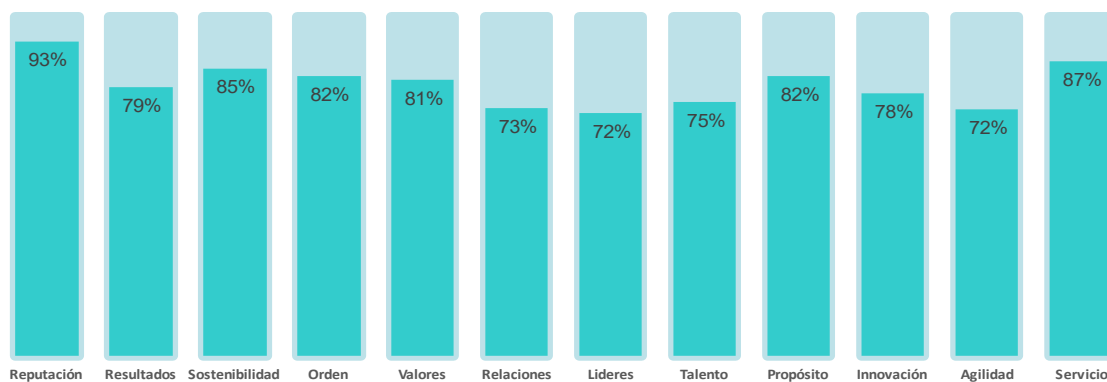


Variables demográficas Población Laboral HDPUV – 317 personas

Por su parte, la población participante en la Medición de Cultura Organizacional 2025 estuvo conformada por 181 colaboradores en la fase cuantitativa y 67 colaboradores en la fase cualitativa, lo que garantiza una representación amplia y diversa de los distintos niveles y áreas de la Institución. La medición alcanzó un nivel de confianza estadística del 95%, con un margen de error de  $\pm 4,78\%$ , lo cual otorga solidez y confiabilidad a los resultados obtenidos.

### Resultados de la Medición de Cultura Organizacional 2025

El siguiente gráfico presenta el porcentaje de favorabilidad obtenido por cada una de las doce variables evaluadas en la medición cuantitativa de cultura organizacional realizada en 2025.



### **Variable: Reputación (93%)**

La reputación institucional fue la variable con mayor valoración en la medición 2025, alcanzando un 93%. Este resultado refleja un alto nivel de identificación y orgullo por parte del talento humano. Al analizar las percepciones cualitativas, se observa una distinción clara entre la imagen interna y la imagen externa del hospital: el 95% de los comentarios sobre la imagen interna son positivos, mientras que solo el 26% de las percepciones sobre la imagen externa resultan favorables.

Desde la mirada del equipo humano, se reconoce una transformación interna visible en los procesos, la atención y las condiciones del entorno, y una cultura organizacional que hoy cuenta con altos niveles de compromiso emocional, vocación de servicio y sentido de pertenencia.

Sin embargo, dicha transformación no ha sido plenamente reconocida por el entorno social, que sigue asociando al hospital con representaciones tradicionales sobre la salud mental —como el encierro, el estigma o el sufrimiento—, desconectadas de su estado actual. Esta brecha entre el cambio interno y la percepción externa afecta la validación simbólica del trabajo realizado por los equipos y representa una oportunidad para fortalecer la narrativa institucional hacia la comunidad.

En menor medida, algunas voces advierten señales tempranas de desgaste relacional, relacionadas con el trato humanizado entre colegas y con ciertas inquietudes frente a contrataciones recientes que no reflejarían los valores culturales predominantes.

Estos hallazgos indican la necesidad de seguir protegiendo el clima interno y gestionar estratégicamente la imagen externa, como parte del proceso de evolución cultural.

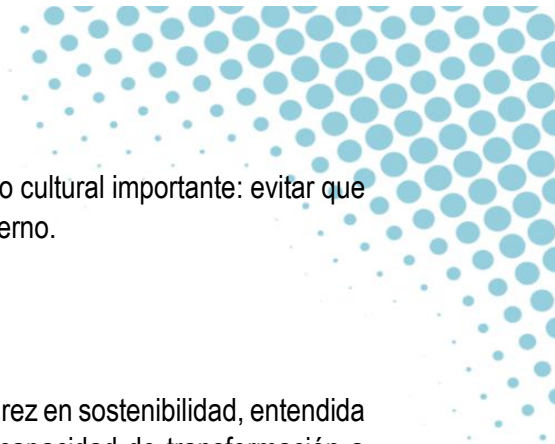
### **Variable: Resultados (79%)**

La medición 2025 muestra una percepción favorable respecto a la capacidad institucional del hospital para alcanzar los resultados propuestos, con un puntaje del 79%. Desde el enfoque cualitativo, los equipos reconocen que las metas se cumplen y que existe una dirección clara que permite avanzar. Además, los logros obtenidos —como acreditaciones, reconocimientos externos y mejoras visibles en infraestructura— refuerzan la percepción de efectividad y progreso institucional.

Los colaboradores identifican que esta orientación al logro no solo se expresa en indicadores, sino también en elementos simbólicos que validan el esfuerzo colectivo. El hospital se percibe como una organización que "logra", que ha ganado visibilidad y que trabaja con sentido de propósito.

No obstante, también emergen matices que matizan esta visión. Se señala que los resultados se alcanzan muchas veces "dentro de lo posible", en contextos de restricciones presupuestales, esfuerzos extraordinarios y condiciones estructurales que exigen una alta capacidad de adaptación. Esta situación puede generar tensiones internas y desgaste en los equipos.

Adicionalmente, se observa una percepción de desequilibrio en la distribución del logro: mientras que hacia los usuarios externos los resultados son más visibles y sostenidos, en lo interno —especialmente en aspectos como el bienestar y cuidado de la salud mental del talento humano— no siempre se



percibe el mismo nivel de compromiso. Esta disociación plantea un reto cultural importante: evitar que el foco en el cumplimiento externo se dé en detrimento del cuidado interno.

### **Variable: Sostenibilidad (85%)**

El Hospital evidencia una cultura institucional con altos niveles de madurez en sostenibilidad, entendida no solo en su dimensión financiera y operativa, sino también en su capacidad de transformación a futuro. La percepción de sostenibilidad no se limita al uso eficiente de recursos, sino que se entrelaza con una visión institucional que proyecta continuidad, crecimiento y mejora estructural, lo cual es poco habitual en contextos hospitalarios públicos.

Esta proyección se apalanca en tres pilares visibles:

1. Infraestructura renovada como símbolo de futuro: las mejoras físicas han funcionado como un “anclaje tangible” para que los equipos conecten con una visión de transformación y orgullo institucional.

2. Planeación estratégica formalizada (2030): se reconoce que existe una ruta clara, con metas a mediano y largo plazo, que da sentido al quehacer cotidiano y permite alinear esfuerzos.

3. Apuesta por la innovación y la tecnología: aunque aún incipiente, empieza a posicionarse como parte del lenguaje interno de futuro, articulando modernización con misión institucional.

Sin embargo, pese a este consenso amplio un sector minoritario menciona que pero aún se requiere fortalecer las capacidades internas para gestionar el futuro de manera más estructural, mencionando que los periodos administrativos, dinámicas reactivas y lentitud en la adopción tecnológica, dificultan la posibilidad real de sostener una mirada de largo plazo.

Esta dualidad indica que la cultura institucional está en una fase de transición hacia una cultura anticipatoria, pero aún requiere fortalecer sus capacidades internas para gestionar el futuro de manera más estructurada y menos dependiente de liderazgos individuales.

### **Variable: Orden (82%)**

La evaluación refleja una cultura organizacional que valora el cumplimiento de normas, la existencia de protocolos y la claridad funcional, aspectos que están respaldados por certificaciones y marcos documentales. Este resultado sugiere una adhesión significativa al orden como principio institucional, tanto en el diseño organizacional como en las expectativas de desempeño.

Sin embargo, desde el análisis cualitativo emergen matices importantes que advierten sobre una brecha entre el orden formalmente establecido y el orden efectivamente vivido. En primer lugar, los equipos perciben que, aunque las reglas existen, su cumplimiento es inconsistente entre áreas o personas, lo que debilita su legitimidad. Esta incoherencia se asocia a factores como liderazgos poco

exigentes, canales de comunicación ineficaces y sobrecarga de funciones, especialmente en áreas clínicas.

Además, se señala que la aplicación desigual de las normas genera percepciones de injusticia organizacional, alimentando desmotivación y desconfianza. La cultura del orden se percibe entonces como dependiente del contexto: se sostiene cuando hay liderazgo, recursos y tiempo.

Este conjunto de hallazgos sugiere que el desafío actual no está en la existencia de reglas, sino en su aplicación equitativa, consistente y sostenida, para fortalecer la confianza interna y la percepción de justicia.

#### **Variable: Valores (81%)**

Los resultados reflejan una cultura organizacional en la que los valores institucionales están significativamente interiorizados por los equipos, como guías prácticas para la conducta diaria.

El respeto, la honestidad y la humanización son los valores más frecuentemente mencionados y operan como ejes estructurantes de las relaciones tanto clínicas como laborales.

Sin embargo, no todos los valores institucionales tienen el mismo nivel de apropiación. Conceptos como conocimiento, diligencia o seguridad, aunque forman parte del ideario formal, son escasamente mencionados de manera espontánea por los colaboradores.

Este desfase puede deberse a una baja conexión emocional con estos principios, a una falta de visibilización desde la narrativa organizacional o a la ausencia de prácticas que los traduzcan operativamente. Este hallazgo evidencia una cultura de valores fuertemente vivida en algunos aspectos, pero aún parcial en otros, lo que plantea el reto de fortalecer la conexión simbólica y práctica con el conjunto completo del marco axiológico institucional.

#### **Variable: Relaciones (73%)**

Los resultados indican relaciones sólidas al interior de las áreas, con prácticas valoradas de trabajo en equipo, apoyo entre colegas y claridad operativa en los equipos inmediatos. Esta cohesión interna permite un funcionamiento confiable a nivel micro, generando entornos laborales cercanos y colaborativos en muchas unidades.

Sin embargo, esta fortaleza no se extiende de manera consistente a nivel institucional. Predomina una lógica de funcionamiento por áreas aisladas, lo que impide una articulación fluida entre equipos y puede dificultar procesos transversales.

Desde el componente comunicativo, mientras un segmento valora la comunicación clara en su entorno inmediato, otro grupo evidencia fallas relevantes en la circulación de la información entre áreas, entre líderes y equipos, y entre niveles jerárquicos.

Adicionalmente, el tipo de relaciones entre equipos y personas depende en gran medida de factores individuales como los estilos de liderazgo o las actitudes personales. Esta variabilidad genera diferencias en la experiencia relacional de los colaboradores, según el área o el turno en que se desempeñen, y se constituyen en una oportunidad de mejora hacia la consolidación de una cultura organizacional cohesionada.

### **Variable: Líderes (72%)**

El liderazgo institucional se percibe como funcional y legítimo, con una base técnica y humana sólida. El resultado (72%) se ubica en un rango medio-alto, lo que indica que existe un liderazgo confiable en términos generales, aunque con desafíos concretos en su despliegue cotidiano.

La confianza en los líderes, su compromiso con el hospital y la valoración del trato humano son fortalezas clave, pero persisten estilos de liderazgo que requieren ajustes para sostener la transformación organizacional. Los principales hallazgos interpretativos respecto a esta variable:

#### **1. Liderazgos técnicamente competentes y humanamente reconocidos**

El análisis revela que una parte importante del personal identifica en sus líderes cercanía, disposición, sentido ético y capacidad técnica. Esto configura una legitimidad dual —profesional y relacional— que es especialmente relevante en contextos hospitalarios donde la autoridad se construye tanto desde el conocimiento como desde la humanidad.

#### **2. Inconsistencias en el estilo de liderazgo y en el acompañamiento operativo**

Aunque minoritarios, aun persisten algunos estilos verticales, controladores o desconectados de la gestión real, que afectan el clima de ciertas áreas. Estos estilos generan desgaste emocional, minan la confianza y aumentan la carga operativa para los equipos. La ausencia de seguimiento o claridad organizativa por parte del líder inmediato es uno de los focos de tensión más recurrentes.

#### **3. Exposición al desgaste de los líderes**

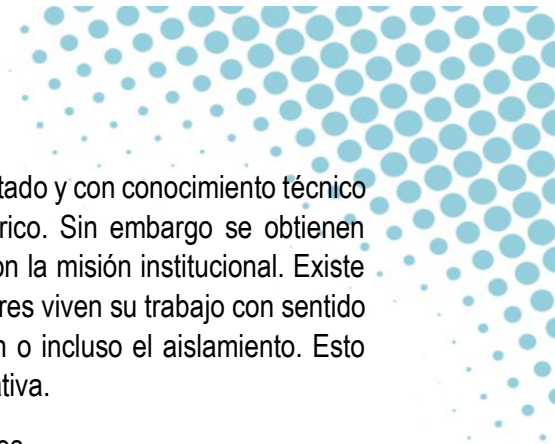
En varios testimonios aparece el agotamiento de quienes ejercen liderazgo, especialmente en contextos clínicos de alta presión. Este desgaste puede derivar en estilos reactivos o distantes, incluso en líderes tradicionalmente valorados. Esta situación plantea la necesidad de acompañar preventivamente a quienes ejercen liderazgo, evitando que la sobrecarga erosione su capacidad de cuidado hacia los equipos.

Los resultados de esta variable muestran la necesidad de continuar trabajando en la homogenización de los liderazgos para que todos logren integrar las dimensiones estratégicas, operativas y humanas que se esperan en la Institución.

### **Variable: Talento (75%)**

La percepción sobre el talento humano en el HDPUV se ubica en un rango medio-alto, lo que indica una valoración positiva, especialmente en lo emocional y vocacional, pero con márgenes de desarrollo importantes. El talento está presente, es reconocido, y en muchos casos genera sentido y orgullo. Sin embargo, las tensiones entre condiciones objetivas, trato diferenciado y desgaste operativo introducen fracturas en la experiencia del colaborador. Los principales hallazgos interpretativos de esta variable son:

#### **1. Talento valioso que necesita mayor alineación**



El personal es descrito como amable, comprometido y humano, capacitado y con conocimiento técnico sólido, atributos especialmente significativos en un hospital psiquiátrico. Sin embargo se obtienen apreciaciones de que no todos se perciben alineados ó articulados con la misión institucional. Existe una “diversidad emocional” en el equipo: mientras algunos colaboradores viven su trabajo con sentido vocacional, otros lo experimentan desde el cansancio, la desafección o incluso el aislamiento. Esto representa una tensión entre el potencial humano y la cultura colaborativa.

### 2. Relación institución–colaborador marcada por tensiones estructurales

Aunque se reconocen todas las iniciativas institucionales por cuidar al personal (bienestar, formación), las experiencias vividas varían según el tipo de vinculación, el área o el acceso a ciertos apoyos. Esta asimetría genera sentimientos de inequidad o desprotección, especialmente en quienes enfrentan sobrecarga o menor reconocimiento.

### 3. La cultura del cuidado no siempre se traduce hacia adentro

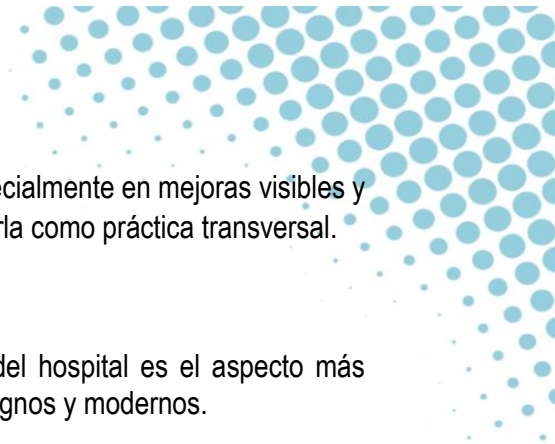
La vocación de cuidado hacia el paciente, ampliamente reconocida por los equipos, no es percibida con igual fuerza hacia el cuidado emocional del colaborador de las áreas asistenciales, considerando el desgaste emocional que la tarea produce.

## **Variable: Propósito (82%)**

La conexión del talento humano con el propósito institucional alcanza un nivel alto, lo que sugiere que esta dimensión opera como un eje movilizador de compromiso, identidad colectiva y sentido en el trabajo. En un hospital psiquiátrico, donde la misión combina componentes técnicos, humanos y sociales, esta alineación es un recurso estratégico clave para sostener procesos de cambio. Como principales hallazgos se obtuvo:

- Apropiación de la visión 2030: Se percibe claridad y alineación con la proyección institucional, lo que refuerza la motivación colectiva.
- Coincidencia entre propósito institucional y vocación personal: Muchos colaboradores sienten que su labor en el hospital tiene un sentido que coincide con sus valores.
- Humanización como eje central: La atención digna y respetuosa al paciente es reconocida como parte esencial del propósito.
- Presencia de un componente técnico: Algunos relacionan el propósito con la calidad y la mejora continua.
- Brechas de apropiación: Una parte del personal no recuerda o no se identifica con el propósito, evidenciando oportunidades de fortalecimiento en comunicación y vinculación.

## **Variable: Innovación (78%)**



El resultado sugiere una percepción positiva sobre la innovación, especialmente en mejoras visibles y experiencias recientes, aunque aún persisten desafíos para consolidarla como práctica transversal.

Las principales menciones de innovación en la institución son:

- **Cambios tangibles en infraestructura:** La renovación física del hospital es el aspecto más valorado y evidencia compromiso institucional con entornos dignos y modernos.
- **Vínculo con conocimiento y ciencia:** Actividades académicas, simposios y la acreditación como hospital universitario fortalecen la dimensión científica de la innovación.
- **Mejora en prácticas clínicas:** Se reconocen avances en abordajes terapéuticos más humanizados y procedimientos tecnológicamente seguros.
- **Transformación digital:** Se identifican avances en digitalización e interés institucional por incorporar herramientas emergentes.
- **Formación como motor de cambio:** La actualización permanente del personal es reconocida como parte de una cultura innovadora.

Como aspectos a mejorar, surge que la innovación ha tenido una alta concentración en infraestructura física, y se requiere poner el foco en la mejora de procesos asistenciales y administrativos. También se considera que los principales aspectos que pueden dificultar una mayor innovación son la obsolescencia tecnológica, las restricciones presupuestales que dificultan la sostenibilidad de los esfuerzos y la continuidad de proyectos para que logren generar cambios estructurales.

### **Variable: Agilidad (72%)**

El puntaje sugiere una percepción media-alta: la organización logra adaptarse, responder a cambios y resolver con relativa rapidez, aunque enfrenta limitaciones estructurales y operativas que afectan su capacidad de respuesta sistémica. Los principales hallazgos son:

- **Capacidad de respuesta en situaciones críticas:** Se reconoce la habilidad del hospital para resolver urgencias, reorganizar recursos y continuar operando incluso en contextos de alta presión o escasez. Esto refleja una agilidad situacional que se activa ante la necesidad.
- **Apertura a nuevas formas de hacer:** Algunos procesos han sido ajustados para ser más eficientes o menos burocráticos, y se menciona la disposición de ciertos líderes a escuchar propuestas y adaptarse a los contextos cambiantes.
- **Disposición individual a “sacar adelante” lo necesario:** En varios equipos se evidencia una cultura de compromiso y flexibilidad, donde las personas “resuelven” aun sin contar con todos los medios, mostrando proactividad frente a imprevistos.

Como aspectos a mejorar se observa que muchos ajustes se hacen por esfuerzo personal o conocimiento tácito, no por procesos institucionalizados. Esto implica que la agilidad depende de las

personas y no del sistema. Persisten barreras en algunos procesos administrativos ó áreas que ralentizan la operación y afectan la percepción de eficiencia institucional.

### **Variable: Servicio (87%)**

El puntaje muy alto posiciona al servicio como una fortaleza estructural y cultural del hospital, con alto grado de coherencia entre vocación, profesionalismo y atención humanizada. Esta orientación consolida una identidad institucional centrada en el cuidado digno y la calidad relacional en contextos sensibles como la salud mental. Como principales atributos que sostienen este resultado, los colaboradores identifican:

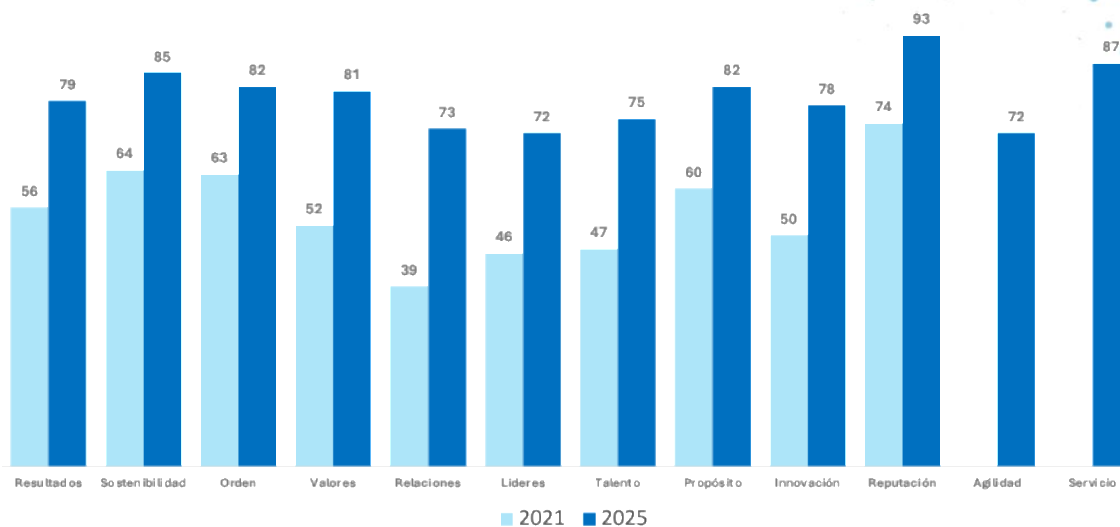
- **Competencia técnica y profesionalismo:** Se reconoce ampliamente la capacidad del equipo para brindar servicios con calidad, preparación y responsabilidad clínica.
- **Humanización y calidez en la atención:** El trato cercano, empático y digno es mencionado como una constante transversal, fortaleciendo la experiencia del paciente y su familia. La existencia de protocolos y de lineamientos organizacionales en humanización respaldan el buen servicio y permiten madurez en esta dimensión.
- **Respuesta operativa oportuna y efectiva:** Se valoran la rapidez y eficacia con que se resuelven necesidades asistenciales y operativas.

Se considera que hay mucho reconocimiento de usuarios y familias, hay muestras evidentes de gratitud y percepción positiva externa.

Algunos aspectos a mejorar se concentran en procesos logísticos o administrativos específicas (tiempos en cajas, actitudes individuales), no en el sistema general.

### **Comparación Medición 2025 vs 2021**

El comparativo 2025–2021 evidencia una evolución significativa en las 12 variables culturales evaluadas, resultado de un proceso de intervención deliberado, sostenido y participativo desarrollado desde 2022. Este proceso ha buscado fortalecer los pilares de funcionamiento organizacional, mejorar la experiencia laboral y alinear la cultura con los desafíos estratégicos de un hospital universitario de salud mental. Nótese que existen dos variable nuevas que se miden en el periodo 2025, por lo que no tienen resultado comparativo.



Comparativo Medición de Cultura Organizacional 2025 vs 2021

- Relaciones (+34 pts): Se han fortalecido los vínculos interpersonales y la cooperación entre áreas. Hoy se evidencia una mayor articulación, diálogo y sentido de red institucional.
- Valores (+29 pts): Se consolida un marco de principios y creencias compartidas, lo cual ha promovido una cultura más coherente, con mayor sentido de pertenencia y alineación entre discurso y práctica cotidiana.
- Orden (+29 pts): Se percibe una mejora sustancial en la percepción de orden, cultura organizacional que valora el cumplimiento de normas, la existencia de protocolos y la claridad funcional, aspectos que están respaldados por los logros en certificaciones y acreditación de excelencia.
- Innovación (+28 pts): Se instala una narrativa activa de transformación, inicialmente anclada en lo físico, pero que ha comenzado a permearse en ámbitos formativos, terapéuticos, tecnológicos y de bienestar.
- Líderes (+26 pts): La percepción del liderazgo ha mejorado en su dimensión humana y técnica.
- Propósito (+22 pts): Se fortalece el sentido de misión, conectando el trabajo cotidiano con una causa mayor: el cuidado de la salud mental desde una perspectiva ética, social y profesional.

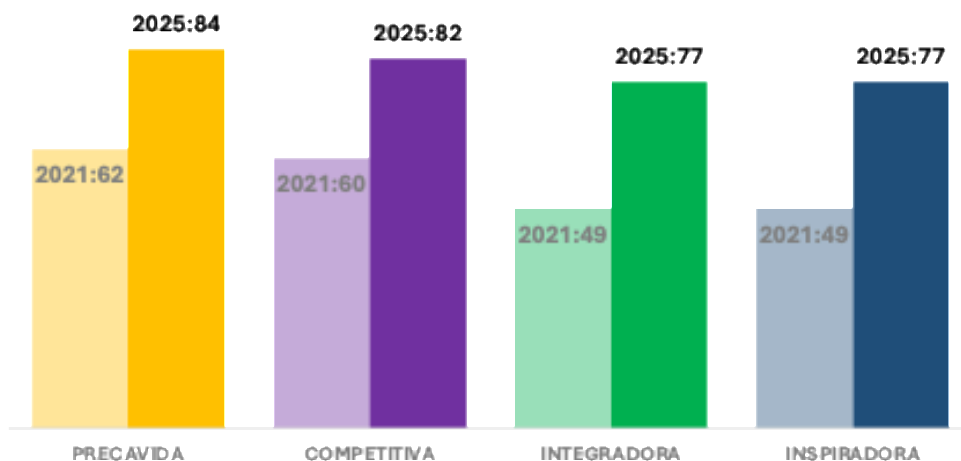
Para la medición 2025 se aprecia que hay variables con una mayor consolidación, que emergen como principales fortalezas de la cultura y reflejan y maduración institucional en los aspectos que evalúan:

Reputación (93%); Servicio (87%); Sostenibilidad (85%);

Como variables con oportunidad de mejora aparecen: Resultados (79%); Talento (75%); Agilidad (72%). Aunque en esta medición muestran un desempeño medio-alto y una mejora sustancial para las dos primeras, respecto a la medición del 2021, reflejando avances, aun presentan espacios de mejora relacionados con la gestión del cambio, la experiencia integral del colaborador y la capacidad de ejecución efectiva.

## Tipo de Cultura

Se evidencia una transformación significativa en la tipificación cultural del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle entre 2021 y 2025. Este cambio refleja una evolución no solo en las prácticas visibles, sino en el paradigma cultural subyacente, resultado directo del proceso de intervención sostenida desde el año 2022.



Comparativo Tipo de Cultura Organizacional Predominante 2025 vs 2021

### Evolución del Perfil Cultural (2021–2025)

Si bien se conserva la predominancia de los tipos precaída y competitiva. Es importante observar su crecimiento lo que indica que los equipos perciben un entorno más orientado al logro, con estándares más altos de calidad, exigencia y mejora continua. Es reflejo del énfasis institucional en cumplimiento, reputación y profesionalización.

Los tipos integrador e inspirador, que partían de puntajes bajos en 2021 (ambos en 49), muestran un salto significativo. La cultura integradora alcanza 78 puntos y la inspiradora 79, evidenciando un fortalecimiento de dimensiones como la confianza, la colaboración transversal, el orgullo institucional, el sentido de propósito y la inspiración colectiva.

Este nuevo perfil refleja una cultura más equilibrada, donde conviven estructuras de control (precaída), orientación a resultados (competitiva) y valores de colaboración y sentido (integradora–inspiradora).

La intervención cultural desde 2022 ha permitido una transición hacia una organización con mayor madurez cultural, con prácticas más conscientes, articuladas y proyectadas al futuro.

### 13.4 Plan de Intervención de Cultura Organizacional

El cambio en la cultura organizacional es un proceso complejo que requiere modificar creencias, comportamientos y prácticas arraigadas.

Los principales desafíos incluyen la resistencia de los colaboradores, la falta de alineación entre los líderes y la dificultad de traducir la cultura deseada en acciones concretas. El cambio no ocurre de manera inmediata; exige tiempo, consistencia y un enfoque estructurado para que las nuevas prácticas se consoliden y formen parte del ADN organizacional.

Implementar el cambio de manera escalonada es fundamental para una transición fluida y alineada con la Cultura Meta. Este enfoque facilita la adaptación progresiva de la organización y sus miembros, reduciendo resistencias y asegurando que las nuevas dinámicas se integren de forma natural en la cultura organizacional.



Modelo de Palancas de Cambio de Apoyo Gerencial Consultores ®

A continuación, se detalla el alcance de las palancas de cambio:

**Líderes y Equipos:** Esta palanca busca implementar de un lado, un modelo de liderazgo que se constituya en la identidad del líder del HDPUV en donde se desarrollen las competencias, habilidades y comportamientos deseados en los líderes de la Institución. De otro, mejorar el relacionamiento y la sinergia de los equipos de trabajo, fomentando el desarrollo integral del hacer y el ser.

**Prácticas de Gestión Humana:** Esta palanca involucra una revisión de las actuales prácticas de recursos humanos para generar la innovación necesaria, que permita mejorar la experiencia del colaborador en la Institución.

Valores y Principios: Con esta palanca se busca pasar de los valores declarados a valores vividos, alinear propósito de los individuos con propósito institucional y trabajar los diferentes aspectos que crean identidad organizacional.

Estructura y Procesos: Esta palanca busca abordar los diferentes aspectos que se pueden tomar como estructurales en una Organización, como estructura organizacional, normas, políticas, procedimientos, entre otros.

Servicio: Esta palanca busca abordar la mejora continua en la prestación de los servicios e incluye las iniciativas contempladas en el pilar Atención con altos estándares de calidad.

Innovación y Tecnología: Esta palanca busca que la Institución tenga una mirada amplia sobre los aspectos necesarios de innovación y mejoramiento que pueden abarcar infraestructura, tecnología, servicios, investigación.

### **Programa de Intervención Cultura Organizacional Vigencia 2025**

El proceso de fortalecimiento de la cultura organizacional en el HDPUV se ha consolidado como un eje estratégico que acompaña de manera directa la gestión institucional, aportando a la excelencia, la innovación, la sostenibilidad y el bienestar de sus colaboradores.

La cultura, entendida como el marco que orienta comportamientos, decisiones y formas de relación, constituye hoy un factor determinante para la calidad del servicio, la eficiencia operativa y la capacidad de adaptación frente a los desafíos del entorno.

En este sentido, la intervención 2025 se planteó como la continuación natural de un camino iniciado en 2021, y que ha evolucionado de manera progresiva en cada periodo.

A lo largo de este recorrido, se han instalado procesos, prácticas y símbolos que hoy requieren consolidarse, ampliarse y, en algunos casos, ajustarse estratégicamente para lograr una mayor apropiación por parte de los colaboradores y una conexión más profunda con los valores y objetivos institucionales.

Para este nuevo periodo, se ha definido activar todas las palancas de cambio de manera integrada, dando continuidad a lo ya implementado desde 2022 y potenciando aquellas iniciativas que han mostrado impacto positivo en la transformación cultural.

El propósito para la intervención 2025 es seguir impulsando una cultura institucional coherente con la identidad del HDPUV, que se refleje en:

- Estándares superiores de servicio, basados en el trato humanizado y la calidad asistencial.
- Mayor eficiencia operativa, a través de la optimización de procesos y prácticas.
- Bienestar y desarrollo de los colaboradores, promoviendo la autogestión, el aprendizaje continuo y la vida saludable.

- Un ambiente organizacional positivo, que fomente la colaboración, la innovación y el crecimiento personal y profesional.

De esta manera, la intervención 2025 se orienta a consolidar la cultura institucional como un motor de transformación y sostenibilidad, garantizando que la estrategia organizacional no solo se traduzca en metas cumplidas, sino también en una experiencia de trabajo inspiradora, movilizadora y compartida por todos los miembros de la Institución.

Las actividades desarrolladas, en cada palanca durante esta vigencia se detalla a continuación:

### Palanca Líderes y Equipos

La palanca Líderes y Equipos se desarrolló bajo una metodología que articuló cuatro ejes: medición, entrenamiento, retroalimentación y mentoría, asegurando que los líderes fortalezcan sus competencias y consoliden un estilo de liderazgo consciente y movilizador.

- Medición: Se efectuó la medición de liderazgo, que incorpora nuevas habilidades respecto a años anteriores. Esta fase permitió identificar brechas y continuar orientando las acciones de desarrollo que contempla el programa.

- Entrenamiento: Se ejecutaron diferentes sesiones de entrenamiento, enfocadas en habilidades claves que se requieren en el liderazgo actual. Los espacios combinaron conceptos teóricos y ejercicios prácticos, aplicados directamente al contexto institucional, para facilitar su transferencia al trabajo diario.

- Retroalimentación: se llevaron a cabo espacios de retroalimentación una vez se cuenten con los resultados de la medición, reforzando prácticas positivas y ajustando estrategias según los hallazgos.

- Mentoría: una vez avanzados los entrenamientos, se activó un paquete de horas de mentoría individual y grupal, con el fin de acompañar a los líderes en la aplicación de lo aprendido y asegurar su sostenibilidad en el tiempo.

En la tabla que se expone a continuación están el resumen de las actividades llevadas a cabo:

Acciones de Formación/Actividad	Dirigido a	# Personas	Tipo Actividad
Medición de Liderazgo	Comité Gerencial y Profesionales con personal a cargo	52	Medición
Charla Liderazgo Inspiracional	Enfermeros jefes	19	Formación
Taller 1 para líderes: Reinventarse o volverse irrelevante: el nuevo llamado del liderazgo	Comité Gerencial ampliado Enfermeros Jefes	39	Formación
Taller 2 para Líderes: Del Control a la Confianza: La Accountability como Motor de Liderazgo	Comité Gerencial ampliado Enfermeros Jefes	34	Formación

Acciones de Formación/Actividad	Dirigido a	# Personas	Tipo Actividad
Taller 3 para Líderes: IA para directivos	Comité Gerencial Ampliado	19	Formación
Taller 3 para Líderes: IA para profesionales	Enfermeros jefes	21	Formación
Taller 4 para Líderes: Mesa de Trabajo: Liderazgo en Evolución, Resultados y Desafíos	Comité Gerencial	13	Formación
Mentoría Grupal líderes segunda línea	Enfermeros jefes	21	Mentoría
Bolsa de horas para Intervención Micro-cultura Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional	15	Mentoría
Estrategia Gestión Humana, 4 Sesiones	Equipo de GH	7	Mentoría

### 3.1.4.2. PROGRAMA GESTION DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES

#### Plan estratégico de tecnologías y comunicaciones de la información PETIC

En la vigencia 2025 el área de sistemas de información dando cumplimiento al objetivo estratégico y al programa en mención, ejecutaron los siguientes proyectos:

Dotación de infraestructura tecnológica de audio y video para dos auditorios nuevos del hospital departamental psiquiátrico universitario del valle ESE, por un valor de \$48.493.090, con la ejecución de este proyecto se logra dotar con videobeam, micrófonos, consola de sonido, parlantes y demás recursos para la proyección de video y audio.



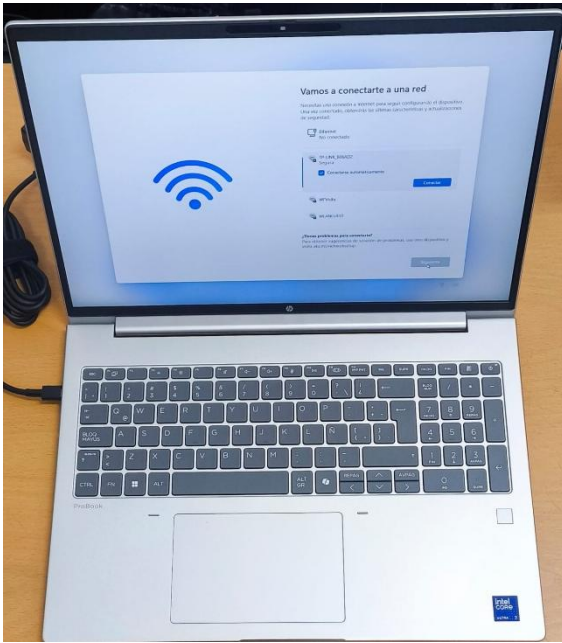


Fortalecer el sistema de control de acceso de la entrada principal del hospital departamental psiquiátrico universitario del valle ESE, por un valor de \$42.020.685, con la ejecución de este proyecto se logra tener control y seguimiento en el registro de los visitantes y funcionarios que ingresan por la entrada principal del Hospital.



El hospital departamental psiquiátrico universitario del valle E.S.E requiere la compra y renovación de equipos informáticos para las diversas áreas de trabajo, por un valor \$546.401.947, con la ejecución de este proyecto se logra la adecuación de puestos de trabajo existentes, mejorando los equipos informáticos para sus tareas, la adquisición realizada fue de 32 computadores de escritorio, 15 portátiles, 10 impresoras multifuncionales blanco y negro laser, 3 impresoras multifuncional a color laser, 4 impresoras láser, 2 intercomunicadores para ventanillas, 4 scanner, 4 videoproyector, 3 Tablet, 17 discos duros SSD de 512 GB Sata, 14 discos duros SSD, entre otros elementos.





### 3.1.4.3. PROGRAMA GESTION DOCUMENTAL

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E. reporta continuidad en la elaboración y/o actualización de instrumentos archivísticos como:

Se realizó la primera fase de reubicación de archivos en la sede de ASOHOSVAL por \$ 31.416.000

Se diseñó la propuesta de la estructura orgánico-funcional institucional ajustado al requerimiento normativo y se avanzó en el nuevo manual de funciones por dependencias, en atención a las recomendaciones del Consejo Departamental de Archivos -CDA, a fin de continuar con actualización y convalidación de las Tablas de Retención Documental -TRD.

Se implementó en la herramienta de gestión Almera el módulo de correspondencia y gestión de manifestaciones (PQRS), esto como la fase planeada para la vigencia \$ 42.600.000

Se actualizó el Plan Institucional de Archivos -PINAR vigencia 2025, el cual fue aprobado en comité de Gestión y Desempeño de enero 2025 y publicado en la página web del Hospital.

### 3.1.4.4. PROGRAMA GESTION DEL AMBIENTE FISICO

En el **Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E.** trabajamos cada día con un propósito claro: **fortalecer la atención integral en salud mental con calidad, seguridad y humanización del servicio.**

Como **hospital acreditado en salud, certificado en Sistemas Integrados de Gestión y reconocido como Hospital Universitario**, orientamos nuestra gestión hacia la mejora continua de los procesos asistenciales, académicos y administrativos. En coherencia con nuestra misión institucional, adelantamos inversiones estratégicas que nos permiten **modernizar nuestra infraestructura, fortalecer la capacidad resolutive del hospital y mejorar las condiciones de atención para nuestros pacientes y sus familias.**

Durante la vigencia desarrollamos importantes proyectos de inversión en **infraestructura hospitalaria, sostenibilidad ambiental, dotación tecnológica y fortalecimiento institucional**, con el propósito de consolidar un hospital cada vez más seguro, moderno y preparado para responder a las necesidades en salud mental de nuestra región.

- **Mejoramiento y mantenimiento Sala de Hospitalización 2 fase II**

Uno de los proyectos más relevantes ejecutados durante esta vigencia fue el **Mejoramiento y Mantenimiento de la Infraestructura de la Sala de Hospitalización 2**, con una inversión de **\$708.929.858.**

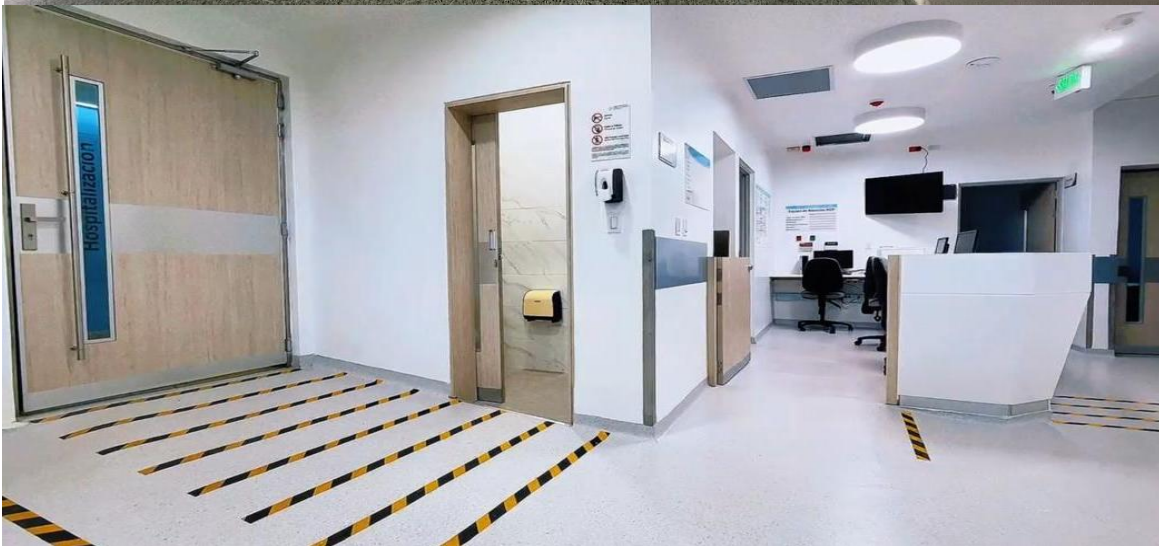
Esta intervención permitió transformar significativamente los espacios destinados a la hospitalización en salud mental, modernizando áreas asistenciales y fortaleciendo las condiciones de **seguridad del paciente, confort terapéutico y humanización de la atención.**

Con este proyecto consolidamos una **capacidad instalada de 27 camas hospitalarias**, lo que representa aproximadamente **9.855 días de estancia hospitalaria al año.**

Considerando una estancia promedio de **21 días por paciente**, esta capacidad permite atender cerca de **470 egresos hospitalarios anuales**, ampliando la cobertura de servicios especializados en salud mental para la población del Valle del Cauca.

Más allá de la infraestructura física, este proyecto representa **un avance en la dignificación de la atención en salud mental**, generando entornos terapéuticos adecuados que favorecen los procesos de recuperación de nuestros pacientes y brindan tranquilidad y bienestar a sus familias.

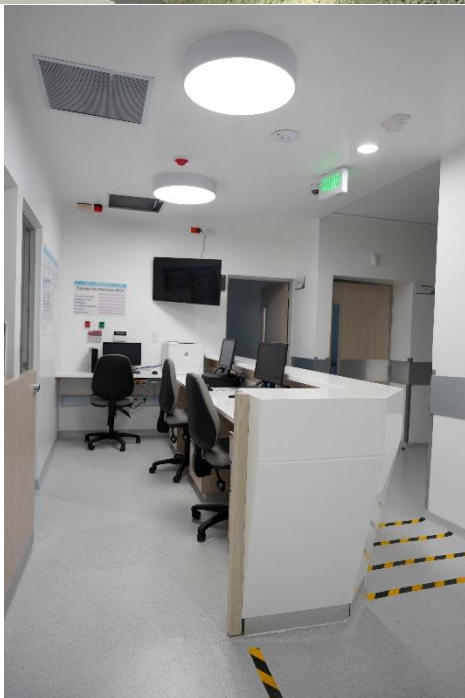
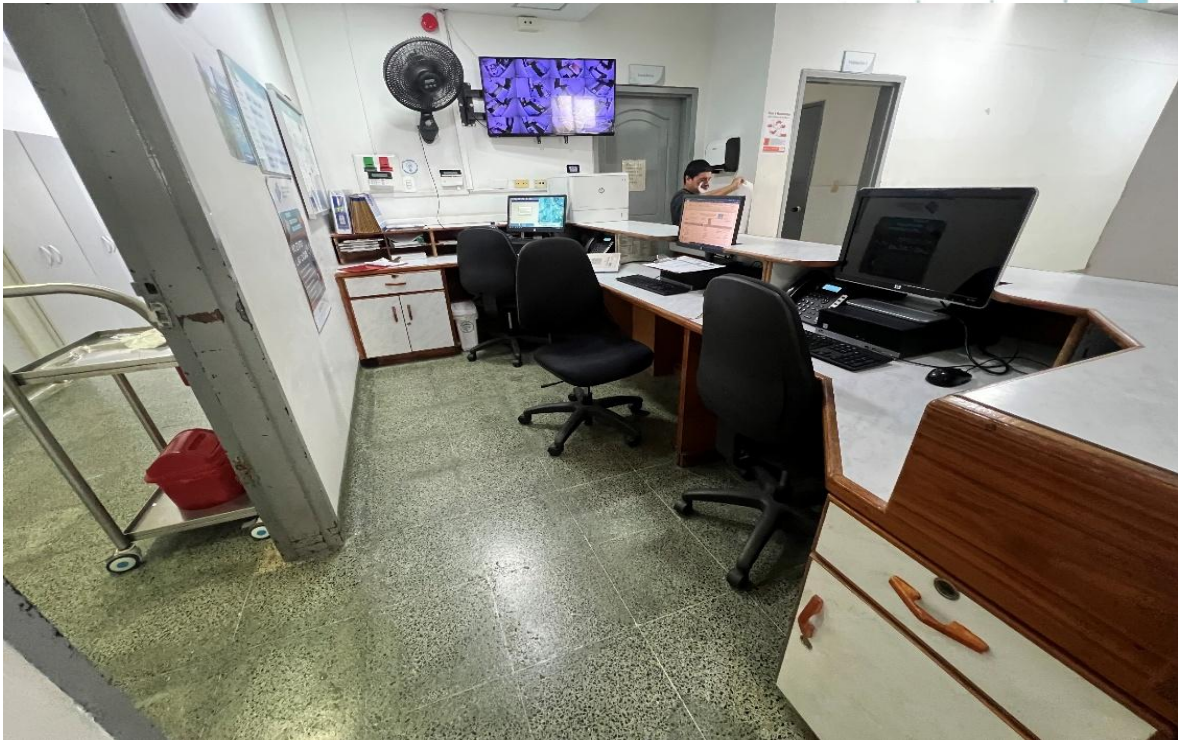
## IMÁGENES























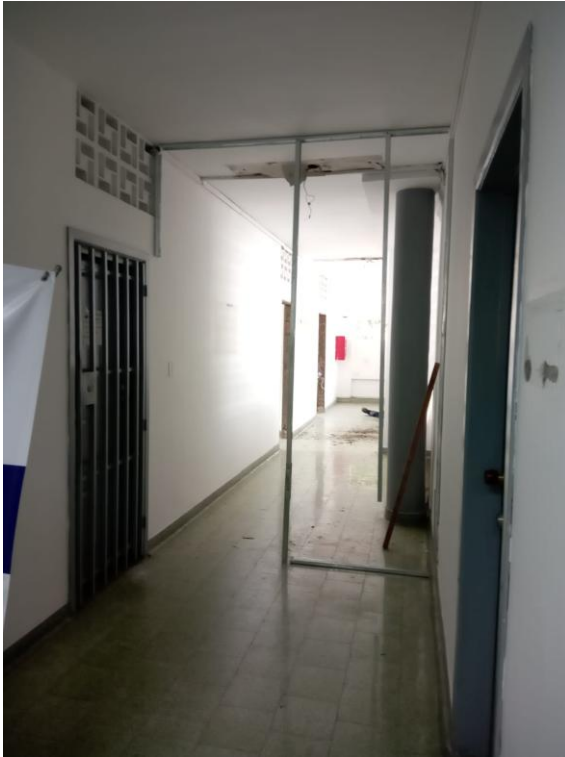
- **Adecuación áreas administrativas – Fase 2**

Con el propósito de fortalecer la capacidad institucional ejecutamos el proyecto **Adecuación y Mantenimiento del Segundo Piso – Áreas Administrativas Fase 2**, con una inversión de **\$574.882.640**.

Este proyecto permitió modernizar espacios administrativos estratégicos, mejorando los ambientes de trabajo del talento humano y fortaleciendo las condiciones para el desarrollo eficiente de los procesos institucionales. Contar con espacios organizacionales adecuados no solo mejora las condiciones laborales, sino que también **impacta directamente la eficiencia administrativa, la calidad de la gestión hospitalaria y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud mental**.

### **IMÁGENES**









- **PROCESO DE ADECUACIÓN**













- **Reposición de cubierta y sistema pluvial**

En nuestro compromiso con la sostenibilidad institucional ejecutamos el proyecto **Reposición de Cubierta y Sistema Pluvial en el Área de Comedor y Pasillo**, con una inversión de **\$671.514.115**.

La intervención incluyó el **reemplazo de cubiertas en asbesto cemento por modernas tejas termoacústicas**, eliminando materiales que generaban potenciales riesgos para la salud y el medio ambiente.

Esta mejora permitió fortalecer la seguridad estructural del hospital, mejorar el confort térmico y acústico de los espacios y optimizar el sistema de drenaje de aguas lluvias.

De esta manera avanzamos hacia una infraestructura hospitalaria **más segura, ambientalmente responsable y alineada con nuestro Sistema de Gestión Ambiental**.

### IMÁGENES





Posterior a intervención.

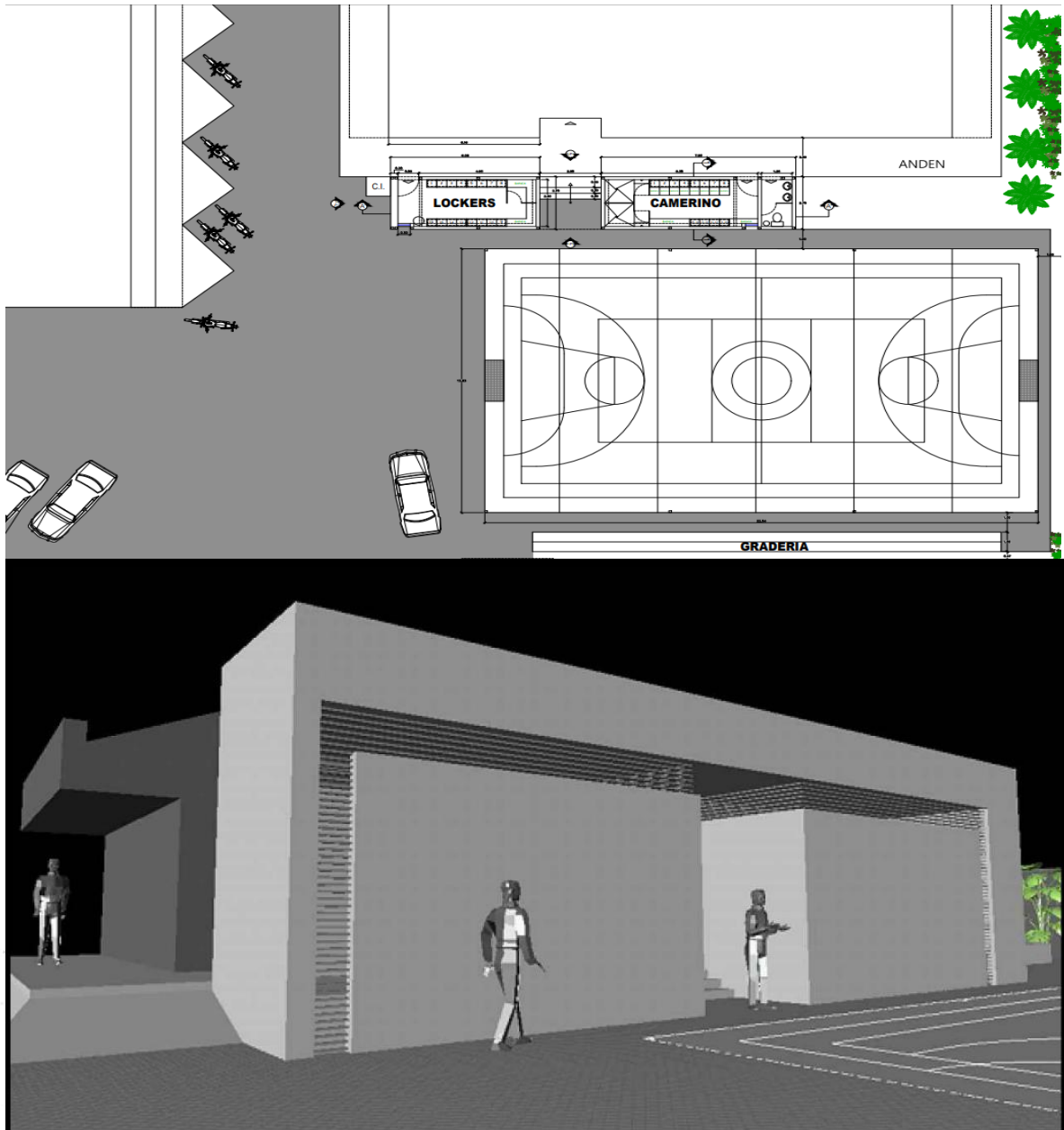


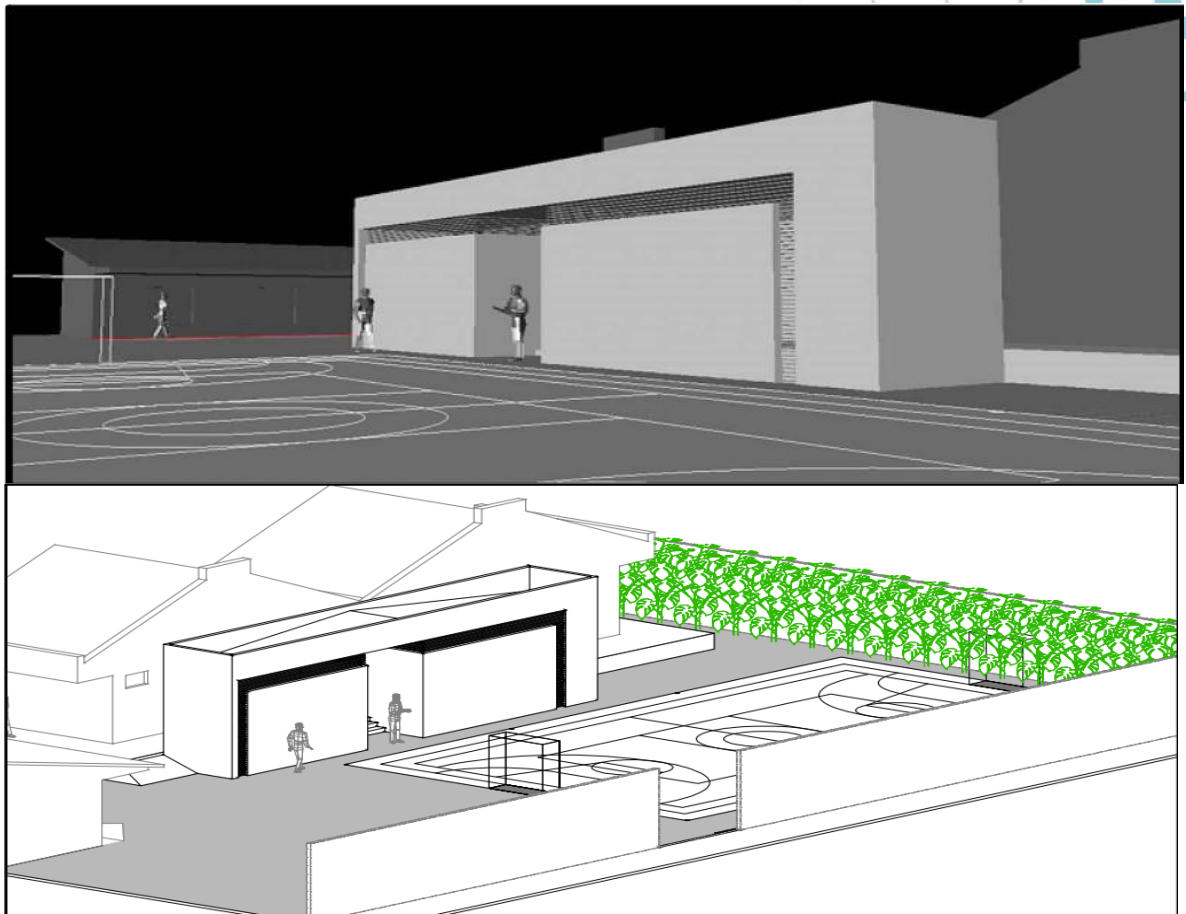
- **Zona deportiva y recreativa**

Reconociendo la importancia del bienestar integral en la salud mental, ejecutamos el proyecto **Construcción de Baterías Sanitarias, Duchas y Vestier en la Zona Deportiva y Recreativa**, con una inversión de **\$708.929.858**. Este proyecto fortalece los espacios destinados a la **actividad física, la recreación y los procesos terapéuticos**, elementos fundamentales para el bienestar emocional y la recuperación de los pacientes.

Los nuevos espacios benefician directamente a **pacientes, funcionarios y personal en formación**, consolidando entornos institucionales que promueven la salud mental desde una perspectiva integral.

## IMÁGENES



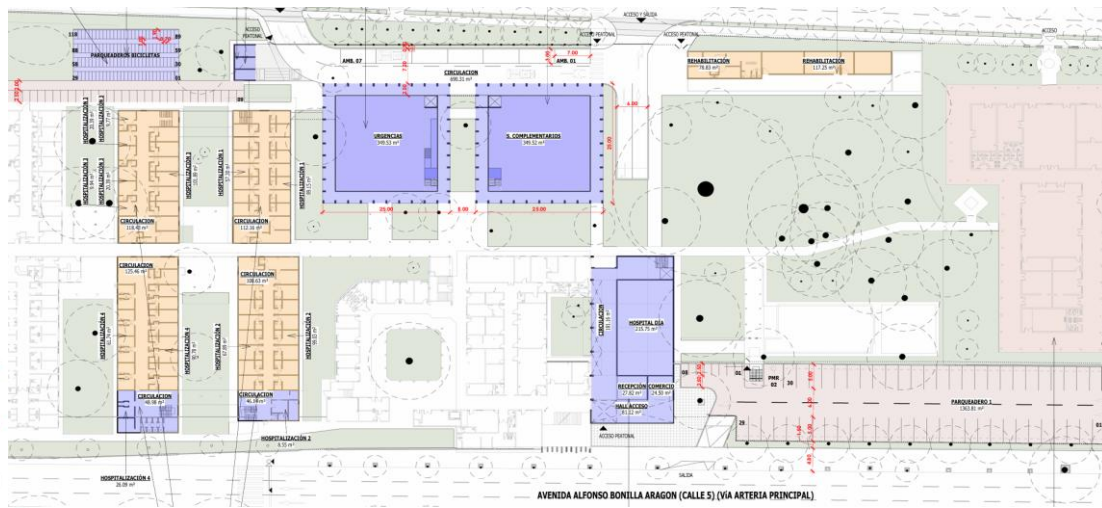
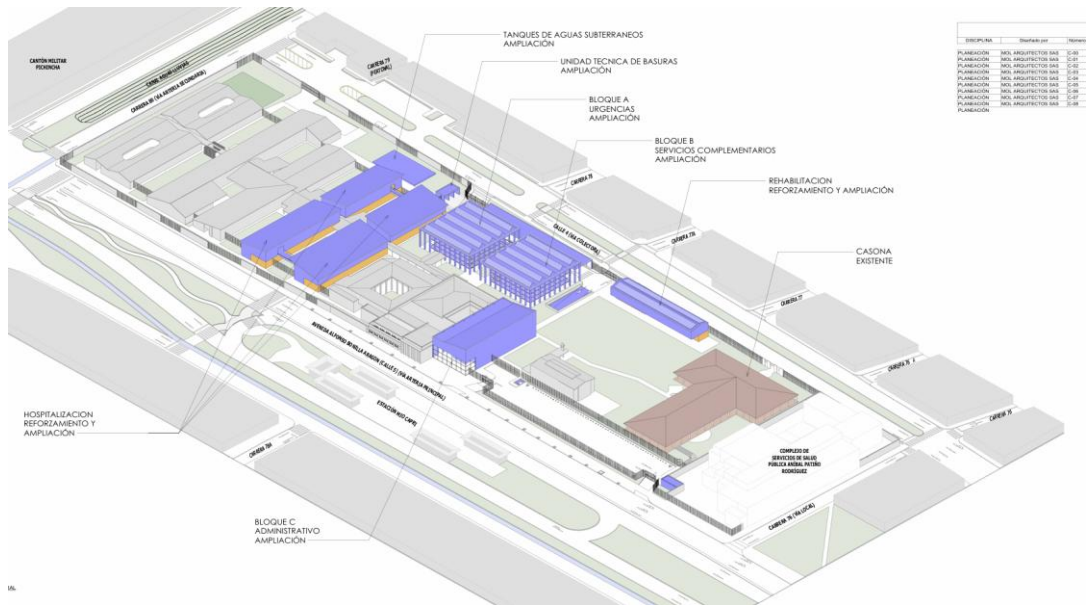


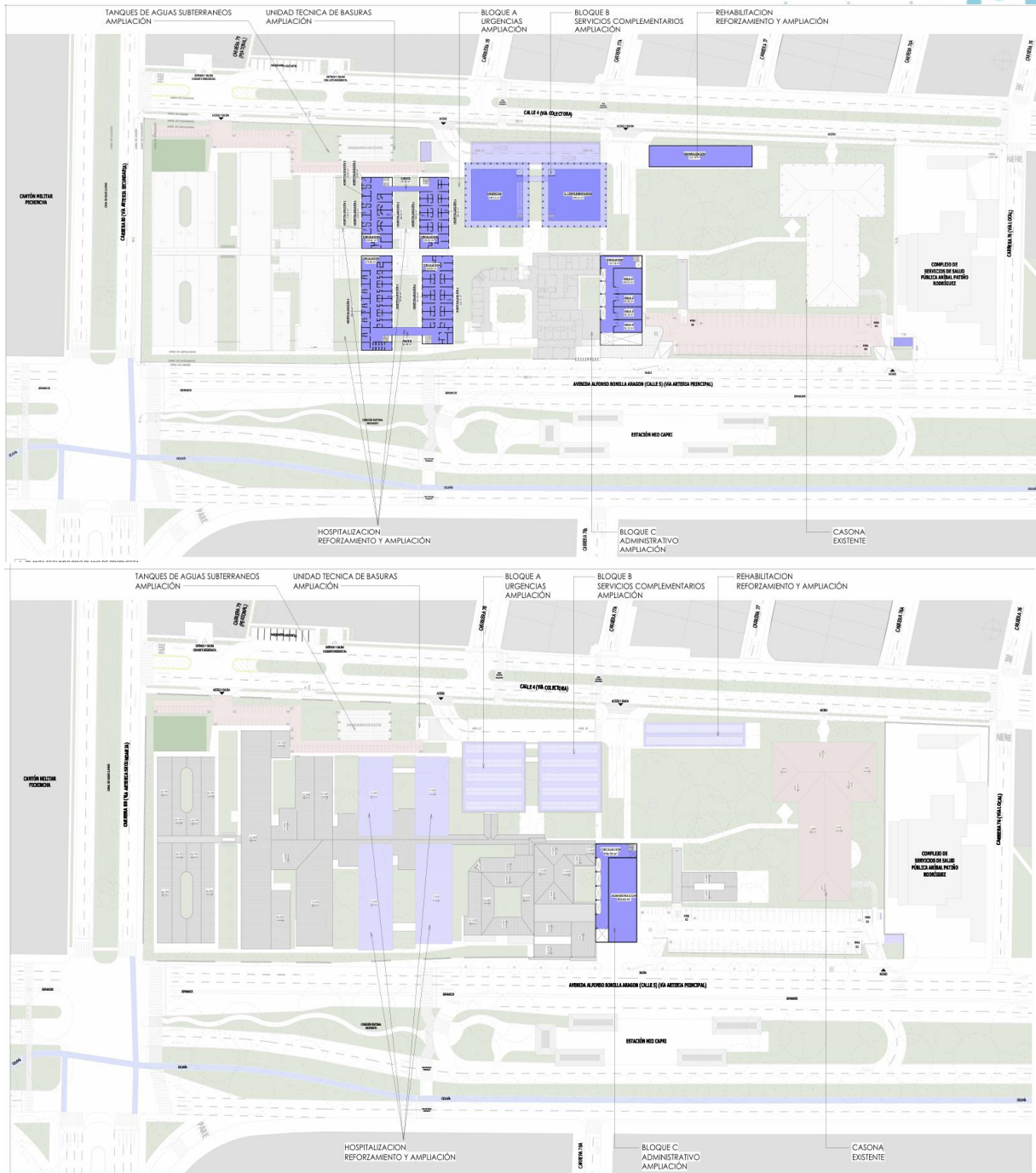
- **Actualización del Esquema de Implantación y Regularización**

Con una visión de futuro realizamos la **Actualización del Esquema de Implantación y Regularización del Hospital**, con una inversión de **\$355.395.000**.

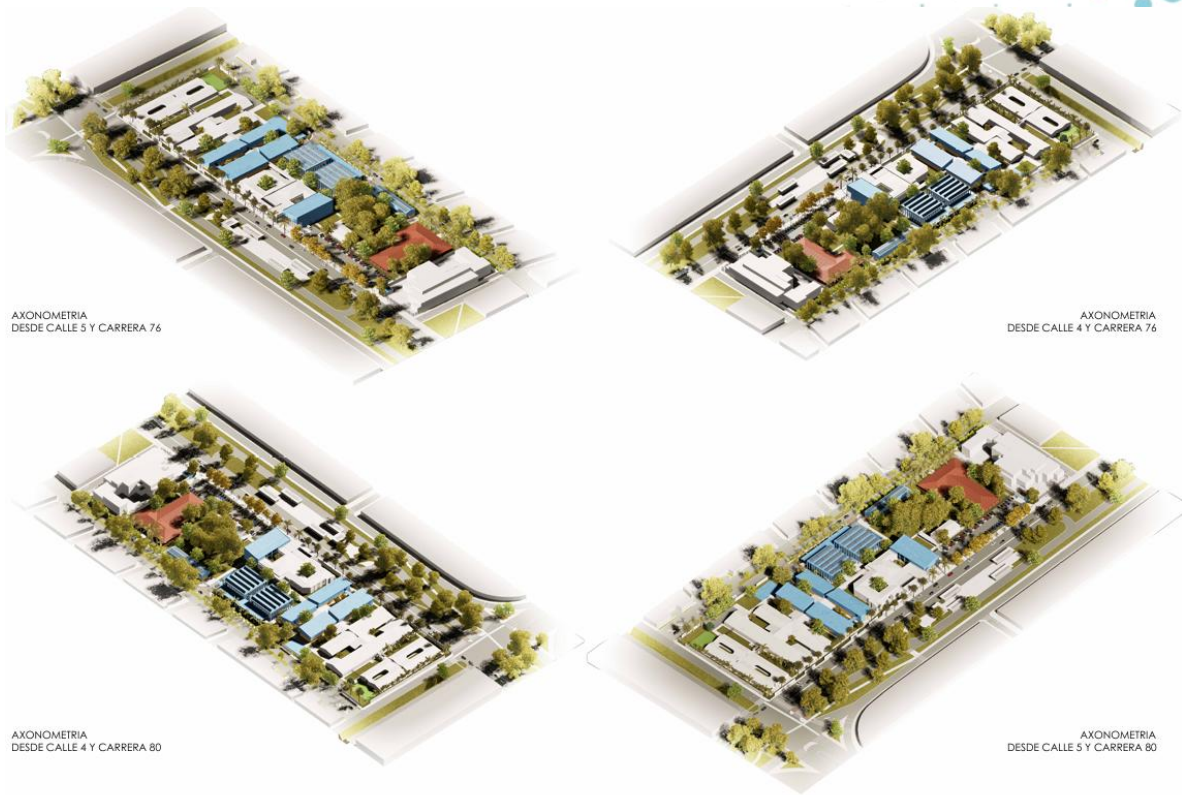
Este estudio constituye una herramienta estratégica que permite **planificar el crecimiento físico del hospital en el corto, mediano y largo plazo**, garantizando un desarrollo ordenado, sostenible y seguro de nuestra infraestructura.

El EIR nos permite orientar nuevas inversiones en infraestructura hospitalaria y fortalecer la capacidad institucional para responder a las necesidades crecientes en salud mental de la región.









- **DOTACIÓN HOSPITALARIA**

Complementando estas inversiones realizamos la **Dotación Hospitalaria para la Sala de Hospitalización 2**, con una inversión de **\$506.880.500**.

Esta dotación fortaleció los procesos asistenciales mediante equipamiento hospitalario y mobiliario clínico especializado.

Además, consolida escenarios adecuados para el desarrollo de **docencia, formación e investigación**, reafirmando nuestro rol como hospital universitario.

## IMÁGENES









- **DOTACION Y RECUPERACION DE MOBILIARIOS AREAS ADMINISTRATIVAS Y DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

También invertimos **\$159.111.044** en la **Dotación y Recuperación de Mobiliarios en Áreas Administrativas y de Docencia e Investigación**.

Este proyecto mejora las condiciones para el desarrollo académico, fortaleciendo los espacios destinados a la formación de estudiantes, residentes e investigadores en salud mental.

## **IMÁGENES**







## SEGURIDAD DE LA INFRAESTRUCTURA

Adicionalmente ejecutamos proyectos técnicos estratégicos para fortalecer la seguridad de nuestras instalaciones:

- **Renovación del sistema eléctrico de la Sala de Hospitalización 2**
- **Instalación de bandejas porta cables en salas de hospitalización**
- **Mantenimiento del sistema pluvial en consulta externa**

Estas intervenciones garantizan el cumplimiento de normas técnicas y fortalecen la seguridad de la infraestructura hospitalaria.





Cada uno de estos proyectos refleja nuestro compromiso con la **excelencia, la calidad, la seguridad del paciente y la humanización del servicio.**

En el **Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E.** seguimos avanzando en la construcción de una institución moderna, sostenible y comprometida con el bienestar de la comunidad.

Porque **invertir en infraestructura hospitalaria es invertir en esperanza, dignidad y oportunidades de recuperación para quienes más lo necesitan.**

### **3.1.5. LÍNEA ESTRATÉGICA 4. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

Objetivo Estratégico: Contribuir en la formación del talento humano técnico, profesional y especializado en el área de la salud, y generar nuevo conocimiento por medio de la investigación clínica y social, con el propósito de mejorar los estándares de calidad en la atención y participar en la apropiación social del conocimiento.

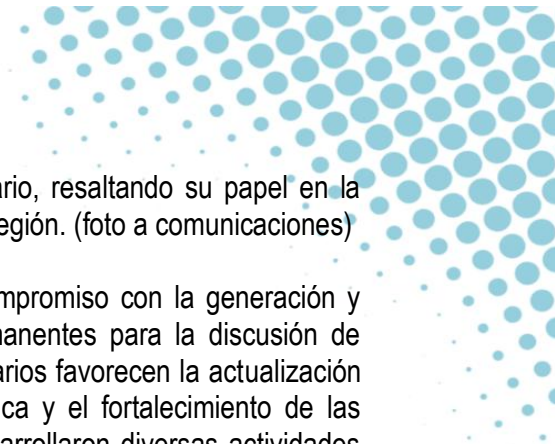
#### **3.1.5.1. PROGRAMA DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACION**

Durante la vigencia 2025, el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle consolidó importantes avances en el fortalecimiento de su función docente, investigativa y formativa, en coherencia con su misión institucional y con los lineamientos nacionales para la formación del talento humano en salud.

La obtención del reconocimiento oficial como Hospital Universitario, otorgado por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud el 31 de julio de 2025. Este reconocimiento fue resultado de un proceso técnico y administrativo riguroso que incluyó una visita de verificación realizada los días 3 y 4 de abril de 2025, durante la cual se evidenció el cumplimiento del 100 % de los requisitos establecidos. Este logro posiciona al hospital como referente regional en la formación de talento humano especializado en salud mental, fortaleciendo el modelo de integración entre asistencia, docencia e investigación. Asimismo, garantiza que los procesos formativos y asistenciales se desarrollen bajo altos estándares de calidad, seguridad del paciente y generación de conocimiento clínico, contribuyendo al mejoramiento continuo de la atención en salud mental en la región.

Se consolidaron las alianzas estratégicas con Instituciones de Educación Superior (IES), garantizando la continuidad y plena vigencia de nueve (9) convenios activos de docencia-servicio. Estos convenios permitieron el desarrollo de escenarios de aprendizaje clínico para estudiantes de pregrado, internado y posgrado en diversas disciplinas del área de la salud, alcanzando durante la vigencia 2025 una participación aproximada de 1.600 estudiantes en prácticas formativas. Esta articulación fortalece la relación docencia-servicio y contribuye al desarrollo de competencias clínicas en el talento humano en salud, en concordancia con la vocación académica del hospital como escenario universitario.

El reconocimiento del hospital como universitario también fue destacado por diversas instituciones académicas. En este sentido, el 20 de noviembre de 2025 el hospital recibió un reconocimiento por parte del Consejo de la Escuela de Medicina de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, en reconocimiento a su aporte a la formación de profesionales de la salud. De igual manera, el 19 de septiembre de 2025 la Universidad San Buenaventura otorgó un reconocimiento y exaltación



institucional al hospital por su designación como Hospital Universitario, resaltando su papel en la formación académica y en el fortalecimiento de la salud mental en la región. (foto a comunicaciones)

En coherencia con su vocación docente, el hospital reafirmó su compromiso con la generación y difusión del conocimiento, promoviendo espacios académicos permanentes para la discusión de temas clínicos, científicos y formativos en salud mental. Estos escenarios favorecen la actualización permanente del conocimiento, el análisis crítico de la práctica clínica y el fortalecimiento de las competencias del talento humano en salud. En este contexto se desarrollaron diversas actividades académicas:

- **Miércoles Académico:** Se realizaron 17 sesiones académicas entre conferencias y revisiones de guías de práctica clínica, orientadas a la actualización científica y al fortalecimiento de las competencias clínicas del personal de salud y de los estudiantes en formación.
- **Encuentro de Universidades – Simposio:** El 16 de mayo se llevó a cabo el evento académico Reflexiones en Psiquiatría, espacio que permitió el intercambio de conocimientos y experiencias entre los residentes de la Especialidad en Psiquiatría de diferentes instituciones de educación superior.
- **Grandes Sesiones:** En articulación con el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, se realizaron cuatro (4) Grandes Sesiones académicas.

### **Logros derivados de las alianzas estratégicas con Instituciones de Educación Superior**

Durante la vigencia 2025, el hospital fortaleció la cooperación académica con las instituciones de educación superior aliadas, consolidando acciones orientadas al desarrollo de la formación docente, el fortalecimiento de la investigación y la mejora de la infraestructura académica. Entre los principales logros se destacan:

#### **Universidad del Valle**

En el marco del Convenio Docencia-Servicio con la Facultad de Salud de la Universidad del Valle se desarrollaron las siguientes acciones de fortalecimiento institucional:

- **Formación docente:** Disponibilidad de dos (2) cupos para el curso de Docencia Clínica, otorgados como contraprestación para el hospital, con el propósito de fortalecer las competencias pedagógicas del personal asistencial que participa en los procesos de enseñanza en los escenarios de práctica.
- **Apoyo a la investigación:** Vinculación de un estudiante de Ingeniería de Sistemas, con dedicación de 40 horas semanales durante el año 2025, quien brindó apoyo en el desarrollo de proyectos de investigación y en el fortalecimiento de herramientas tecnológicas para la gestión de información científica.
- **Acompañamiento metodológico:** Asignación de cuatro (4) horas semanales de un profesor del área de estadística, orientadas al apoyo en el diseño metodológico y análisis estadístico de los proyectos de investigación desarrollados en el hospital.

## Universidad Libre

A través de la contraprestación derivada del convenio institucional con la Universidad Libre se realizó el fortalecimiento tecnológico de los auditorios del hospital, específicamente del auditorio principal La Casona y del auditorio El Museo.

Estas intervenciones incluyeron la instalación de video proyectores de tecnología láser, sistemas profesionales de audio para auditorios, mezcladores digitales, amplificadores de alto rendimiento, procesadores de audio digital, micrófonos profesionales e infraestructura para transmisión en vivo, lo que permite el desarrollo de actividades académicas presenciales, híbridas y virtuales, ampliando la capacidad institucional para la realización de conferencias, seminarios y eventos científicos.

## Universidad San Buenaventura

En el marco de la contraprestación del convenio docencia-servicio, se desarrolló un seminario de capacitación en Lengua de Señas Colombiana, orientado a fortalecer las competencias del personal institucional en comunicación inclusiva y atención diferencial a población con discapacidad auditiva.

## Universidad ICESI

En el ámbito investigativo, el hospital y la Universidad ICESI avanzan en el desarrollo de proyectos de investigación orientados al fortalecimiento del conocimiento clínico en salud mental. Entre los proyectos en curso se destacan:

1. Dinámica de biomarcadores inflamatorios (IL-1, IL-6, TNF- $\alpha$  y TGF- $\beta$ ) y de los receptores cannabinoides CR1 y CR2 en linfocitos T y B en pacientes con esquizofrenia, evaluando su comportamiento durante crisis y periodos intercríticos.
2. Biomarcadores tradicionales y de respuesta inflamatoria en líquido cefalorraquídeo de pacientes con enfermedad de Alzheimer, estudio orientado a caracterizar la experiencia clínica en el suroccidente colombiano.

## Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá

Como parte de las actividades de cooperación académica, se recibió una contraprestación consistente en la entrega de seis (6) libros especializados, así como la participación del hospital en la Feria de la Excelencia, realizada los días 25 y 26 de septiembre, espacio que permitió visibilizar experiencias institucionales en formación e investigación.

## INVESTIGACIÓN

Durante la vigencia 2025, el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle fortaleció significativamente su función investigativa. Uno de los principales hitos institucionales fue la certificación en Buenas Prácticas Clínicas otorgada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), tras la visita de verificación realizada los días 16, 17 y 18 de junio de 2025. Como resultado de este proceso, el equipo auditor conceptuó que el hospital cumple con los requisitos establecidos en la Resolución 2378 de 2008 y demás normatividad nacional aplicable, lo que habilita a la institución para realizar investigaciones clínicas con medicamentos en

seres humanos, garantizando el cumplimiento de estándares éticos, científicos y regulatorios en el desarrollo de estudios clínicos. Este reconocimiento representa un avance significativo en la consolidación del hospital como escenario de investigación clínica en salud mental, fortaleciendo su capacidad para generar conocimiento científico orientado a mejorar los procesos de atención y el manejo de los trastornos mentales.

En el mismo sentido, el Centro de Investigaciones del hospital presentó su grupo de investigación a la primera medición ante el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, logrando obtener la categoría C, resultado que evidencia el cumplimiento de los criterios establecidos por el sistema nacional de ciencia y tecnología y constituye un paso importante en la consolidación de la actividad investigativa institucional.

Asimismo, el hospital fue admitido como miembro afiliado de la Asociación Colombiana de Centros de Investigación Clínica (ACIC), integrándose a la red nacional de centros de investigación clínica. Esta vinculación fortalece las capacidades institucionales para el desarrollo de estudios multicéntricos, la cooperación científica y la promoción de buenas prácticas en investigación clínica.

En materia de producción científica, durante el año 2025 investigadores vinculados al hospital publicaron artículos en revistas científicas indexadas de alto impacto, contribuyendo a la generación y difusión de conocimiento en el campo de la psiquiatría:

Título del artículo	Revista	Clasificación	Año
Young-Onset Dementia: Clinical Findings and Factors That Delay Early Diagnosis—A Retrospective Observational Study	Biomedicines	Q1	2025
Case of early onset Alzheimer's disease associated with a novel PSEN1 variant identified in Colombia	NPJ Dementia	Q1	2025
Chronic Use of Benzodiazepine in Older Adults and Its Relationship with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis	Harvard Review of Psychiatry	Q1	2025
Rendimiento físico, funcionalidad y riesgo de caídas en adultos mayores hospitalizados en un hospital psiquiátrico del suroccidente colombiano	Journal of Geriatric Nursing	Q2	2025
Cardiovascular Risk Evaluation in a Latin American Population With Severe Mental Illness: An Observational Study	Actas Españolas de Psiquiatría	Q3	2025

En conjunto, estos avances consolidan al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle como un escenario de referencia para la investigación clínica en salud mental, fortaleciendo la integración entre asistencia, docencia e investigación, pilares fundamentales de los hospitales universitarios.

## CONVENIOS

HUV – Red de investigación

UNIVERSIDAD DEL VALLE: Con la Universidad se firmó un convenio para garantizar la participación investigativa de los estudiantes de pregrado

Anexos:



Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.

## V Encuentro de Universidades

### Reflexiones en Psiquiatría

La sinfonia del cerebro

¿El trauma craneoencefálico leve, es realmente leve?

Sostener el olvido: El peso invisible del cuidado.

Revisión narrativa: Unidades de puertas abiertas o cerradas: Impacto y percepción

Maria Paulina Cortés  
Residente Psiquiatría  
Universidad del Valle

Daniela Sandoval  
Residente Psiquiatría  
Universidad Icesi

Oscar Arango  
Residente Psiquiatría  
Universidad del Valle

Lorena Figueroa  
Residente Psiquiatría  
Universidad Libre

**16 de Mayo**

Hora: 8:00 am - 12:00 M Auditorio LA CASONA

Universidad del Valle | Universidad Icesi | Universidad Libre

Mayor información:  
[investigaciones@psiquiatricocali.gov.co](mailto:investigaciones@psiquiatricocali.gov.co)



#### COMUNICADO DE PRENSA

(Bogotá 17 Septiembre, 2025) Desde ACIC damos la bienvenida al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle - ESE y su centro de investigación clínica como nuevo afiliado a la Asociación Colombiana de Centros de Investigación Clínica.



Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.



### 3.1.6. LÍNEA ESTRATÉGICA 5. SOSTENIBILIDAD Y RENTABILIDAD FINANCIERA

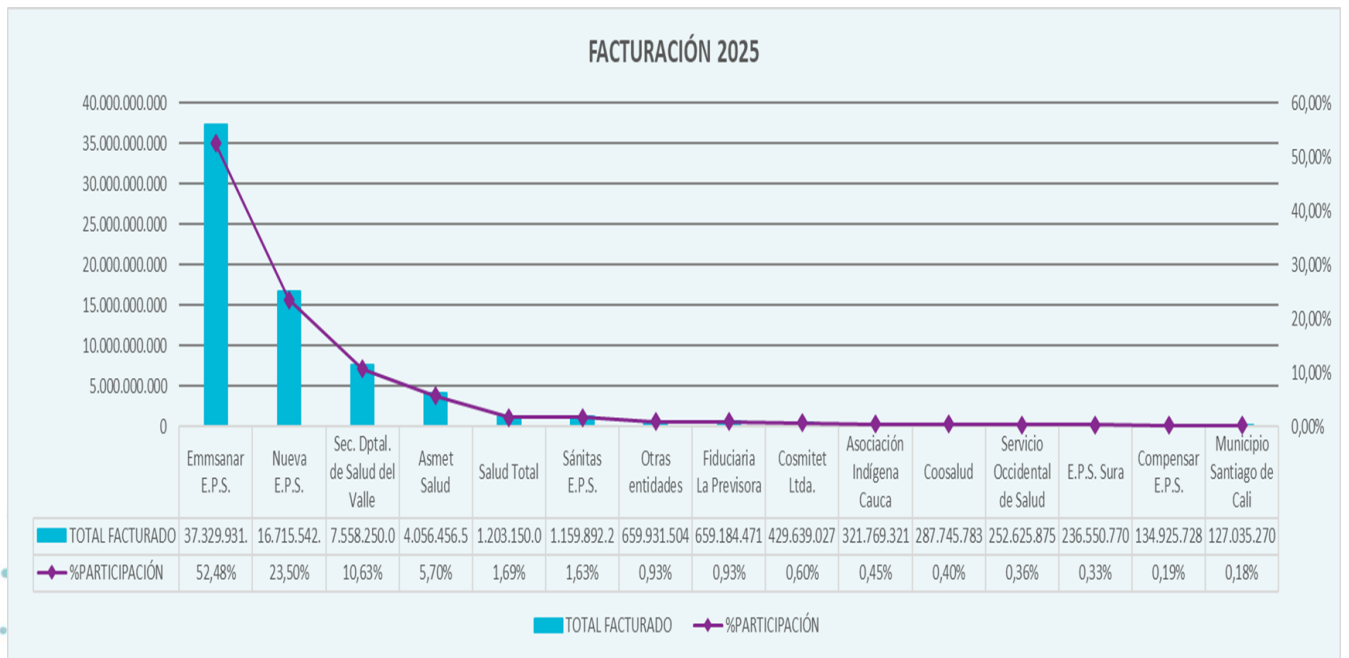
Objetivo Estratégico: Mantener la sostenibilidad y rentabilidad financiera, a través del aumento de los ingresos por venta de servicios y el manejo adecuado de los recursos, que permitan cumplir con las estrategias institucionales.

#### 3.1.6.1. PROGRAMA RENTABILIDAD Y GESTION FINANCIERA

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E, es una entidad sólida financieramente, rentable y con indicadores financieros favorables, con un manejo eficientes de sus recursos que le permite cumplir con sus obligaciones a corto y mediano plazo, logrando su objetivo institucional.

#### Incremento en ventas

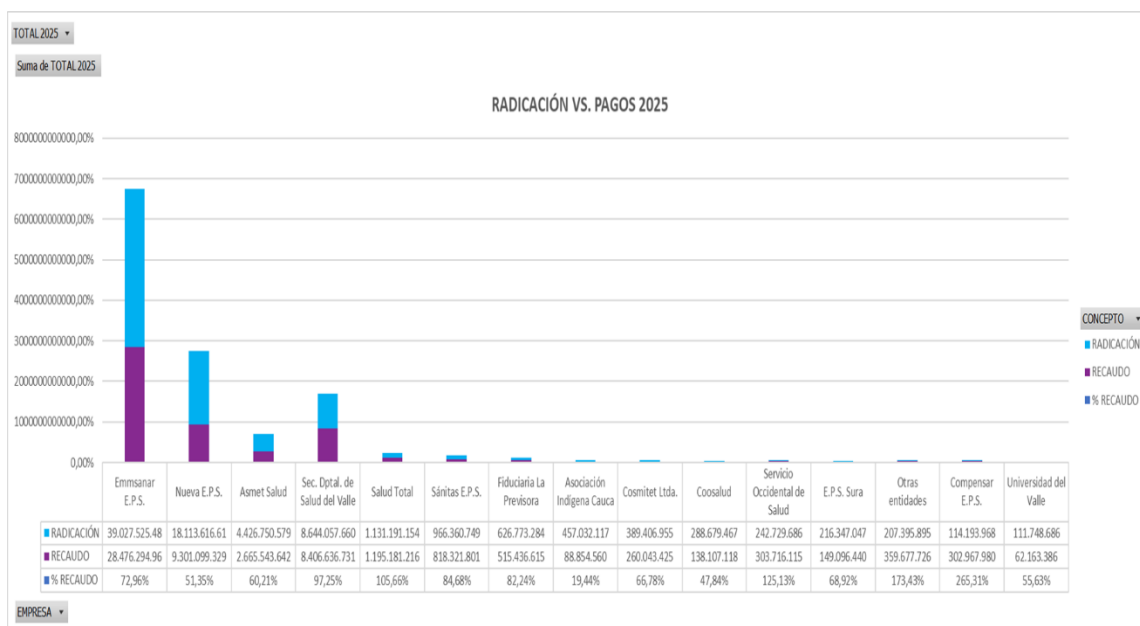
En relación a las ventas de servicios de salud de la institución, durante las cuatro últimas vigencias ha mostrado un crecimiento sostenido, mostrando un incremento del 10.42% entre la vigencia 2025 y 2024 pasando de \$64.546 millones de pesos en la vigencia 2024 a \$71.273 millones de pesos en la vigencia 2025, el detalle de las ventas de la vigencia 2025 por EAPB es tal como se muestra a continuación



Este incremento se por el mejoramiento del indicador de giro cama, incremento en el número de consultas especializadas, actualización de tarifas y fortalecimiento del programa de facturación eficiente entre otros aspectos.

## Eficiencia en el recaudo

Con relación al recaudo de la vigencia 2025 y a las diferentes acciones emprendidas desde la alta dirección se lograron gestiones importantes para sanear y depurar la cartera, con la participación de la Secretaria Departamental de Salud, ASOHOSVAL y ACHT entre otros actores lo que permitió lograr un recaudo total por concepto de ventas de servicios de salud de \$53.043 millones de pesos, sobre un total de radicación de \$74.964 millones de pesos, lo cual nos deja un porcentaje de recaudo del 71%, el siguiente grafico nos muestra el detalle del recaudo de la vigencia 2025 por EAPB:



El recaudo de cartera por prestación de servicios de salud durante la vigencia 2025, la recuperación de cartera de vigencias anteriores y los recursos de estampilla pro hospitales se incrementaron en un 1.87% con relación a la vigencia 2024, el recaudo de las ventas corrientes represento el 47% del total recaudado, mientras que los recaudos de vigencias anteriores representaron el 10% y los recursos de estampillas tuvieron una participación del 14%, los recursos de balance del 27% y los ingresos de capital del 2% del total del recaudo, lo que permitió liquidez para el cumplimiento de las obligaciones laborales, la adquisición de bienes y servicios y adelantar proyectos de inversión.

## Manejo eficiente de los recursos

Acorde a la política de austeridad del gasto y el correcto manejo de los recursos financieros, permitieron garantizar una oportuna y eficiente prestación de los servicios, de igual manera nos permitió la adquisición y contratación de bienes y servicios, cumplir con las obligaciones laborales y

las iniciativas de nuestro plan de desarrollo. El cumplimiento de estas políticas nos permitió lograr un incremento en ventas, el manejo adecuado de los costos y gastos, como se presenta a continuación:

- **GESTION PRESUPUESTAL**

El Hospital ajustado a las acciones de planeación, elaboración, ejecución, control presupuestal y evaluación, logro durante la vigencia 2025 tener un manejo eficiente de los recursos, logrando una ejecución a nivel de recaudo del 77,13% sobre el presupuesto definitivo para un total de \$94.128 millones de pesos y una ejecución del gasto del 77% para un total de \$77.625 millones de pesos, garantizando de esta manera que los gastos de funcionamiento, operación e inversión estuvieran respaldados con los recursos de tesorería.

- **GESTION DE COSTOS**

- Seguimiento a la ejecución del PAA
- Aplicación de los principios de contratación en cada proceso de selección de proveedores
- Seguimiento continuo a los costos de funcionamiento y producción
- Seguimiento continuo a la producción

Estas iniciativas nos llevaron a lograr que nuestros ingresos estuviesen por encima de nuestros costos y gastos en un 8%.

#### **Inversión.**

La institución durante la vigencia 2025 por concepto de recursos de estampilla Pro-Hospitales recibió por parte del departamento un valor de \$13.830 millones de pesos y un acumulado en el último cuatrienio de \$47.811 millones de pesos de los cuales el 20% fue destinado para pasivo pensional y el 80% restante fueron destinados de acuerdo a la norma de la siguiente manera:

- Suministro de medicamentos 30%
- Pago de salario al personal especializado 25%
- Mantenimiento de la infraestructura y la ejecución de proyectos de inversión en infraestructura hospitalaria contempladas en nuestro Plan de Desarrollo 30%
- Compra de equipos médicos 7%
- Dotación hospitalaria 8%
- 

#### **3.1.6.2. PROGRAMA GESTION DE LOS COSTOS Y GASTOS**

La Gerencia se propuso en el Plan de Gestión realizar seguimiento continuo a la producción de servicios del hospital, que incluye monitoreo en la ejecución presupuestal del gasto, fortalecimiento en el sistema de costos, entre otras estrategias, que permitiera obtener un resultado del Valor Relativo (UVR) proporcional a los gastos del 1.05.



Hospital Departamental  
Psiquiátrico Universitario  
Del Valle E.S.E.

Calle 5 No. 80-00,  
PBX +57 (602) 3223232  
Santiago de Cali, Colombia  
[ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co](mailto:ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co)

   / HDPUValle  
[www.psiquiatricocali.gov.co](http://www.psiquiatricocali.gov.co)