METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS MATERNO INFANTIL

DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

Bogotá, D.C. 2026

DOC

EQUIPO DIRECTIVO

Jaime Hernan Urrego Martínez
Director (E)

Sara Lucia Riveros Bonilla
Secretaría General

Libia Esperanza Forero Garcia
Directora de Prestación de Servicios

Elaboro:
Zair Marisol Torres Penagos

Dirección de prestación de servicios de salud

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUSJDMI ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

TABLA DE CONTENIDO

EQUIPO DIRECTIVO 2
INTRODUCCION 6
JUSTIFICACIÓN 7
OBJETIVO GENERAL 7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 7
ALCANCE 8
MARCO LEGAL 8
1. Nivel Constitucional y Estatutario (Fundamento del Derecho) 8
2. Nivel Legal (Estructura del Sistema) 8
3. Modelo Operativo y de Gestión (Determinación de la Oferta) 9
4. Gestión de Información y Salud Pública (Análisis de Demanda) 9
5. Marco Territorial y Específico 9
Aplicación en el Hospital Universitario San Juan de Dios Materno Infantil 9
GLOSARIO 15
ABREVIATURAS 23
CONTEXTO GENERAL DEL ANÁLISIS DE OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD 25
CONTEXTO INSTITUCIONAL 25
FUNDAMENTOS 25
ROLES Y FUNCIONES DE LOS ACTORES 26
MARCO CONCEPTUAL DE LA OFERTA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD 27
1. Modelado de la Oferta (Capacidad Instalada) 27
3. Modelado de la Demanda (Necesidad Poblacional) 28
Relación Oferta–Demanda 29

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION OPS HUSJDM ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

3. Matriz de Balance y Suficiencia (Brecha Técnica) 29
4. Componente Universitario (Docencia-Servicio) 31
ENFOQUE METODOLÓGICO 32
ANÁLISIS DE OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS 32
ESTUDIO DE LA OFERTA 34
MEDICIÓN DE LA OFERTA 34
Factores que conforman la oferta 34
Factores que conforman la oferta 35
1. Institucionales 35
2. Tipos de servicios 35
3. Tecnología 35
4. Recursos 35
5. Infraestructura y equipamiento 35
6. Percepción de los usuarios 35
7. Producción de servicios 36
Evaluación de los servicios de salud 36
- Procesos:. 36
- Utilización:. 36
- Eficiencia: 37
- Efectividad:. 37
- Producción: 37
- Accesibilidad:. 37
- Recursos:. 37
- Resultados: 37
DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD. 37
Definición y características de la demanda de servicios de salud 37
Concepto de demanda de servicios de salud 37
Interrelación entre Demandantes y Proveedores 37
Las Dimensiones de la Demanda en salud 38
Principales Dimensiones 38
TIPOS DE DEMANDA 38
Clasificación de la demanda 38
ANÁLISIS DE LA DEMANDA 39
Definición y Tipos de Demanda 39

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUSJDM ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

Indicadores 39
Tipos de Indicadores 39
COMPONENTE UNIVERSITARIO (DOCENCIA–SERVICIO) 41
Factor de Ajuste por Formación 41
Justificación Técnica 42
Implicación Metodológica 42
INFORMACIÓN REQUERIDA PARA EL CÁLCULO 45
Variables de Oferta — Información requerida 45
Variables de Demanda — Información requerida 46
Fórmulas de Estimación de la Oferta 46
Oferta por Talento Humano 46
Oferta por Infraestructura Física 47
Fórmulas de Estimación de la Demanda 49
Demanda Potencial (DP) 49
Demanda Esperada Ajustada (DE): Determina el nuemero final de servicios requeridos 50
Demanda por Grupos Poblacionales 50
Demanda Específica por Grupo de Servicio 50
Cálculo de Brechas 52
Razón Oferta-Demanda (ROD) 53
Escenario de proyección de demanda ($DE_t = DE_0$) 53
SUPUESTOS Y LIMITACIONES DE LA METODOLOGÍA 54
Limitaciones de la Metodología 55
Alcance Interpretativo del Análisis 56
DISPOSICIÓN PARA APROBACIÓN INTERNA Y USO INSTITUCIONAL 56
ANEXO No. 1 PROYECTO DE RESOLUCIÓN INTERNA 58
ANEXO No. 2 MATRIZ RACI DE RESPONSABILIDADES 60
ANEXO No.3 NTEGRACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE OFERTA Y DEMANDA AL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN – MIPG Hospital Universitario San Juan de Dios – Materno Infantil (HUSJDMI) 61
Anexo 4: LISTA DE VERIFICACIÓN (CHECKLIST) MIPG 64

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN RPSS HUSJDMI ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

INTRODUCCION

El presente documento establece el marco conceptual y el procedimiento metodológico para el análisis sistemático de la Oferta y Demanda de Servicios de Salud dentro del Hospital Universitario San Juan de Dios Materno Infantil (HUSJDMI), alineándose con el marco normativo colombiano y la política pública de salud.

Esta metodología se fundamenta en los pilares del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), establecidos en la Ley 100 de 1993 y sus subsiguientes desarrollos (Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011), y se cimienta en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que consagra la salud como un derecho fundamental y mandata la garantía de acceso oportuno, eficaz y con calidad.

En consonancia con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), adoptada mediante la Resolución 429 de 2016 y articulada a las estrategias territoriales del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) (Resolución 2626 de 2019), el HUSJDMI asume la obligatoriedad de optimizar su capacidad resolutiva.

El objetivo central de esta metodología es proporcionar una herramienta técnica al equipo funcional de Oferta y Demanda de Servicios de Salud que permita:

- Determinar la adecuación de la prestación de servicios frente a las necesidades de salud de la población.
- Identificar, cuantificar y caracterizar las brechas de atención o necesidades no cubiertas.
- Facilitar la toma de decisiones informadas para la optimización de la capacidad instalada y la gestión eficiente de los recursos.

La estructura metodológica propuesta es un plan de trabajo ordenado por etapas que integra de manera sistemática los enfoques poblacional, diferencial y territorial, apoyándose en un robusto sistema de gestión y analítica de datos de diversas fuentes, asegurando un análisis integral y contextualizado de la dinámica de oferta y demanda en el Distrito Capital.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN DPSS HUSJDMI LAD MANISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

JUSTIFICACIÓN

La pertinencia de esta metodología radica en su carácter instrumental y estratégico para la gestión clínica y administrativa del Hospital Universitario San Juan de Dios Materno Infantil (HUSJDMI). En un entorno regulatorio enmarcado por la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) y la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), se requiere una herramienta analítica robusta que trascienda el mero registro operativo.

El análisis sistemático de la Oferta y Demanda de Servicios de Salud se justifica como un imperativo estratégico para:

- Evaluar la Suficiencia y la Equidad: Determinar la adecuación, accesibilidad y oportunidad de la capacidad instalada hospitalaria frente a los perfiles epidemiológicos, demográficos y las necesidades sanitarias diferenciadas de la población adscrita y potencial.
- Cuantificar Brechas: Identificar, cuantificar y caracterizar las brechas de atención, priorizando la respuesta a las necesidades insatisfechas con un enfoque de derechos y equidad territorial.
- Fundamentar la Decisión Estratégica: Proporcionar la base técnica para la toma de decisiones informadas en materia de planeación de talento humano, optimización de la capacidad instalada, inversión en infraestructura tecnológica y gestión eficiente de los recursos, asegurando la sostenibilidad financiera y la máxima capacidad resolutiva del Hospital.

OBJETIVO GENERAL

Instaurar y validar un marco conceptual y metodológico de referencia, de aplicación sistemática, para la realización del análisis integral de la oferta y demanda de servicios de salud, con el fin de optimizar la capacidad resolutiva y la gestión estratégica del Hospital Universitario San Juan de Dios Materno Infantil (HUSJDMI).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estructurar la arquitectura metodológica fundamental que define el proceso de análisis de la oferta y demanda de servicios de salud en el contexto institucional.
2. Formalizar y articular los componentes analíticos especializados, incluyendo la incorporación de los enfoques poblacional y diferencial, la evaluación económica, la integración de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), la georreferenciación, el desarrollo del Plan de Análisis, la analítica avanzada de datos y los mecanismos de articulación intersectorial para la ejecución del estudio.

- Definir la metodología para el análisis de oferta y demanda de servicios de salud en general.
- Presentar las metodologías específicas de incorporación de los enfoques poblacional y diferencial, de análisis económico, de Rutas Integrales de Atención en Salud, de Georreferenciación del Análisis, del Plan de Análisis, del Análisis de Datos y de la articulación para el análisis.

ALCANCE

El alcance de este documento es establecer el marco metodológico integral y la guía de referencia obligatoria para la ejecución del análisis de la oferta y demanda de servicios de salud en el Hospital Universitario San Juan de Dios Materno Infantil (HUSJDMI). La metodología delineada incluye, de manera explícita, la incorporación de componentes analíticos especializados para el análisis de:

- Enfoques poblacional y diferencial.
- Análisis económico.
- Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).
- Georreferenciación del análisis.
- Desarrollo del Plan de Análisis.
- Analítica avanzada de datos.
- Mecanismos de articulación intersectorial para la ejecución del estudio.

Este documento, por lo tanto, constituye la directriz conceptual y procedimental fundamental para la planeación y ejecución completa del estudio en el contexto institucional.

MARCO LEGAL

La metodología de oferta y demanda de servicios de salud del Hospital Universitario San Juan de Dios Materno Infantil (HUSJDMI) se enmarca en las siguientes disposiciones normativas fundamentales, que establecen el marco de acción para la gestión de la salud en Colombia:

1. Nivel Constitucional y Estatutario (Fundamento del Derecho)

- Constitución Política de 1991 (Art. 49): Establece la salud como servicio público a cargo del Estado, rigiéndose por principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015: Marco supremo que mandata la garantía del derecho fundamental a la salud y obliga a la planeación basada en necesidades reales de la población.

2. Nivel Legal (Estructura del Sistema)

- Ley 100 de 1993 & Ley 1122 de 2007: Definen la organización del SGSSS y los mecanismos de regulación entre aseguradores y prestadores.

- Ley 715 de 2001: Regula el Sistema General de Participaciones y la competencia de las entidades territoriales en la financiación y prestación de servicios.
- Ley 1438 de 2011: Fortalece el modelo de Atención Primaria en Salud (APS) y fundamenta la articulación de la red prestadora.

3. Modelo Operativo y de Gestión (Determinación de la Oferta)

- Resolución 3100 de 2019 (Actualización de la 2003/2014): Define los estándares de Habilitación, determinando la capacidad instalada técnica y física (Oferta).
- Resolución 429 de 2016 (PAIS) & Resolución 2626 de 2019 (MAITE): Establecen la gestión territorial y la integralidad de las rutas de atención (RIAS).
- Ley 1164 de 2007: Marco para la gestión del Talento Humano, variable crítica en el cálculo de la capacidad operativa institucional.
- Decreto 4747 de 2007: Regula la relación técnico-administrativa entre prestadores y pagadores (acuerdos de voluntades).

4. Gestión de Información y Salud Pública (Análisis de Demanda)

- Resolución 1536 de 2015: Dicta el proceso de Planeación Integral para la Salud, vinculando el ASIS (Análisis de Situación de Salud) con la oferta institucional.
- Decreto 3518 de 2006: Reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), fuente primaria para proyectar la demanda epidemiológica.
- Ley 1581 de 2012: Garantiza la protección de datos personales en el manejo de la información clínica y poblacional.

5. Marco Territorial y Específico

- Decreto 507 de 2013: Define las competencias de la Secretaría Distrital de Salud para liderar la política pública en Bogotá con enfoques diferenciales.

Aplicación en el Hospital Universitario San Juan de Dios Materno Infantil

El hospital, como parte de la red distrital, asume el compromiso de estructurar y aplicar una metodología que permita analizar de manera sistemática y ordenada la dinámica entre la oferta y la demanda de servicios, facilitando la toma de decisiones informadas para cerrar brechas de atención y mejorar la calidad de vida de la comunidad. La metodología integra enfoques poblacionales, diferenciales y territoriales, apoyándose en la gestión de información proveniente de diversas fuentes, lo que garantiza un análisis integral y contextualizado.

Este marco normativo no solo orienta la organización y funcionamiento del hospital, sino que también establece la obligatoriedad de desarrollar estrategias, instrumentos y acciones encaminados a la estructuración y organización del sistema de salud, favoreciendo al individuo, la familia y la comunidad en cada momento del curso de vida.

TIPO DE DOCUMENTO	DESCRIPCIÓN
Constitución Política de Colombia de junio 13 de 1991	Art. 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes. Conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.
Ley 100 de diciembre 23 de 1993.	Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, desarrolla el mandato constitucional tanto en pensiones, como en lo referido al sistema general de seguridad social en salud, combinando los principios de eficiencia, privatización, libre escogencia y competencia, con los de universalidad, compensación y solidaridad social.
Acuerdo 117 de diciembre 29 de 1998	Establece que los servicios de Protección Específica y de Detección temprana no son demandados por los usuarios en forma espontánea y, por lo tanto, las Empresas Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas y Transformadas deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad.
Ley 715 de diciembre 21 de 2001	Mediante la cual se adopta el Sistema General de Participaciones. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 3518 de octubre 9 de 2006.	Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.
Ley 1122 de enero 9 de 2007	Plantea ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 1164 de octubre 3 de 2007	Por la cual se dictan disposiciones en materia de talento humano en salud. En el Artículo 13 de la calidad de los programas de formación en el área de la salud, define los escenarios de práctica y los criterios de la práctica formativa.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN DESS HUSJDM ZAIR MARGOL TORRES CONFIDENCIAL

Decreto 4747 diciembre 7 de 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos relacionados entre los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.
Ley 1438 de enero 19 2011	Fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud de manera que la acción sea coordinada del Estado.
Resolución 4505 de diciembre 28 de 2012	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
Ley 1581 de octubre 17 de 2012	Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.
Resolución 1531 de 28 de abril de 2014.	Por el cual, se modifica la resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del registro individual de prestación de servicios de salud – RIPS y su ámbito de aplicación.
Decreto 859 de 6 de mayo de 2014	Por el cual se reglamenta el parágrafo 1 del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011 frente a la creación de una Comisión Intersectorial de Salud Pública para hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud, la cual informará al CONPES"
Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
Ley 1751 de 16 de febrero de 2015	Ley Estatutaria de la Salud obliga al Estado a organizar un sistema de salud el cual, de manera coordinada y armónica, define los principios, normas, políticas públicas, instituciones, competencias, facultades, obligaciones, derechos, deberes, recursos financieros, controles, información, procedimientos y evaluación, idóneas para la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud.
Resolución 518 de 24 de febrero de 2015.	Por el cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas –PIC.
Ley 1753 de junio 9 de 2015	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un Nuevo País”, uno de sus objetivos es reducir las brechas territoriales y poblacionales existentes, para asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales como la salud, la educación y la vivienda para toda la población. En el Artículo 65 El Ministerio de salud y protección social – MSPS, dentro del marco de la ley 1751 de 2015, Estatutaria en salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION RIPS HUSJOMLZHR MARIO TORRES CONFIDENCIAL V3

	en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del sistema.
Resolución 1536 de mayo 11 de 2015	Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud para la salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal, así como de las instituciones del gobierno nacional; Igualmente, establece las obligaciones que para contribuir con éste propósito deben cumplir las EPS, las de más EAPB y las ARL que serán de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias, por lo que deben acoger e integrar los insumos que permitan su ejecución.
Circular 0024 Bogotá D.C., de 29 de mayo de 2015	Por medio de la cual actualiza los lineamientos técnicos para reporte de los RIPS y sus herramientas técnicas a ser utilizados en el reporte de información por parte de Entidades Promotoras de Salud —EPS; Administradoras de los regímenes especiales y de excepción; Administradoras de Riesgos Laborales - ARL; Compañías de seguros que expiden pólizas que cubren accidentes de tránsito, hospitalización y cirugía o cualquier otra protección en salud; Direcciones departamentales, distritales y locales de salud; Instituciones Prestadoras de Servicios de salud – IPS Fondo de Solidaridad y Garantía de la Salud —FOSYGA.
Resolución número 256 de 5 de febrero de 2016	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
Resolución 0429 de 17 de febrero de 2016.	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.
Circular 015 de 2016 del 8 marzo de 2016	Mediante el cual emite los Lineamientos para incorporar la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Para efectos de sincronizar la puesta en marcha de esta Política Pública, con la formulación de los Planes de Desarrollo, los Planes Financieros Territoriales, los Planes Bienales de Inversión en Salud, los Planes de Salud Territorial, y los Planes Operativos Anuales y de Inversiones (Componente operativo anual y de inversiones y Plan de Acción en Salud) establecidos mediante la Resolución 1536 de 2015 y consecuentemente, realizar los ajustes en la correspondiente programación presupuestal.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DISS HUSJDM ZNR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

Resolución 1441 de abril 21 2016	Por medio del cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.
Resolución número 03202 de julio 25 de 2016	Por medio del cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 03280 de 2 de agosto de 2018	Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno-Perinatal y se establecen las directrices para su operación.
Resolución 276 de febrero 4 de 2019.	Por la cual se modifica la Resolución 3280 de 2018, Artículo 4. Progresividad y transitoriedad. Las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno-Perinatal deberán prestarse a partir de la entrada en vigor de esta resolución, conforme con lo establecido en los correspondientes anexos técnicos.
Resolución 2626 de septiembre 27 de 2019	Por la cual se modifica la Política Integral de Atención en Salud PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE.
Resolución 2654 de 3 de octubre de 2019.	Por la cual se establecen disposiciones para la Telesalud y parámetros para la práctica de la Telemedicina en el país.
Resolución 3100 de 25 noviembre del 2019	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
Acuerdo 761 de 11 de junio de 2020	Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”
Resolución 2215 del 25 de noviembre de 2020	Por la cual se modifican los artículos 19 y 26 de la Resolución 3100 de 2019.
Resolución 994 de 6 de junio de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social	Por medio de la cual se establece el mecanismo para el acceso y uso en forma permanente de los datos, reportes e información de las enfermedades ruinosas y catastróficas de alto costo

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DRES HUSSEIN ZAIR MARSIGLI TORRES CONFIDENCIAL V3

Resolución 1035 de junio 14 de 2022	Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
Resolución 1036 de 15 de junio de 2022	Por la cual se reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud. "Deroga, a partir del 30 de junio de 2023, las Resoluciones 4144 de 1999, 1077 y 3374 de 2000, 951 de 2002, 1531 y 4449 de 2014. La Resolución 2806 de 2022 modifica el artículo 13 de la Resolución 1036 de 2022 y sustituye el Anexo Técnico ""Especificaciones técnicas de los datos de prestación individual de servicios y tecnologías de salud" de la Resolución 1036 de 2022.
Resolución 1138 del 30 de junio de 2022	Por la cual se modifican los artículos 17, 21 y 26 de la Resolución 3100 de 2019, en relación con el plan de visitas de verificación, la responsabilidad en validación de la información y las reglas de transitoriedad ante la finalización de la emergencia sanitaria causada por el coronavirus COVID-19
Resolución 1409 del 5 de agosto de 2022	Por la cual se establece la definición y alcance de segundo uso de datos en salud
Resolución 1410 del 5 de agosto del 2022	Por la cual se corrige un error en el artículo 3 de la Resolución 1138 de 2022 y se adiciona la modalidad extramural domiciliaria al numeral 11.3.7 en el anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019
Resolución 1719 de 20 de septiembre de 2022	Por la cual se modifica el parágrafo transitorio del artículo 17 de la Resolución No. 3100 de 2019 en el sentido de ampliar plazo para registrar el Plan de Visitas de Verificación.
Resolución 2775 de 27 de diciembre de 2022	Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS para la vigencia 2023
Ley 2294 de 19 de 5 de 2023 Congreso de la República	Por el cual se expide el Plan Nacional De Desarrollo 2022-2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida. El artículo 342 deroga los artículos 12, 49, 62, 85, 94, la expresión “Colombia rural" del artículo 118, los artículos 132, 137, 163, 175, 179, 200, 218, 239, 281, 303, 305, 307, de la Ley 1955 de 2019
Resolución 648 de 27 de 4 de 2023	Por la cual se modifica el artículo 26 de la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de ampliar un plazo a los prestadores de servicios de salud. Modifica el artículo 26 de la Resolución 3100 de 2019, modificado por las Resoluciones 2215 de 2020, 1317 de 2021 y 1138 de 2022 y corregido por la Resolución 1410 de 2022

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN DPSS HUSSEIN ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

Resolución 544 de 3 de 4 de 2023	Por la cual se modifica la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de adecuar algunos aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud. Modifica los artículos 2,3,4,7,12,13,15,19, Y 20 de la Resolución 3100 de 2019, modificada por las Resoluciones 2215 de 2020, 1317 de 2021 y 1138 de 2022.

GLOSARIO

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN DRSS NUBIA MAIRIM ZAPATA MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Adolescencia	Se refiere a hombres y mujeres entre los 12 y 17 años.
Adultez	Hace referencia a hombres y mujeres entre 29 y 59 años. Se alude a las personas adultas como sujetos de derechos, que se desarrollan de acuerdo con sus capacidades de agencia y potencialidades.
Análisis de situación en salud	El Análisis de Situación de Salud (ASIS) estudia la interacción entre las condiciones de vida y el nivel de los procesos de salud en las diferentes escalas territoriales, políticas y sociales. Se incluye como fundamento el estudio de los grupos poblacionales con diferentes grados de desventaja, consecuencia de la distribución desigual de las condiciones de vida de acuerdo con el sexo, edad y nivel socioeconómico que se desarrollan en ambientes influenciados por el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico, en donde se producen relaciones de determinación y condicionamiento.
Atención integral en salud	Definido como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.
Atención primaria en salud	Es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del sistema general de seguridad social en salud.

Componente complementario de prestación	Encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que de acuerdo con las rias requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario. El componente deberá atender una población y territorios delimitados. La población susceptible deberá estar definida a partir de la población asignada por cada asegurador que contrate a la red y el territorio de referencia tendrá incluido un área territorial primaria regulada sobre la base de suficiencia de la red frente a la demanda.
Componente primario de prestación	Tiene a cargo la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las rutas integrales de atención en salud - RIAS, busca la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel individual, familiar y comunitario, en el trayecto del curso de la vida de las personas y en los entornos donde trascurre la misma, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad.
Cuidado de la salud	Comprende las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea. Se sustenta en el autocuidado e involucra una condición dinámica que integra en diferentes momentos de su vida su capacidad para acumular autonomía, capital de salud y capital social. También involucra el deber de la sociedad y de los sistemas de salud de realizar acciones que permitan ganancias en salud.
Demanda de servicios de salud	La demanda de servicios de salud puede definirse como la población que de acuerdo con una necesidad de atención requiere o potencialmente revela un consumo de servicios de salud.
Determinantes sociales de la salud	Son las circunstancias donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; éstas son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen, a su vez, de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales explican la mayor parte de las inequidades en salud. (organización mundial de la salud, 2010).
Discapacidad	Resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás, incluye aquellas personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales.
EAPB -Empresa Administradora de	Se consideran como tales las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado, entidades adaptadas y empresas de

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION - DPSS HUS SOMOS ZUR MARSOL TORRES CONFIDENCIAL V3

Planes de Beneficios	medicina prepagada (decreto 780 de 2016, artículo 2.5.1.1.3 definiciones. Numeral 5).
Enfoque de género	Considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. Todas estas cuestiones influyen en el logro de las metas, las políticas y los planes de los organismos nacionales e internacionales y, por lo tanto, repercuten en el proceso de desarrollo de la sociedad. Género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de él; (a) reconocimiento de los grupos de población como titulares (sujetos) de derechos y deberes individuales y colectivos; (b) diseño de mecanismos que aseguren el ejercicio de los derechos; (c) generación de condiciones que propendan por el desarrollo integral y armónico, reconociendo la igualdad y dignidad humana, fortaleciendo lo social y lo comunitario. La aplicación de este enfoque se orienta a la garantía del ejercicio del derecho a la salud de los grupos poblacionales, generando estrategias concretas y efectivas de acceso a las diversas intervenciones de las RIAS, que partan del reconocimiento de las brechas que existen en la garantía de este.
Enfoque diferencial	Este enfoque implica analizar, actuar, valorar y garantizar el desarrollo de una población, basada en sus características y en las condiciones de vida, desde una perspectiva de equidad y diversidad. Implica reconocer la probabilidad de ser afectado diferencialmente por un riesgo de cualquier naturaleza y desarrollar las atenciones sectoriales, así como las acciones de gestión de respuestas intersectoriales que respondan a sus necesidades particulares y sus derechos. Reconoce las particularidades poblacionales y las condiciones territoriales y sociales y territoriales que ubican a las personas en una situación de desventaja y mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud. En consecuencia, los agentes del sistema de salud deben adelantar acciones para eliminar barreras de acceso a los servicios de salud y todas las formas de exclusión y discriminación, contribuyendo a la reducción de las inequidades en salud
Enfoque Diferencial Étnico	El enfoque diferencial étnico hace referencia a las condiciones y características socio económicas y culturales, que comparten algunos grupos humanos que han mantenido sus propias costumbres o tradiciones, y que cuentan con una organización social y política y se rigen por una legislación especial (ACNUR, 2004).
Enfoque poblacional	Toda intervención que se realice en salud debe tomar como centro a las personas, así las cosas, el foco de atención son las personas, entendiendo lo poblacional como una categoría que se estudia desde diversos puntos de vista (como el demográfico, social, antropológico, histórico, biológico, geográfico, económico, psicológico y ocupacional, entre otros).

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN DPSSH ISDM CAP MARISOL TORRES CONFIDENCIAL 13

Enfoque territorial	El eje articulador de las estrategias de desarrollo rural del ámbito del proceso productivo en su mismo ámbito del territorio para cumplir con el objetivo de dar paso a la multidimensionalidad, lo que implica un modelo en el que se observen de forma conjunta los espacios económicos, sociales, políticos, ambientales y culturales.
Entidades Promotora de Salud - EPS	Creadas a través de la Ley 100 de 1993. Son las encargadas de afiliar y registrar a los afiliados al sistema general de seguridad social en salud; recaudan los aportes que trabajadores y empleadores deben hacer por ley para acceder al servicio. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Básico a los afiliados a través de redes de prestadores de servicios de salud.
Entidad Territorial	De conformidad con la constitución política de Colombia, artículo 286; son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas. La ley podrá darles el carácter de entidades territoriales a las regiones y provincias que se constituyan en los términos de la constitución y de la ley.
Etnia	Hace referencia a prácticas culturales compartidas por un grupo de personas, con identidades, ideologías, patrones, rituales, formas de vida común y propia que hacen parte de su historia individual y colectiva; que a su vez configuran su vida cotidiana, cultural, social y política
Género	Se puede definir como el conjunto de normas que se imponen sobre los cuerpos y que no dependen del sexo del sujeto, es decir que, no se nace siendo mujer u hombre, sino que se aprende, de acuerdo con la sociedad y el contexto histórico en el que se desarrolla la persona. Es una categoría de análisis estructural y ordenadora de las relaciones que construyen mujeres y hombres en una determinada cultura y sociedad, lo cual se expresa en los órdenes social, económico, cultural y político. Los elementos relacionados con el género varían dentro de las culturas y entre ellas. Por tanto, el género es susceptible de ser repensado, de construido y transformado, porque es una construcción social en constante cambio. En una cultura occidentalizada, como la nuestra, las clasificaciones de género ordenan el mundo social de forma binaria y jerárquica, donde se asocia a los hombres con lo más valorado, lo que conduce a subordinación de lo femenino y justifican la inequidad y la iniquidad de poder. (SDS 2020).
Geocodificación	Es un proceso de convertir una descripción como direcciones, puentes, vías, edificios públicos, lugares de interés u otros en una ubicación en la superficie terrestre asignándole coordenadas geográficas.
Georreferenciación	Según el portal web de ESRI es usar las coordenadas de un mapa para asignar una ubicación a entidades cartográficas, las cuales tienen una ubicación y extensión especifica que permite colocar en la superficie terrestre de manera exacta o aproximada.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION OPSSHUSJDM ZULIS MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V1

Grupos de especial protección	Son grupos de personas que, por motivos culturales, históricos, geográficos, étnicos o de otra índole, requieren que el Estado les brinde medidas especiales para su inclusión y o desarrollo en una sociedad determinada.
Grupos Étnicos	Es una comunidad determinada por la existencia de ancestros y una historia en común. Se distingue y reconoce por tradiciones y rituales compartidos, instituciones sociales consolidadas y rasgos culturales como la lengua, la gastronomía, la música, la danza y la espiritualidad entre otros elementos.
Habitante de calle	Toda persona que voluntariamente o no decide hacer de la calle su hábitat.
Habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud	Es el procedimiento que tiene como propósito verificar y velar por el cumplimiento condiciones mínimas de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS para la gestión de la prestación de servicios de salud con la disponibilidad, suficiencia y completitud de la oferta requerida para la atención en salud de sus afiliados, bajo atributos de accesibilidad, oportunidad, integralidad, continuidad, calidad y resolutividad.
Infancia	Desde la esfera biológica corresponde al periodo que cursa entre los 6 y los 11 años, con un crecimiento regular menos acelerado que el de la primera infancia.
Indicador	Es la expresión cualitativa o cuantitativa observable que permite describir las características, comportamientos o fenómenos de la realidad de una variable o el establecimiento de una relación entre variables, la que comparada con periodos anteriores o bien frente a una meta o compromiso, permite evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo.
Juventud	Desde la esfera biológica hace referencia a hombres y mujeres entre los 18 y 28 años.
Mapa	La definición de mapa encontrada en el portal web de IDECA es una representación gráfica y métrica reducida de una porción de la superficie terrestre. Hay diferentes tipos de mapas, sin embargo, solo se abordarán los que son utilizados en el ámbito de salud; mapa temático el cual puede ser un mapa nominal, mapa de puntos, mapa calor, mapa de coropletas y mapa de símbolos proporcionales.
Metodología	Se denomina la serie de métodos y técnicas de rigor científico que se aplican sistemáticamente durante un proceso de investigación para alcanzar un resultado teóricamente válido.
Modelo de atención	Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION - DIEGO HUSSEIN ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

	y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.
Modelo de acción integral territorial – MAITE	Reconoce e incorpora los desarrollos realizados a través del modelo integral de atención en salud - MIAS y permite la coordinación de agentes usuarios y otros actores a través de unas líneas de acción con enfoque de salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial; alcanzar la cobertura y acceso para todas las personas, propendiendo hacia la generación de mejores condiciones de salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud.
Morbilidad	Cantidad de personas que enferman en un lugar y un periodo de tiempo determinado en relación con el total de la población (Ruiz M & Morillo Z, 2004).
Mortalidad	Número proporcional de defunciones en una población o tiempo determinado en relación con el total de la población (Ruiz M & Morillo Z, 2004).
Oferta de servicios de salud	La oferta de servicios de salud parte de los elementos fundamentales que generan la función de producción de servicios de salud, donde la prestación de servicios se hace visible cuando se transforman los insumos (talento humano, infraestructura, tecnología y su componente financiero asociado) en productos; estos bienes y servicios producidos en el mercado de salud no cumplen solamente un papel de minimización de costos, sino que se interrelacionan con una demanda existente, y por tanto, su eficiencia deberá ser medida, entre otros aspectos, principalmente con relación a la capacidad de resolver las necesidades en salud de una población.
Política de atención integral en salud-PAIS	Respuesta del estado ante la responsabilidad otorgada por la ley 1751 de 2015 de adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato, de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos y cada uno de los habitantes del territorio y que la prestación como es un servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización regulación, coordinación y control del estado. Por otra parte, esta política permite organizar un sistema de salud el cual, de manera coordinada y armónica, define los principios, normas, políticas públicas, instituciones, competencias facultades, obligaciones, derechos, deberes recursos financieros, controles, información, procedimientos y evaluación, idóneas para la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud.
Prestadores de servicios de salud	Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados, se

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HISUDM JAP MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

	incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.
Primera infancia	Hace referencia al momento vital desde los 7 días hasta los 5 años, 11 meses y 29 días, se constituye en el momento del curso de vida con mayor posibilidad de potenciar el desarrollo cerebral a través de la interacción con el ambiente y su contexto, por lo tanto es de vital importancia reconocer las características físicas, biológicas, psicológicas y sociales a las que cotidianamente están expuestos los niños y las niñas en este momento vital, así como identificar situaciones que pueden incidir negativamente en la salud y en su desarrollo, y de esta manera hacer un abordaje diferencial en la atención.
Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud –RIPSS	Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, e incluyen procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutiva, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información, para garantizar la gestión adecuada de la atención así como también, mejorar los resultados en salud.
Régimen especial	Se entiende por régimen especial aquellos sectores de la población que se rigen por las normas legales concebidas antes de la entrada en vigor de la ley 100 de 1993. Algunos casos son fuerzas militares, policía nacional, Ecopetrol, magisterio (docentes), universidades públicas. Estos regímenes tienen establecidos requisitos de pensión diferentes a los definidos para el sistema general de pensiones, además administran su sistema de recaudo propio.
Ruralidad	Referida a lo campesino, como un estilo de vida, un sistema ideológico que se hace realidad a través de unas prácticas sociales que hacen posible vivir en un espacio no urbano, adaptándose a un medio geográfico que transforma a través de su acontecer allí, y que hace propio a través de relaciones sociales de parentesco, y afinidad, formas de producción, prácticas culturales particulares en relación con modos de alimentación, formas de vestir, vivienda, etc. Que le dan sentido al estilo de vida rural. (Anexo Operativo para la Ruralidad- SDS 2019- SDS).
Rutas integrales de atención en salud – RIAS	Son una herramienta que define las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, a los agentes del sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN - DPSS HSS DIM ZAIN MARGOLIN PERES CONFIDENCIAL V3

	sectores, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Las rias integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales.
Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.	En el curso de vida de carácter individual y colectivo. Dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana, la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.
Rutas Integrales de Atención en Salud para grupos de riesgo.	Intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.
Rutas Integrales de Atención en Salud específica para eventos.	Intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos.
Sistema de salud	Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.
Sistema de seguridad social en salud (SGSSS)	Es un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda población.
Suficiencia	Es el proceso mediante el cual la organización de la función de producción de la prestación de los servicios de salud garantiza el cumplimiento o el logro de la satisfacción de las necesidades en salud de los usuarios, requiere contar con información de los diferentes factores productivos que pueden incidir en la generación de los productos requeridos para la atención en salud; de manera general, se requiere contar con elementos de tipo cuantitativo para la infraestructura y capacidad instalada disponible, el talento humano en salud asociado a los prestadores incluyendo, aspectos relacionados con la disponibilidad en términos temporales y de cantidades. Se requiere contar con información histórica oportuna, sistemática y de calidad de las atenciones realizadas por los prestadores de servicios de salud, con el fin de posibilitar el dimensionamiento del uso de los servicios, la capacidad de respuesta de los prestadores y los resultados que se

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION - BASS IUS/JDM ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

	obtienen (en un concepto de tangible) en lo relacionado con el mejoramiento de las condiciones de salud de los potenciales usuarios.
Vejez	Hace referencia a hombres y mujeres de sesenta (60) y más años, sujetos de derechos, plenos y activos; poseedores de experiencias, capacidades y habilidades que les permiten participar y tomar decisiones respecto de situaciones que afecten su presente y su futuro, y contribuir en espacios familiares, sociales e intergeneracionales en los sistemas sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales de los que hacen parte.
Víctima	Persona que sufre las consecuencias de una acción violenta, intencional o no intencional, auto infringida o de parte de otra persona.

ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria en Salud	PAIS	Política de Atención Integral en Salud.
ARS	Administradoras de Régimen Subsidiado	PEDT	Protección Específica y Detección
CAC	Cuenta de Alto Costo	REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
CASS	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud	RETHUS	Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud
DC	Distrito Capital.	RIAS	Ruta Integral de Atención en Salud.
DPSS	Dirección de Provisión de Servicios de Salud.	RIPSS	Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
EAPB	Empresa Administradora de Planes de Beneficios.	RIPSS	Redes integrales de Prestadores de Servicios de Salud.
ECV	Encuesta de Calidad de Vida	ROSS	Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento
EEVV	Estadísticas Vitales	RUAF	Registro Único de Afiliados
ENSAB	Estudio Nacional de Salud Bucal	SDS	Secretaría Distrital de Salud.
ENSIN	Encuesta Nacional de Situación Nutricional	SGP	Sistema General de Participaciones.
EPS	Entidades Promotoras de Salud	SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUS IDM ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

ESE	Empresa Social del Estado.	SIHO	Sistema de Gestión de Hospitales Públicos
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud.	SISBÉN	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
MAITE	Modelo de Acción Integral Territorial.	SISMED	Sistema de Información de Precios de Medicamentos
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud.	SISPRO	Sistema Integrado de Información de la Protección Social
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social.	SIVIGILA	Sistema de Vigilancia de Salud Publica
OMS	Organización Mundial de la Salud	UPGD	Unidades Primarias Generadoras del Dato
OPS	Organización Panamericana de la Salud		

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUSJDMI ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

CONTEXTO GENERAL DEL ANÁLISIS DE OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

El análisis de oferta y demanda de servicios de salud constituye una herramienta fundamental para la planeación estratégica, la gestión hospitalaria y la toma de decisiones basadas en evidencia. En el contexto de una institución de alta complejidad con enfoque materno-infantil, este análisis permite evaluar la suficiencia, oportunidad y capacidad de respuesta del hospital frente a las necesidades de la población atendida.

La adecuada articulación entre oferta y demanda es clave para garantizar la calidad de la atención, el uso eficiente de los recursos, el cumplimiento normativo y la sostenibilidad institucional, elementos centrales del modelo de atención en salud y de la gestión de redes integradas de servicios.

CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil garantiza el derecho fundamental a la salud mediante la prestación de servicios integrales e integrados con calidad y excelencia en los diferentes niveles de complejidad, bajo un modelo de atención primaria en salud, con enfoque preventivo, predictivo y resolutivo, centrado en las personas, las familias y la comunidad; la educación y formación de talento humano en salud de alta calidad, la generación de conocimiento a través de la investigación científica y la innovación, y su rol como organismo articulador y asesor en el ámbito nacional en salud, brinda asesoría técnica y científica de políticas públicas en salud e integra la recuperación, preservación y gestión sostenible de su patrimonio histórico y cultural como parte constitutiva de su modelo institucional, en concordancia con el Plan Especial de Manejo y Protección. Se cumplirá con la función decretada en articulación con la Universidad Nacional de Colombia, comprometidos con la humanización, la proyección y la equidad territorial, así como, en el apoyo a los entes territoriales y su red pública hospitalaria de menor desarrollo institucional.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN OPS IUJEM ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

FUNDAMENTOS

El análisis se fundamenta en los siguientes principios:

- Equidad en el acceso: La oferta de servicios debe ser suficiente y adecuada para cubrir las necesidades de la población objetivo, evitando barreras de acceso derivadas de insuficiencias de capacidad.

- Eficiencia técnica y operativa: Los recursos disponibles deben ser utilizados de manera óptima, maximizando la producción de servicios sin comprometer la calidad ni la seguridad.
- Suficiencia y capacidad resolutiva: La institución debe contar con capacidades compatibles con su nivel de complejidad y su rol dentro de la red, especialmente en servicios críticos materno-infantiles.
- Planeación basada en estándares: La medición de la oferta se sustenta en estándares normativos y de gestión hospitalaria (talento humano, infraestructura, dotación, productividad).

ROLES Y FUNCIONES DE LOS ACTORES

El análisis de oferta y demanda involucra distintos actores institucionales, cada uno con responsabilidades específicas:

Dirección de Prestación de Servicios

- Definir lineamientos estratégicos.
- Aprobar escenarios de planeación.
- Priorizar inversiones según brechas identificadas.

Subdirecciones de: Servicios Hospitalarios, Ambulatorios, Sociosanitarios, Urgencias, Apoyo terapéutico, y atención primaria

- Validar los supuestos clínicos del modelo (flujos, tiempos, productividad).
- Aportar información sobre procesos y cargas de trabajo reales.

Planeación y Gestión

- Diseñar la metodología de cálculo.
- Estimar oferta efectiva y demanda esperada.
- Construir indicadores de suficiencia y brechas.

Talento Humano y Tecnología Biomédica

- Aportar información sobre disponibilidad, turnos, dotación y capacidad instalada.
- Identificar restricciones operativas.

Esta articulación garantiza que el análisis no sea únicamente teórico, sino aplicado y operativo.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN - DRSS HUSJDMI ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

MARCO CONCEPTUAL DE LA OFERTA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Para elevar el nivel técnico de la metodología, la planeación del Hospital Universitario San Juan de Dios - Materno Infantil debe traducir el marco normativo en indicadores de capacidad y suficiencia.

A continuación, presento la estructura técnica para el cálculo de oferta y demanda, fundamentada en los estándares de habilitación y gestión hospitalaria:

1. Modelado de la Oferta (Capacidad Instalada)

La oferta corresponde a la capacidad del hospital para producir servicios, y se define a partir de:

- Infraestructura habilitada
- Talento humano disponible
- Dotación tecnológica
- Jornadas y turnos operativos
- Productividad estándar

Se distingue entre:

- **Oferta instalada**: capacidad teórica máxima.
- **Oferta efectiva**: capacidad real considerando restricciones operativas.

La oferta no es solo la suma de consultorios o camas; es la capacidad de producir servicios bajo estándares de calidad (Resolución 3100 de 2019).

- Capacidad Teórica (CT): Se calcula multiplicando el número de unidades funcionales (consultorios/sillas/camas) por el tiempo total de apertura del servicio.
    - *Fórmula:*
    - .

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUSJDMI ZAIR MARISOL ORR

- Capacidad Operativa Real (COR): Ajusta la teoría según el Rendimiento del Talento Humano (Ley 1164 de 2007).
    - *Factor clave:* Tiempo promedio por actividad (ej. 20 min por consulta especializada / 40 min por ingreso hospitalario).
- Porcentaje de Disponibilidad: Margen de tiempo destinado a actividades no asistenciales (docencia-servicio, diligenciamiento de historia clínica, comités).

3. Modelado de la Demanda (Necesidad Poblacional)

La demanda representa el volumen de servicios requeridos por la población, expresado en atenciones, procedimientos o exámenes, y se origina a partir de:

- Consultas externas
- Servicios de urgencias
- Atención quirúrgica
- Hospitalización

En el análisis metodológico, la demanda se estima como demanda esperada, incorporando tasas de referencia, patrones de utilización y supuestos de estabilidad o crecimiento.

Se basa en la caracterización epidemiológica y el comportamiento histórico (Resolución 1536 de 2015).

- Demanda Expresada: Usuarios que ya acceden al hospital (RIPS - Resolución 1531 de 2014).
- Demanda Insatisfecha: Usuarios en lista de espera o que no logran oportunidad en la asignación de citas.
- Demanda Inducida: Actividades de protección específica y detección temprana que el hospital debe generar proactivamente (Acuerdo 117 de 1998).

DPSS HUSJDMI ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL

Relación Oferta–Demanda

La comparación entre oferta y demanda permite:

- Identificar déficits o excedentes de capacidad.
- Medir la suficiencia del servicio.
- Priorizar decisiones de expansión, reorganización o mejora operativa.

Este análisis se operacionaliza mediante indicadores de:

- Brecha absoluta
- Brecha relativa
- Razón oferta-demanda

ES CONFIDENCIAL V3

3. Matriz de Balance y Suficiencia (Brecha Técnica)

El punto crítico de la metodología es el Índice de Utilización, que determina si la oferta es suficiente para la demanda proyectada.

La Matriz de Balance y Suficiencia constituye el instrumento central para evaluar la relación entre la demanda proyectada y la oferta efectiva de servicios de salud. Su propósito es identificar si la capacidad instalada del Hospital Universitario San Juan de Dios – Materno Infantil es suficiente, insuficiente o excedentaria, y en qué dimensiones específicas se presentan las brechas.

El punto crítico de esta metodología es el Índice de Utilización, el cual permite evaluar el nivel real de uso de los recursos disponibles y su coherencia con la demanda estimada. Un uso excesivo indica riesgo de saturación y deterioro de la calidad; un uso bajo evidencia ineficiencia o sobredimensionamiento de la oferta.

La matriz se construye a partir de indicadores técnicos estandarizados, ampliamente utilizados en la gestión hospitalaria y alineados con los objetivos institucionales del hospital materno-infantil.

Indicador Técnico	Método de Cálculo	Interpretación:	Objetivo Institucional
Giro de Cama	Egresos / Promedio de camas	Mide la rotación de camas en un período determinado. Un giro bajo indica subutilización de la infraestructura. Un giro demasiado alto puede reflejar estancias excesivamente cortas o presión sobre la capacidad hospitalaria	Optimizar la rotación de camas en el área materna y neonatal, garantizando continuidad del cuidado sin comprometer la seguridad clínica.
Ocupación	(Pacientes-día / Camas-día) x 100	Refleja el nivel de utilización de la capacidad instalada. Valores persistentemente altos generan riesgo de congestión, demoras y eventos adversos. Estándar de referencia: Ocupación ideal ≈ 85 %, que permite absorber variaciones de la demanda sin saturación.	Mantener el equilibrio entre eficiencia y calidad de la atención, especialmente en servicios críticos materno-infantiles.
Oportunidad	Días de espera para asignación	Cumplir con los estándares de la Ley 1751. Evalúa la capacidad de respuesta del hospital frente a la demanda. Retrasos sistemáticos evidencian insuficiencia de oferta o cuellos de botella operativos.	Cumplir con los estándares de oportunidad definidos normativamente y garantizar acceso efectivo a los servicios.
Rendimiento	Actividades realizadas / Horas de talento humano	Mide la productividad del personal asistencial. Permite identificar desequilibrios entre carga laboral, disponibilidad de	Evaluar la eficiencia operativa sin comprometer la calidad, seguridad del paciente ni los procesos docentes.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSCH ISUDM ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

		profesionales y organización de turnos.	

La combinación de estos indicadores permite clasificar los servicios en tres escenarios:

- Oferta insuficiente: alta ocupación, baja oportunidad, rendimiento elevado con sobrecarga.
- Oferta suficiente: ocupación óptima, giro adecuado, oportunidad conforme a estándares.
- Oferta excedentaria: baja ocupación, bajo giro y rendimiento subóptimo.

4. Componente Universitario (Docencia-Servicio)

Dado que el Hospital Universitario San Juan de Dios – Materno Infantil cumple una función asistencial, docente e investigativa, el análisis de oferta no puede basarse exclusivamente en parámetros de productividad de un hospital no universitario.

Por esta razón, la metodología incorpora un Factor de Ajuste por Formación, que reconoce las particularidades del modelo docencia–servicio.

- El rendimiento por hora suele ser menor (0.7 vs 1.0) debido a la supervisión académica, pero la capacidad de resolución aumenta por la presencia de especialistas en formación.

ENFOQUE METODOLÓGICO

Para elevar el nivel técnico de la metodología, la planeación del Hospital Universitario San Juan de Dios – Materno Infantil debe traducir el marco normativo y conceptual en indicadores cuantificables de capacidad y suficiencia, que permitan:

- Comparabilidad entre servicios.
- Evaluación objetiva de brechas.
- Soporte técnico para decisiones de inversión y reorganización.
- Seguimiento periódico de la capacidad instalada frente a la demanda.

A continuación, se presenta la estructura técnica para el cálculo de oferta y demanda, fundamentada en estándares de habilitación y gestión hospitalaria, que asegura coherencia metodológica y aplicabilidad práctica.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN DESS HUSJM ZAIR MADISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

ANÁLISIS DE OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS

El análisis de la oferta y demanda en el ámbito de salud es fundamental para comprender la relación entre la capacidad de los servicios y las necesidades de la población. Este estudio permite identificar las brechas existentes y orientar la planificación de recursos y servicios, asegurando una atención eficiente y equitativa.

La oferta y la demanda deben ser evaluadas de manera sistemática, considerando tanto los recursos disponibles como las características de la población que requiere atención

La oferta y la demanda en salud son conceptos interrelacionados que permiten evaluar el funcionamiento del sistema de salud. Mientras la oferta representa la capacidad de respuesta del sistema, la demanda refleja las necesidades y expectativas de la población. El equilibrio entre ambas es fundamental para garantizar el acceso oportuno, la calidad de la atención y la eficiencia en el uso de los recursos sanitarios.

¿Qué es la oferta en salud?

Es la capacidad del sistema de salud para proporcionar servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a través de la disponibilidad y organización de recursos humanos, infraestructura, tecnología y servicios, con el fin de atender las necesidades y problemas de salud de la población en un territorio y período determinados.

¿Qué es la demanda en salud?

Es la cantidad de servicios o bienes de salud que la población está dispuesta a solicitar y utilizar durante un período específico, bajo determinadas condiciones económicas, sociales y de acceso, y está influenciada por factores como el estado de salud, el ingreso, los precios, la percepción de necesidad y las características del sistema de salud.

Tabla 1 CUADRO COMPARATIVO DE OFERTA Y DEMANDA EN EL CONTEXTO COLOMBIANO

Aspecto	Oferta en salud	Demanda en salud
Definición	Capacidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar la prestación de servicios de salud a la población, mediante redes de prestación habilitadas y recursos disponibles.	Cantidad de servicios y tecnologías en salud que la población afiliada al SGSSS requiere, solicita y utiliza en un período determinado.
Marco institucional	IPS públicas, privadas y mixtas; redes integrales de prestación de servicios de salud; entidades territoriales.	Población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, y población pobre no asegurada.
Actor central	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y talento humano en salud.	Usuarios, pacientes y afiliados al sistema de salud.
Componentes principales	Talento humano en salud, infraestructura física, dotación, tecnología, capacidad instalada y servicios habilitados.	Necesidades de salud, percepción de enfermedad, demanda potencial y demanda efectiva.
Regulación	Normas de habilitación, estándares de calidad, políticas públicas, vigilancia y control del Estado.	Acceso regulado por afiliación, PBS, autorizaciones, copagos y cuotas moderadoras.
Financiamiento	Recursos del SGSSS (UPC, presupuestos máximos, recursos territoriales, ADRES).	Capacidad de pago del usuario, afiliación al régimen, nivel de copago o cuota moderadora.
Distribución territorial	Variable según región, con concentración de servicios de alta complejidad en zonas urbanas.	Condicionada por barreras geográficas, económicas, administrativas y culturales.
Problemas frecuentes	Insuficiencia de servicios, inequidad territorial, déficit de talento humano, saturación de IPS.	Demanda insatisfecha, barreras de acceso, uso inadecuado de servicios, retrasos en la atención.
Objetivo	Garantizar atención integral, continua y de calidad conforme al PBS.	Satisfacer necesidades de salud y ejercer el derecho fundamental a la salud.

Fuente: Elaboración propia equipo DPSS-HUSJDMI

En el contexto colombiano, la interacción entre la oferta y la demanda en salud es un elemento clave para evaluar el desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Mientras la oferta depende de la capacidad instalada, la habilitación de servicios y la disponibilidad de recursos, la demanda está determinada por las necesidades

de salud de la población, su afiliación al sistema y las condiciones de acceso. Los desequilibrios entre ambas generan problemas de inequidad, ineficiencia y barreras en el acceso efectivo a los servicios de salud.

ESTUDIO DE LA OFERTA

El estudio de la oferta consiste en cuantificar el número de actividades realizadas en cada establecimiento y en la Red. Este proceso se lleva a cabo de manera desagregada, teniendo en cuenta tanto el nivel de complejidad como el nivel de atención.

La oferta se expresa en el número de prestaciones por persona, lo que también permite determinar la brecha existente en esas prestaciones. En esta etapa, el estudio debe incluir una optimización, de modo que la producción de prestaciones observadas se ajuste según la capacidad de producción de los recursos disponibles.

MEDICIÓN DE LA OFERTA

La medición de la oferta se realiza mediante:

1. Cuantificación de las atenciones. En este se incluyen controles, consultas, exámenes, egresos que han prestado las IPS o profesionales
2. Disponibilidad del Recurso Humano:
3. Disponibilidad de Recursos físicos: se toman en cuenta la infraestructura y el equipamiento.

Es importante tener en cuenta el tipo de servicios que la entidad presta por ejemplo a nivel de P y P, curativa, rehabilitación si se manejan. Esto nos va a permitir la programación de horas para el Talento Humano en Salud (THS) asociado a esta prestación y adicionalmente permite a los usuarios orientarse a que servicios pueden acceder porque se maneja de manera publica la información.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPGS HOSJDMI ZAIR MARIO TORRES CONFIDENCIAL V3

Factores que conforman la oferta

1. INSTITUCIONALES
2. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO
3. RECURSOS
4. TECNOLOGIA
5. TIPOS DE SERVICIOS
6. PERCEPCION DE LOS USUARIOS
7. PRODUCCION DE SERVICIOS

Factores que conforman la oferta

La oferta de servicios de salud está compuesta por diversos factores claves que determinan la capacidad de respuesta y el alcance de las instituciones prestadoras. A continuación, se describen cada uno de estos elementos:

1. Institucionales

Este factor contempla la relación y el registro de todas las instituciones que brindan servicios de salud, identificando el nivel de complejidad de cada una. Esta información permite comprender la estructura del sistema y las capacidades diferenciadas entre las entidades, lo que resulta esencial para planificar la atención y la distribución de recursos.

2. Tipos de servicios

Los tipos de servicios ofertados están dirigidos a la población objetivo y dependen de su viabilidad dentro del mercado. Analizar la variedad y especialidad de los servicios disponibles es fundamental para ajustar la oferta a las necesidades reales de la comunidad y optimizar el acceso.

3. Tecnología

La tecnología constituye un factor esencial en la prestación de servicios de salud, ya que determina el nivel de innovación y la capacidad de respuesta ante los desafíos sanitarios. La adecuada incorporación y actualización tecnológica impacta positivamente en la calidad y eficiencia de la atención.

4. Recursos

Este aspecto se divide en dos componentes principales:

- Recurso humano: Se refiere a la disponibilidad del talento humano en salud (THS), diferenciando por tipo de personal y su condición laboral, lo cual es determinante para asegurar la cobertura y calidad del servicio.
- Recursos financieros: Incluye el gasto per cápita en salud, el presupuesto total destinado al sector y las fuentes de financiamiento. Una adecuada gestión de estos recursos garantiza la sostenibilidad y expansión de la oferta.

5. Infraestructura y equipamiento

Este factor corresponde a la capacidad física y el equipamiento con el que cuentan las IPS. Se analiza, por ejemplo, el número de camas disponibles, la cantidad de consultorios y el tipo de equipamiento instalado. La infraestructura adecuada es indispensable para brindar servicios oportunos y seguros.

6. Percepción de los usuarios

La percepción de los usuarios acerca de la calidad de los servicios recibidos es un elemento relevante para evaluar y mejorar continuamente la oferta. Este aspecto aporta información sobre el grado de satisfacción y confianza en el sistema de salud.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN DPCS HUSJDM ZAP MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V2

7. Producción de servicios

Finalmente, la producción de servicios se mide a través del número de atenciones brindadas a los usuarios. Este indicador permite evaluar la capacidad operativa y el alcance real de la oferta de servicios de salud.

Evaluación de los servicios de salud

Los servicios de salud se valoran a partir de una serie de dimensiones esenciales, que permiten analizar su funcionamiento, desempeño y resultados. A continuación, se describen los principales aspectos evaluados:

- Procesos: Los procesos se refieren al conjunto de actividades y procedimientos implementados para la prestación de servicios de salud. Este análisis permite identificar la manera en que se llevan a cabo las intervenciones, el flujo de atención y la organización interna de las instituciones.
- Utilización: La utilización abarca la frecuencia y el volumen con que los usuarios acceden a los servicios disponibles. Este aspecto ayuda a determinar el grado de demanda y la capacidad de respuesta del sistema.

Ejemplo: Utilización de camas

PORCENTAJE DE OCUPACION *RENDIMIENTO CAMA*

$$\frac{\textbf{Número de días cama ocupada}}{\textbf{Número de días cama disponible}} \times 100 \qquad \frac{\textbf{Numero de egresos}}{\text{N}\textbf{numero de camas}}$$

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUSJDMI ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

- Eficiencia: La eficiencia evalúa cómo se emplean los recursos para obtener los mejores resultados posibles, minimizando desperdicios y optimizando los procesos internos.
- Efectividad: La efectividad mide el grado en que los servicios de salud logran los objetivos propuestos, asegurando que las intervenciones sean pertinentes y produzcan los resultados esperados en la población atendida.
- Producción: La producción corresponde al número de atenciones y procedimientos realizados, lo que permite valorar la capacidad operativa y el alcance real del sistema de salud.
- Accesibilidad: La accesibilidad analiza las condiciones para que los usuarios puedan acceder a los servicios de salud, considerando factores como ubicación, disponibilidad y ausencia de barreras.
- Recursos: Los recursos abarcan tanto el talento humano como los recursos financieros y materiales que sostienen el funcionamiento de los servicios de salud, garantizando cobertura y calidad.
- Resultados: Los resultados reflejan el impacto final de los servicios de salud, evaluando la cobertura alcanzada y el efecto sobre la salud de la población.
  - ✓ Cobertura: Indica el porcentaje de la población que accede efectivamente a los servicios.
  - ✓ Impacto: Evalúa los cambios y mejoras en la salud de la comunidad como consecuencia de los servicios prestados.

DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD.

Definición y características de la demanda de servicios de salud

Concepto de demanda de servicios de salud

La demanda de servicios de salud se define como la cantidad de atenciones médicas que una población requiere de uno o varios prestadores durante un periodo determinado. Este concepto se refiere directamente a los servicios ofrecidos y surge de la decisión voluntaria de las personas de acudir a los lugares donde se brindan dichas atenciones. "… *IMPLICA TRADUCIR LAS NECESIDADES EN SALUD DE UNA POBLACION EN PRESTACIONES EN SALUD".*

Interrelación entre Demandantes y Proveedores

La demanda por atenciones médicas se encuentra estrechamente vinculada a las características de las personas que solicitan los servicios de salud y a los atributos propios de los proveedores de dichos servicios. Esta interacción determina tanto la naturaleza como

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPTO HUSJDM ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

la cantidad de las atenciones solicitadas, reflejando cómo las necesidades de la población se transforman en prestaciones concretas dentro del sistema de salud.

Las Dimensiones de la Demanda en salud

Principales Dimensiones

La demanda de servicios de salud se puede analizar desde distintas dimensiones, que permiten comprender mejor cómo se manifiesta y distribuye entre la población. Estas dimensiones incluyen:

1. Cantidad de atenciones: Esta dimensión se refiere al número total de consultas o intervenciones que solicitan los usuarios, reflejando el volumen de servicios requeridos por la población.
2. Tipo de Atenciones: Esta dimensión distingue entre las diferentes clases de servicios solicitados, como atención preventiva, curativa, de urgencia o especializada.
3. Grupos de Población Específica que Demanda los Servicios: Se refiere a la identificación de los colectivos que requieren atención, como por ejemplo niños, adultos mayores o personas con enfermedades crónicas.
4. Tipo de proveedor de servicios: Esta dimensión contempla las diferentes entidades o profesionales que ofrecen atención sanitaria, como hospitales públicos, clínicas privadas o centros comunitarios.

La demanda puede estar condicionada por factores como los ingresos económicos, riesgos de salud o, en sentido contrario, puede verse limitada por cuestiones de acceso, como las barreras geográficas o tarifarias.

TIPOS DE DEMANDA

Clasificación de la demanda

La demanda de servicios de salud se puede clasificar en diferentes tipos, que permiten entender su origen y características:

- Demanda Demográfica: Caracteriza a la población según variables como edad, sexo, etnia, nivel socioeconómico y migraciones. Este tipo de demanda resulta fundamental para proyectar el crecimiento poblacional y, por tanto, anticipar las necesidades de atención sanitaria tanto a medio plazo (5 años) como a largo plazo (10 años).
- Demanda Epidemiológica: Esta categoría está relacionada con el perfil de morbimortalidad de la población y con las posibles soluciones a los problemas de salud identificados. Considera tanto los daños a la salud como los determinantes o condicionantes que influyen en el proceso salud-enfermedad, teniendo en cuenta indicadores como las tasas de mortalidad,

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS MUSJEMZAR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

esperanza de vida al nacer, AVISA (años de vida saludables perdidos), AVPP (años de vida potencialmente perdidos), entre otros.

- Demanda Oculta: Se refiere a aquella demanda que el sistema de salud no logra identificar adecuadamente, ya sea por una insuficiente capacidad de respuesta, por subestimación de las necesidades reales o por deficiencias en la cantidad y calidad de la atención prestada.
- Demanda Explícita: Hace referencia a las prestaciones que la población solicita de manera directa, englobando tanto la utilización efectiva de los servicios de salud como los casos en los que la red no pudo ofrecer la atención requerida.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA

El análisis de la demanda en el contexto de los servicios de salud implica comprender las necesidades expresadas por los usuarios y distinguir entre diferentes formas de manifestación de dicha demanda. Este proceso es fundamental para orientar la planificación y la gestión de los recursos sanitarios de manera eficiente y equitativa.

Definición y Tipos de Demanda

- Demanda: La demanda corresponde a la necesidad expresada en requerimientos de servicios por parte de los usuarios. Es la manifestación directa de lo que la población solicita o espera de los sistemas de salud.
    - Demanda Observada: Se refiere a aquella que se expresa en el uso efectivo de los servicios de salud y se registra en las estadísticas institucionales. Es la demanda que puede medirse a través de la utilización real de los recursos disponibles.
    - Demanda Potencial: Esta categoría abarca las necesidades de aquellas personas que actualmente requieren un servicio institucional de salud, pero que no acceden a él. Sin embargo, podrían hacerlo en el futuro. La demanda potencial se identifica a partir de encuestas y estudios poblacionales que permiten estimar el alcance de las necesidades no cubiertas.

Indicadores

La utilización de indicadores nos permite analizar la información existente y su interpretación. Estos instrumentos facilitan el seguimiento de la demanda, la evaluación de la cobertura del sistema y la detección de áreas donde se requieren mejoras.

Tipos de Indicadores

Para realizar un análisis completo de la demanda, es fundamental considerar distintos tipos de indicadores que proporcionan información relevante sobre la población y sus condiciones de vida.

1. Sociodemográficos

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DRSS HUSJDM ZAIR MARSO V. TORRES CONFIDENCIAL V3

2. Saneamiento básico
3. Salud
4. Accesibilidad

En conjunto, estos indicadores permiten una visión integral del estado de la demanda y sirven como base para la toma de decisiones en el ámbito sanitario.

Tabla 2 Tipo de Indicadores

SOCIODEMOGRAFICOS	• Estructura poblacional	• Edad • sexo	• Densidad poblacional
	• Tasa de pobreza	• PBI PERCAPITA	
	• Cambio Demográfico	• Tasa bruta de natalidad • Tasa de crecimiento demográfico (nacimientos/mortalidad y migración)	• Tasa global de fecundidad • Esperanza de vida al nacer
	• Nivel de escolaridad	• Nivel De Ingresos	• índice de desarrollo Humano
SANEAMIENTO BASICO	• % de familias que utilizan agua potable	• % de familias con alumbrado público	• % de establecimientos en buenas condiciones de expender alimentos
SALUD	• Tasa de Mortalidad	• General / por grupos etarios / por causas / por estratos	
	• Tasa de Morbilidad	• Tasa de prevalencia • Tasa de incidencia	
	• Factores de Riesgo	• Riesgo absoluto • Riesgo Relativo	
	• Incapacidad	• Tasa de restricción permanente o temporal según edad y sexo	• AVPP (años de vida potencialmente perdidos) • AVADS (años de vida ajustados por discapacidad)

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN HUSJDM CORRES CONFIDENCIAL V3

ACCESIBILIDAD	• Geográfica	• Distancia y presencia de medios de transporte
	• Económica	• Nivel de ingreso • Nivel de pobreza • Costos de la atención
	• Tiempo	• Distancia • Espera
	• índice	• Insatisfacción • Quejas
	• Costo	• Oportunidad

Fuente: Elaboración Equipo DPSS HUSJDMI

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN - DPSS HUSJDMI ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL

COMPONENTE UNIVERSITARIO (DOCENCIA–SERVICIO)

Dado que el Hospital Universitario San Juan de Dios – Materno Infantil cumple una función asistencial, docente e investigativa, el análisis de oferta no puede basarse exclusivamente en parámetros de productividad de un hospital no universitario.

Por esta razón, la metodología incorpora un Factor de Ajuste por Formación, que reconoce las particularidades del modelo docencia–servicio.

Factor de Ajuste por Formación

- El rendimiento por hora de talento humano suele ser inferior al estándar convencional debido a:
    - Supervisión académica
    - Procesos de enseñanza clínica
    - Discusión de casos
    - Validación permanente de decisiones asistenciales

Factor de Rendimiento Ajustado ≈ **0.7(hospital universitario)**
vs
1.0(hospital no universitario)

Justificación Técnica

Aunque el rendimiento horario es menor:

- La capacidad de resolución clínica aumenta.
- Se reduce la variabilidad inapropiada.
- Se mejora la adherencia a guías clínicas.
- Se fortalece la seguridad del paciente.

La presencia de especialistas en formación, residentes e internos, bajo supervisión, incrementa la capacidad global de atención, aunque no se refleje directamente en indicadores clásicos de productividad.

Implicación Metodológica

El factor académico:

- Ajusta la oferta efectiva sin penalizar injustamente al hospital.
- Evita conclusiones erróneas de ineficiencia.
- Reconoce el rol universitario como valor agregado del modelo asistencial.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUSJ MIZAR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

Ilustración 1 Flujo de la población en su paso por la necesidad y la demanda hasta llegar a utilizar o no utilizar los servicios



Fuente: Elaboración Equipo DPSS HUSJDMI

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DE USO EXCLUSIVO ZAIR MARIS
RES CONFIDENCIAL V3

Ilustración 2 Flujo DE LA NECESIDAD HACIA EL USO DEL SERVICIO



Fuente: Elaboración Equipo DPSS HUSJDMI

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUSJDMI MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

INFORMACIÓN REQUERIDA PARA EL CÁLCULO1

Variables de Oferta — Información requerida

Variables comunes a todos los grupos

JL	**Jornada laboral contratada por profesional (horas/día)**
DS	**Días laborales por semana**
SM	**Semanas laboradas al año**
TNA	**Tasa de tiempo no asistencial: reuniones, docencia, ausentismo, pausas**
DC	**Duración promedio por atención (minutos) según especialidad**
NP	**Número de profesionales por tipo (médicos, enfermeras, etc.)**
NC	**Número de ambientes físicos habilitados por servicio**
HD	**Horas disponibles del ambiente por día de apertura**
DA	**Días de apertura del servicio al año**

Variables específicas para Internación y UCI

NC_camas	**Número de camas por tipo**
IO	**Índice de ocupación proyectado o estándar técnico**
EP	**Estancia promedio en días por tipo de cama**

Variables específicas para Servicio Quirúrgico

NS	**Número de salas quirúrgicas**
TS	**Tiempo promedio por procedimiento quirúrgico (minutos)**
TR	**Tiempo de rotación entre cirugías (limpieza, preparación) en minutos**
FU_q	**Factor de utilización real de la sala (disponibilidad efectiva)**

Variables específicas para Apoyo Diagnóstico y Equipamiento

NE	**Número de equipos activos por tipo (ecógrafo, RX, endoscopio, etc.)**
TP	**Tiempo promedio por procedimiento en el equipo (minutos)**
HDE	**Horas disponibles del equipo por día**
DAE	**Días activos del equipo al año**

[1] Información tomada del documento de Propuesta de Metodología de Oferta y Demanda de Servicios de Salud - Equipo Técnico MSPS de la Dirección de Prestación de servicios de salud. 2026

FU_e	**Factor de disponibilidad efectiva (descuenta mantenimiento, fallas)**

Variables de Demanda — Información requerida

PT	**Población total del área de influencia del hospital**
TM	**Tasa de morbilidad / prevalencia / incidencia por evento de salud**
FU_teo	**Frecuencia de uso teórico (atenciones por persona afectada por año)**
CA	**Cobertura de aseguramiento (proporción de población afiliada)**
CB	**Factor de búsqueda/acceso real (barreras geog., culturales, econ.)**
TCP	**Tasa de crecimiento poblacional anual**
ΔTM	**Variación esperada en la tasa de morbilidad (tendencia epidemiológica)**

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUSJDM ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

Fórmulas de Estimación de la Oferta

La oferta se plantea estimar desde el talento humano y la infraestructura.

Oferta por Talento Humano

Horas Efectivas de Trabajo (HET)

Calcula las horas reales que un profesional destina a la atención directa, descontando vacaciones, festivos y tiempo administrativo:

$$HET = (JL \times DS \times SM) \times (1 - TNA)$$

JL Jornada laboral diária contratada (horas)

DS Días semanales trabajados

SM Semanas laboradas al año

TNA Tasa tiempo no asistencial

Consultas/Atenciones por Profesional (Cp)

$$Cp = HET \times (60 \div DC)$$

HET = Horas Efectivas de Trabajo

DC = duración promedio de la atención en minutos. Esta fórmula aplica para cada tipo de profesional y especialidad.

Oferta Total de Talento Humano

$$OTH = \Sigma (Cp_i \times NP_i) \quad \text{para } i = 1 \text{ a } n \text{ tipos de profesional}$$

Cp. = Consultas/Atenciones por Profesional

i = 1 a n tipos de profesional

NP = Número de profesionales del tipo “i” disponibles

Oferta por Infraestructura Física

Capacidad de Consultorios (Consulta Externa / Urgencias)

Aplica a todos los consultorios y unidades odontológicas y a los consultorios de urgencias:

$$OI_{cons} = (HD \times 60 \div DC) \times NC \times DA$$

HD Horas disponibles del consultorio por día

DC Duración consulta (min) según especialidad

NC Número consultorios habilitados por especialidad

DA Días de apertura al año (generalmente 250 o 365 días dependiendo del servicio)

60 Factor de conversión de horas a minutos

Capacidad de Ambientes de Apoyo Diagnóstico

Aplica a los ambientes del grupo de Apoyo Diagnóstico

$$OI_{apoyo} = (HD \times 60 \div TP) \times NA \times DA \times FU_e$$

NA = número de ambientes del mismo tipo.

TP = tiempo por procedimiento (minutos).

FU_e = factor de disponibilidad efectiva del ambiente (0.80 – 0.90).

Capacidad de Salas Quirúrgicas

Aplica al Servicio Quirúrgico con las 24 especialidades identificadas. Incorpora el tiempo de rotación entre procedimientos:

$$OI_{qx} = [(HD \times 60) \div (TS + TR)] \times NS \times DA \times FU_q$$

TS Tiempo promedio por procedimiento quirúrgico (min)

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN DPSS HUSJDM ZNR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

TR Tiempo de rotación sala (limpieza + alistamiento)

NS Número de salas quirúrgicas habilitadas por tipo

FU_q Factor de utilización real de la sala

Capacidad de Camas Hospitalarias (Internación)

Aplica a todas las modalidades de hospitalización: Calcula cuantos pacientes pueden ser atendidos en internación

Capacidad Efectiva (CE)

$$CE = NC_camas \times IO \times 365$$

NC_ Camas= **Número** de camas

IO **= índice** de **ocupación**

365 = Días de apertura al año

Egresos Estimados

$$Egresos = CE \div EP$$

CE = Capacidad Efectiva

EP = Estancia Promedio

Capacidad de Camas UCI y Unidad de Cuidados intermedios: nos permite determinar el flujo máximo de pacientes año

Capacidad Egresos UCI

$$CE_uci = NC_uci \times IO_uci \times 365$$

NC_ UCI = Número de camas UCI

IO = INDICE DE ocupación

365 = Días de apertura al año

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUSJDMI ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

Total Egresos UCI

$$Egresos_uci = CE_uci \div EP_uci$$

CE_UCI = Capacidad Egresos UCI

EP_UCI = Estancia Promedio UCI

Capacidad de Atención de Urgencias

Aplica a la sala de procedimientos de urgencias y a las camillas de observación por género y especialidad. Incorpora la rotación de camillas en sala de observación como medida de rendimiento:

$$O_urg = (HD_urg \times 60 \div T_obs) \times NC_cam \times 365$$

HD_urg = Horas disponibles del consultorio urgencias por día

60 = Factor de conversión de horas a minutos

T_obs = tiempo promedio de permanencia en camilla de observación (minutos).

NC_cam = número de camillas por área (mujeres, hombres, pediátrica, psiquiátrica).

365 = Días de apertura al año

Fórmulas de Estimación de la Demanda

La demanda se construye desde las necesidades de la población, ajustada por coberturas y acceso efectivo.

Demanda Potencial (DP)

Representa la necesidad teórica máxima si no existieran barreras de acceso ni restricciones del sistema:

$$DP = PT \times TM \times FU_teo$$

PT = Población del área de influencia del hospital

TM = Tasa de morbilidad por condición de salud y especialidad

FU_teo = Frecuencia de atención por persona afectada/año ((cuántas veces debería ser atendida una persona al año según los protocolos médicos).

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUSJDU ZNR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

Demanda Esperada Ajustada (DE): Determina el nuemero final de servicios requeridos

$$DE = DP \times CA \times CB$$

DP = Demanda Potencia (Número final de servicios requeridos)

CA = Cobertura de Aseguramiento (% de población que cuenta con seguro de salud)

CB = Factor de búsqueda y acceso real (ajuste según la capacidad real de la gente para buscar y recibir atención)

Demanda por Grupos Poblacionales

Cuando los servicios tienen demandas diferenciadas por edad, sexo o condición se desagrega:

$$DE_{total} = \Sigma (PT_i \times TM_i \times FU_i \times CA_i \times CB_i) \quad i = 1 \text{ a } n \text{ grupos}$$

PT_i = Población por grupo especifico

TM_i = Tasa de morbilidad (que tan seguido ocurre la enfermedad)

FU_i = frecuencia de atención por persona al año (cuántas veces va al médico alguien con esa condición).

Σ (Sigma)= Indica que se deben sumar los resultados de todos los grupos (del 1 al n).

CA_i = Cobertura de Aseguramiento): El porcentaje de la población que cuenta con seguro de salud.

i = 1 a n grupos

Demanda Específica por Grupo de Servicio

Demanda para Internación (D_hosp): Demanda de hospitalización (cuántas camas o ingresos se esperan).

$$D_{hosp} = PT \times TM_{hosp} \times TA$$

TM_hosp = Tasa de Morbilidad específica para casos que requieren hospitalización.

TA = Tasa de Atenciones o Admisión (probabilidad de que un caso resulte en ingreso).

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPCS HUSJDM ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

Demanda para Urgencias

$D_{urg} = PT \times TU$

PT = Población del área de influencia del hospital

TU = tasa de utilización de urgencias (consultas de urgencias por habitante/año).

Demanda para Servicio Quirúrgico

$D_{qx} = PT \times TM_{qx} \times FU_{qx}$

TM_qx = prevalencia de condiciones que requieren cirugía.

FU_qx = tasa de intervención quirúrgica esperada (procedimientos por persona afectada/año).

Demanda para Apoyo Diagnóstico

$D_{diag} = (OTH_{CE} + OTH_{urg} + OTH_{qx}) \times TR_{diag}$

$Ddiag = (OTHCE \times TRCE) + (OTHurg \times TRurg) + (OTHqx \times TRqx)$

OTH_CE = Número total de atenciones en consulta externa

OTH_urg = Número total de atenciones en el servicio de urgencias

OTH_qx = Número de procedimientos **quirúrgicos** (o pacientes **quirúrgicos**)

TR_diag = tasa de referencia a diagnóstico desde otros servicios (proporción de atenciones que generan una solicitud de examen). Ejemplo: el 40%–60% de las consultas externas generan al menos un examen de laboratorio.

Proyección de la Demanda

$DE_t = DE_0$

DE_t = Demanda esperada en el período proyectado

DE_0= Demanda observada o estimada en el período base

corresponde a un escenario estático (demanda constante en el tiempo), utilizado cuando:

No se modela crecimiento poblacional

No se incorpora cambio epidemiológico

No se espera variación en patrones de uso

En escenarios más complejos, DE_t puede ajustarse por crecimiento, envejecimiento o cambios en cobertura, pero aquí queda explícito que la demanda se mantiene constante.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN DISS IUSJOMI ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

Cálculo de Brechas

Las brechas permiten comparar capacidad instalada/oferta versus demanda estimada.

Brecha Absoluta (B)

$$B = OFERTA_TOTAL - DE$$

OFERTA_TOTAL = Capacidad total disponible del servicio

DE = Demanda estimada (en el mismo período y unidad)

Interpretación

- B > 0 → Superávit de oferta
- B = 0 → Equilibrio oferta–demanda
- B < 0 → Déficit de oferta (insuficiencia)

Unidad:

- Misma que la demanda (exámenes, atenciones, procedimientos, etc.)

Brecha Relativa (BR)

$$BR = [(OFERTA_TOTAL - DE) \div DE] \times 100$$

OFERTA_TOTAL = Capacidad total disponible del servicio

DE = Demanda estimada (en el mismo período y unidad)

Interpretación

BR > 0 % → Oferta excedente (porcentaje sobre la demanda)

BR = 0 % → Cobertura exacta

BR < 0 % → Déficit proporcional de oferta

Útil para: **Comparaciones entre territorios, Priorización de inversiones, Seguimiento en el tiempo**

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUSJDMI ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

Razón Oferta-Demanda (ROD)

ROD = OFERTA_TOTAL ÷ DE

OFERTA_TOTAL = Capacidad total disponible del servicio
DE = Demanda estimada (en el mismo período y unidad)

Interpretación

ROD > 1 → Oferta suficiente o excedente

ROD = 1 → Cobertura exacta

ROD < 1 → Oferta insuficiente

La ROD es especialmente útil como indicador sintético de cobertura.

Escenario de proyección de demanda ($DE_t = DE_0$)

Situación actual:

- Se declara un **escenario estático**, correctamente justificado.

“La presente metodología adopta un escenario estático de demanda ($DE_t = DE_0$) con fines de análisis de suficiencia instalada. La exclusión de escenarios dinámicos (crecimiento poblacional, transición epidemiológica, cambios en cobertura o políticas) obedece a que el objetivo del estudio es evaluar la adecuación estructural y operativa de la oferta existente en el corto plazo.”

- . Factor de ajuste universitario (0.7)

Situación actual:

- El factor se menciona correctamente, pero **no se integra formalmente a una fórmula**.

$$OTH_{ajustada} = OTH \times F_{acad}$$

Donde:

- $F_{acad} = 0.7$para servicios con docencia activa
- $F_{acad} = 1.0$para servicios no formativos

El ajuste se aplica únicamente a las horas asistenciales directas, no a la infraestructura.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN HSS HUSJDM ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

Umbrales técnicos (rangos de referencia)

Algunos indicadores se mencionan (ej. ocupación ideal 85 %), pero no siempre con rango explícito.

Tabla 3 rangos aceptables por indicador:

INDICADOR	BAJO	ÓPTIMO	RIESGO
OCUPACIÓN CAMAS	<70 %	75–85 %	>90 %
GIRO DE CAMA	Bajo	Esperado por servicio	Excesivo
RENDIMIENTO THS	<0.6	0.7–0.9	>1.0

Fuente: Elaboración propia equipo DPSS-HUSJDMI

Brechas: distinguir brecha estructural vs operativa

Actualmente:

- La brecha combina capacidad e indicadores operativos.

Diferenciar

- Brecha estructural → Infraestructura / dotación
- Brecha operativa → Organización, turnos, rendimiento, oportunidad

SUPUESTOS Y LIMITACIONES DE LA METODOLOGÍA

El desarrollo y aplicación de la metodología se fundamenta en los siguientes supuestos explícitos:

1. **Escenario estático de demanda:** Se asume que la demanda esperada en el período de análisis corresponde a la demanda estimada en el período base ($DE_t = DE_0$). Este supuesto implica estabilidad en:
    - El tamaño y composición de la población atendida.
    - El perfil epidemiológico.
    - Los patrones de utilización de los servicios.

Este enfoque es pertinente para análisis de suficiencia estructural y operativa de corto plazo, orientados a evaluar la adecuación de la capacidad instalada existente.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN DPSS HUSJDMI ZAIR MARISOL TORRES C

2. **Validez y estabilidad de los estándares técnicos:** Se asume que los estándares normativos y de gestión hospitalaria utilizados (habilitación, productividad, tiempos promedio, índices de ocupación) reflejan condiciones técnicas vigentes y aplicables al contexto institucional del HUSJDMI.
3. **Confiabilidad de las fuentes de información:** La metodología parte del supuesto de que los sistemas de información utilizados (RIPS, SISPRO, SIVIGILA, RUAF, REPS, registros institucionales) contienen datos consistentes, completos y representativos del comportamiento real de la oferta y la demanda de servicios.
4. **Homogeneidad operativa por tipo de servicio:** Se asume que, dentro de cada servicio o unidad funcional, los tiempos promedio de atención, el rendimiento del talento humano y las condiciones operativas son suficientemente homogéneos para permitir el uso de valores promedio en el modelado.
5. **Aplicación diferenciada del componente universitario:** En el marco de la función docencia–servicio, se asume que el impacto del componente académico se refleja principalmente en el rendimiento horario del talento humano, sin afectar de manera directa la capacidad física instalada ni la dotación tecnológica.

Limitaciones de la Metodología

A pesar de su robustez técnica, la metodología presenta las siguientes limitaciones, las cuales deben ser consideradas en la interpretación de los resultados:

1. **Ausencia de escenarios dinámicos de proyección**
   No se incorporan modelos de crecimiento poblacional, envejecimiento, transición epidemiológica o cambios en cobertura y aseguramiento. En consecuencia, los resultados no deben extrapolarse directamente a horizontes de mediano o largo plazo sin ajustes complementarios.
2. **Dependencia de la calidad del registro administrativo**
   La estimación de la oferta y de la demanda expresada depende de la calidad de los registros institucionales. Eventuales subregistros, rezagos en el reporte o inconsistencias en la codificación pueden incidir en la precisión de los resultados.
3. **Limitada cuantificación de la demanda oculta**
   La demanda no atendida o insatisfecha se aproxima a través de listas de espera e indicadores de oportunidad, lo que puede subestimar necesidades reales no expresadas formalmente en el sistema.
4. **Predominio de un enfoque cuantitativo**
   La metodología prioriza indicadores cuantitativos de capacidad, utilización y suficiencia. Variables cualitativas como la experiencia del usuario, la complejidad clínica de los casos o la percepción de calidad no se incorporan directamente en el cálculo de brechas.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN DPSS HUSJDM ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

5. **Uso de promedios operativos**
   El empleo de promedios en tiempos de atención, estancias hospitalarias y rendimiento puede ocultar variaciones relevantes asociadas a turnos, profesionales, estacionalidad o complejidad diferencial de los casos atendidos.

Alcance Interpretativo del Análisis

En consideración a los supuestos y limitaciones descritos, los resultados derivados de la presente metodología deben interpretarse como:

- Un instrumento técnico de diagnóstico de suficiencia y balance oferta–demanda.
- Un insumo para la planeación institucional, la reorganización operativa y la priorización de inversiones.
- Una base metodológica susceptible de ampliación mediante análisis prospectivos, modelación dinámica y evaluaciones de impacto en estudios posteriores.

DISPOSICIÓN PARA APROBACIÓN INTERNA Y USO INSTITUCIONAL

La presente Metodología de Análisis de Oferta y Demanda de Servicios de Salud del Hospital Universitario San Juan de Dios – Materno Infantil (HUSJDMI) se adopta como instrumento técnico institucional de referencia para los procesos de planeación, evaluación de suficiencia y toma de decisiones relacionadas con la gestión de la capacidad instalada y la atención de la población.

Alcance de la Aprobación Interna

La aprobación interna de esta metodología implica que:

- Es el marco metodológico oficial para la realización de estudios de oferta y demanda en el HUSJDMI.
- Debe ser utilizada por las dependencias responsables de:
  - Planeación institucional
  - Prestación de servicios
  - Gestión del talento humano
  - Análisis de capacidad instalada

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUSJDMI ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

- Sirve como soporte técnico obligatorio para:
    - Identificación y priorización de brechas
    - Sustento de reorganizaciones operativas
    - Justificación técnica de necesidades de inversión
    - Análisis de suficiencia frente a estándares de habilitación

Límites del Uso Institucional

La adopción de esta metodología no implica, por sí sola:

- La aprobación automática de proyectos de inversión.
- La autorización directa de ampliaciones de servicios.
- La sustitución de estudios financieros, jurídicos o arquitectónicos.
- La definición de políticas institucionales sin validación directiva.

Los resultados derivados de su aplicación deben considerarse insumos técnicos, sujetos a análisis y validación por las instancias decisorias correspondientes.

Vigencia y Actualización

- La metodología tendrá vigencia a partir de su aprobación interna formal.
- Deberá ser revisada y actualizada cuando se presenten:
    - Cambios normativos relevantes.
    - Modificaciones sustanciales en el modelo de atención.
    - Transformaciones significativas en la red de servicios o el rol institucional del hospital.
- Cualquier ajuste deberá ser documentado y aprobado mediante los canales institucionales definidos.

Responsabilidad Institucional

La correcta aplicación, interpretación y uso de los resultados derivados de esta metodología será responsabilidad de las áreas técnicas designadas, garantizando que:

- Los análisis se realicen conforme a los supuestos y limitaciones definidos.
- Las conclusiones se utilicen de manera coherente con el alcance metodológico.
- Las decisiones estratégicas cuenten con sustentación técnica clara y verificable.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPCS HUSJDM ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

ANEXO No. 1 PROYECTO DE RESOLUCIÓN INTERNA

PROYECTO DE RESOLUCIÓN INTERNA
(Acto administrativo de adopción de la metodología)

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS – MATERNO INFANTIL
RESOLUCIÓN No. ___ DE 2026

(Por medio de la cual se adopta la Metodología de Análisis de Oferta y Demanda de Servicios de Salud del HUSJDMI)
La Dirección del Hospital Universitario San Juan de Dios – Materno Infantil, en uso de sus facultades legales y estatutarias, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia establece la salud como un servicio público esencial a cargo del Estado.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 consagra la salud como un derecho fundamental e impone a las instituciones prestadoras de servicios de salud el deber de garantizar el acceso efectivo, oportuno y con calidad.

Que la Resolución 3100 de 2019 y demás normas concordantes establecen los estándares de habilitación y suficiencia de la oferta de servicios de salud.

Que el Hospital Universitario San Juan de Dios – Materno Infantil, en cumplimiento de su misión institucional y su rol dentro de la red de servicios de salud, requiere contar con herramientas técnicas estandarizadas que soporten la planeación, evaluación y toma de decisiones estratégicas.

Que la Dirección de Prestación de Servicios de Salud, con el apoyo de la dependencia de Planeación y Gestión, formuló la **Metodología de Análisis de Oferta y Demanda de Servicios de Salud**, como instrumento técnico institucional.

Que dicho documento fue revisado y validado técnicamente por las dependencias competentes.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO.

Adoptar la Metodología de Análisis de Oferta y Demanda de Servicios de Salud del Hospital Universitario San Juan de Dios – Materno Infantil, como instrumento técnico

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN DPSS HUSJDMI LAP MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

institucional para la planeación, análisis de suficiencia y evaluación de la capacidad instalada.

ARTÍCULO SEGUNDO.

La metodología adoptada será de aplicación obligatoria para las dependencias responsables de la planeación, prestación y gestión de los servicios de salud, y constituirá insumo técnico para la toma de decisiones estratégicas.

ARTÍCULO TERCERO.

Adoptar como parte integral de la presente resolución el **Anexo No. X – Matriz RACI de Responsabilidades**, el cual define los roles y responsabilidades de las dependencias institucionales en la aplicación de la metodología.

ARTÍCULO CUARTO.

La aplicación de la metodología no implica la aprobación automática de inversiones, aperturas de servicios o modificaciones estructurales, las cuales deberán surtir los trámites administrativos, financieros y técnicos correspondientes.

ARTÍCULO QUINTO.
La presente metodología tendrá vigencia a partir de su expedición y deberá actualizarse cuando se presenten cambios normativos, institucionales o del modelo de atención que así lo ameriten.

ARTÍCULO SEXTO.

La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Dada en Bogotá D.C., a los ___ días del mes de _____ de 2026.

Director Hospital Universitario San Juan de Dios – Materno Infantil

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUSJDMI ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

ANEXO No. 2 MATRIZ RACI DE RESPONSABILIDADES

El presente anexo forma parte integral de la **Resolución No. ___ de 2026** y define la asignación de responsabilidades institucionales para la aplicación de la Metodología de Análisis de Oferta y Demanda de Servicios de Salud del HUSJDMI, bajo el modelo **RACI**.

Definiciones

- R (Responsible): Ejecuta directamente la actividad.
- A (Accountable): Autoridad responsable final.
- C (Consulted): Aporta y valida información técnica.
- I (Informed): Recibe información sobre resultados.

Matriz RACI Institucional

Dependencia	Rol
Dirección General / Dirección (E)	A
Dirección de Prestación de Servicios de Salud	A / R
Secretaría General	I
Planeación y Gestión	R
Subdirección de Servicios Hospitalarios	C
Subdirección de Servicios Ambulatorios	C
Subdirección de Urgencias	C
Subdirección de Apoyo Terapéutico	C
Subdirección de Atención Primaria / Sociosanitaria	C
Talento Humano	C
Tecnología Biomédica / Ingeniería Hospitalaria	C
Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente	C

Disposición Final

Las dependencias aquí relacionadas deberán cumplir las funciones asignadas conforme a este anexo, sin perjuicio de las responsabilidades establecidas en otras disposiciones internas.

Firma de validación técnica

Dirección de Prestación de Servicios de Salud

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUSJDMI ZAIR MA OL TORRES CONFIDENCIAL 13

ANEXO No.3 NTEGRACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE OFERTA Y DEMANDA AL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN – MIPG Hospital Universitario San Juan de Dios – Materno Infantil (HUSJDMI)

IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Ítem	Descripción
Nombre del instrumento	Metodología de Análisis de Oferta y Demanda de Servicios de Salud
Tipo de instrumento	Metodología institucional
Sistema de gestión	Sistema Integrado de Gestión – SIG / MIPG
Proceso SIG asociado	Planeación Institucional
Macroproceso	Direccionamiento Estratégico
Dependencia líder	Dirección de Prestación de Servicios de Salud
Dependencia responsable	Planeación y Gestión
Ámbito de aplicación	Institucional
Vigencia	A partir de su adopción mediante resolución interna
Versión	3 – 2026

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUSJDMI ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

1. POLÍTICA(S) MIPG ASOCIADA(S)

La Metodología de Análisis de Oferta y Demanda de Servicios de Salud se articula directamente con las siguientes políticas de gestión y desempeño del MIPG:

- Política de Direccionamiento Estratégico y Planeación
- Política de Gestión del Talento Humano
- Política de Gestión con Valores para Resultados
- Política de Evaluación de Resultados
- Política de Información y Comunicación
- Política de Control Interno

2. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO (FORMATO SIG)

Establecer un marco metodológico técnico y estandarizado para el análisis de la suficiencia, capacidad instalada y balance entre la oferta y la demanda de servicios de salud del Hospital Universitario San Juan de Dios – Materno Infantil, que sirva como insumo obligatorio para la planeación institucional, la reorganización operativa y la toma de decisiones estratégicas, en coherencia con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

3. ALCANCE (FORMATO SIG)

La metodología aplica a todos los servicios habilitados del Hospital Universitario San Juan de Dios – Materno Infantil y es de obligatorio uso para los análisis de oferta y demanda que sustenten:

- Planeación de servicios
- Evaluación de suficiencia institucional
- Identificación de brechas técnicas
- Soporte técnico para decisiones directivas

No sustituye estudios financieros, jurídicos o de infraestructura, sino que los complementa como insumo técnico.

4. RESPONSABLES (ALINEADO AL SIG – RACI)

Rol SIG	Dependencia
Responsable (R)	Planeación y Gestión
Aprobador (A)	Dirección de Prestación de Servicios de Salud / Dirección General
Consultados (C)	Subdirecciones asistenciales, Talento Humano, Tecnología Biomédica, Calidad
Informados (I)	Secretaría General

5. ENTRADAS Y SALIDAS (GESTIÓN POR PROCESOS – SIG)

Entradas

- RIPS
- SISPRO
- SIVIGILA
- Registros institucionales
- Inventarios de talento humano, infraestructura y tecnología
- Normativa vigente

Salidas

- Estimación de oferta y demanda
- Identificación de brechas técnicas
- Indicadores de suficiencia
- Informes de planeación
- Insumos para decisiones directivas

6. INDICADORES DE SEGUIMIENTO (SIG / MIPG)

- Índice de ocupación
- Giro de cama
- Oportunidad de atención
- Rendimiento del talento humano

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION DPSS HUSJDM ZAIR MARICOL TORRES CONFIDENCIAL V3

- Razón Oferta–Demanda (ROD)
- Brecha absoluta y relativa

7. ARTICULACIÓN CON EL CICLO PHVA – MIPG

Etapa PHVA	**Aplicación de la metodología**
Planear	Estimación de oferta y demanda
Hacer	Uso de resultados en planeación
Verificar	Seguimiento de indicadores
Actuar	Ajustes operativos o estratégicos

II. MATRIZ DE EVIDENCIAS MIPG

(Qué documento soporta qué política – lista para control interno y auditoría)

MATRIZ DE EVIDENCIAS

Tabla 4 Metodología de Oferta y Demanda – HUSJDMI

POLÍTICA MIPG	ELEMENTO DE LA POLÍTICA	DOCUMENTO / EVIDENCIA	UBICACIÓN DEL SOPORTE
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	Planeación basada en evidencia	Metodología de Oferta y Demanda	Documento principal
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	Identificación de brechas	Análisis de brechas técnicas	Capítulo de Brechas
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Planeación de cargas laborales	Modelo de oferta por THS	Capítulo Oferta
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Uso eficiente del THS	Indicador de rendimiento	Matriz de indicadores
GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS	Orientación al ciudadano	Indicadores de oportunidad y suficiencia	Matriz de balance
EVALUACIÓN DE RESULTADOS	Seguimiento a desempeño	Indicadores de ocupación, giro y ROD	Dashboard / Informe técnico
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Uso de información oficial	RIPS, SISPRO, SIVIGILA	Fuentes de información
CONTROL INTERNO	Definición de responsabilidades	Matriz RACI	Anexo RACI
CONTROL INTERNO	Delimitación de alcances	Supuestos y limitaciones	Cierre metodológico
CONTROL INTERNO	Acto de adopción formal	Resolución interna	Archivo SIG
GESTIÓN INTEGRAL DEL SIG	Articulación por procesos	Integración al mapa de procesos	Documento SIG

MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

Anexo 4: LISTA DE VERIFICACIÓN (CHECKLIST) MIPG

Auditoría Interna – Metodología Oferta y Demanda

Esta lista está diseñada para auditoría interna, control interno o acompañamiento MIPG.

CHECKLIST MIPG – PLANEACIÓN Y GESTIÓN

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN DE HUSJDMI ZAIR MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3

A. DIMENSIÓN: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

Ítem	Criterio	Cumple	Evidencia
1	Existe metodología formal adoptada	☐	Resolución interna
2	Planeación basada en evidencia	☐	Metodología aprobada
3	Identificación técnica de brechas	☐	Capítulo de brechas
4	Uso para toma de decisiones	☐	Actas / informes

B. DIMENSIÓN: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Ítem	Criterio	Cumple	Evidencia
5	Cálculo de capacidad del THS	☐	Modelo de oferta
6	Identificación de cargas laborales	☐	Indicador rendimiento
7	Reconoce rol universitario	☐	Factor docencia-servicio

C. DIMENSIÓN: GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS

Ítem	Criterio	Cumple	Evidencia
8	Evaluación de oportunidad	☐	Indicadores
9	Enfoque en suficiencia del servicio	☐	Matriz de balance

D. DIMENSIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Ítem	Criterio	Cumple	Evidencia
10	Indicadores definidos	☐	Dashboard / informe
11	Seguimiento periódico	☐	Reportes gestión

E. DIMENSIÓN: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Ítem	Criterio	Cumple	Evidencia
12	Uso de fuentes oficiales	☐	RIPS, SISPRO, SIVIGILA
13	Trazabilidad documental	☐	SIG / gestión documental

F. DIMENSIÓN: CONTROL INTERNO

Ítem	Criterio	Cumple	Evidencia
14	Supuestos y límites definidos	☐	Capítulo metodológico
15	Roles claramente definidos	☐	Anexo RACI
16	Acto administrativo formal	☐	Resolución
17	No se confunden insumo técnico y decisión	☐	Disposición final

RESULTADO DE AUDITORÍA

- Nivel de cumplimiento: ☐ Alto ☐ Medio ☐ Bajo
- Hallazgos:
- Observaciones:
- Acciones de mejora propuestas:

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN DPSS HUSJDMI ZA MARISOL TORRES CONFIDENCIAL V3