

Calidez y excelencia en nuestros servicios

INFORME DE GESTIÓN

Vigencia 2025

Clínica Medicauca

(604) 322 96 39

notificaciones@medicauca.com



Contenido

Autores	3
Palabras de la gerente	4
1. Introducción	5
2. Resultados de la gestión	6
2.1. Modelo de atención en salud	6
2.2. Sistema Integrado de Gestión	6
2.3. Proyectos e inversiones	16
3. Atención en salud	16
3.1. Morbilidad y mortalidad intrahospitalaria	16
3.2. Indicadores de calidad	18
4. Gestión financiera	19
4.1. Suficiencia patrimonial y financiera	22
4.2. Negocio en marcha	22
5. Riesgos del negocio	23
6. Objetivos para el año 2026	28

Autores

Nombre	Cargo
Emy Palma Villamizar	Gerente general
Neiver Polo Banquet	Jefe de gestión financiera
Santiago Osorio Gómez	Coordinador médico
Daniela Vergara Arroyo	Coordinadora de calidad
Oscar Arrieta Uribe	Coordinador del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

Palabras de la gerente

Como Gerente General de la Clínica Medicauca, me permito presentar este informe como reflejo del trabajo, la dedicación y el compromiso de todo el equipo humano que hace parte de nuestra institución.

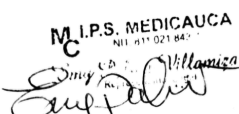
El año 2025 representó un periodo de grandes retos para el sector salud, marcado por cambios normativos, incertidumbre en el entorno político y dificultades en la dinámica del sistema. Sin embargo, estos desafíos también se convirtieron en una oportunidad para demostrar la capacidad de adaptación, resiliencia y fortalecimiento institucional.

Quiero destacar de manera especial el trabajo en equipo como uno de los pilares fundamentales que permitió alcanzar los resultados presentados en este informe. Cada colaborador, desde su rol, contribuyó de manera significativa al cumplimiento de los objetivos institucionales, manteniendo siempre el enfoque en la calidad de la atención y el bienestar de nuestros usuarios.

El compromiso constante por mejorar se evidenció en la implementación de estrategias orientadas a optimizar los procesos, fortalecer la seguridad del paciente, mejorar la experiencia del usuario y garantizar la sostenibilidad de la institución. A pesar de las limitaciones externas, la organización logró avanzar de manera firme en sus propósitos, consolidando una cultura de mejora continua.

Reconozco y agradezco el esfuerzo del talento humano, cuyo profesionalismo y vocación de servicio han sido determinantes para mantener la confianza de nuestros usuarios y posicionar a la institución como un referente en la prestación de servicios de salud en la región.

Reitero nuestro compromiso de seguir trabajando con responsabilidad, ética y sentido humano, afrontando los desafíos del entorno con estrategias claras que nos permitan continuar fortaleciendo la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad institucional.


Emy Palma Villamizar
Gerente General

1. Introducción

El presente Informe de Gestión correspondiente a la vigencia 2025 expone de manera integral los principales resultados alcanzados por la institución, evidenciando una gestión orientada al fortalecimiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud, la sostenibilidad institucional y la mejora continua de los procesos.

Durante el año 2025, la organización consolidó avances significativos en la implementación y actualización del modelo de atención en salud, logrando estructurar rutas integrales que optimizan la prestación del servicio y garantizan una atención organizada, oportuna y centrada en el usuario. Este enfoque permitió fortalecer la articulación entre los procesos asistenciales y administrativos, impactando positivamente en la experiencia del paciente.

En el ámbito del Sistema Integrado de Gestión, se destacan resultados favorables en el Sistema de Gestión de Calidad, reflejados en el cumplimiento de estándares habilitantes, el fortalecimiento de la seguridad del paciente y los avances en la ejecución del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), bajo el enfoque de mejora continua. Así mismo, se evidenció una baja ocurrencia de eventos adversos y un compromiso institucional en la promoción de prácticas seguras en la atención.

En relación con la atención al usuario, se lograron avances importantes en la gestión de PQRSF, la implementación de estrategias de optimización de citas, la priorización de poblaciones vulnerables y el fortalecimiento de la participación social en salud. Estas acciones contribuyeron a mejorar la percepción del servicio, evidenciado en niveles favorables de satisfacción del usuario y en la reducción progresiva de inconformidades durante el segundo semestre del año.

Desde el punto de vista operativo y de infraestructura, se priorizaron inversiones estratégicas orientadas a garantizar la continuidad del servicio, mejorar la capacidad instalada y cumplir con los estándares normativos, generando condiciones más seguras y adecuadas tanto para los usuarios como para el talento humano.

En materia financiera, la institución mantuvo condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, asegurando la viabilidad del negocio en marcha, pese a los desafíos del entorno sectorial, especialmente aquellos relacionados con el comportamiento de las EPS y el flujo de recursos.

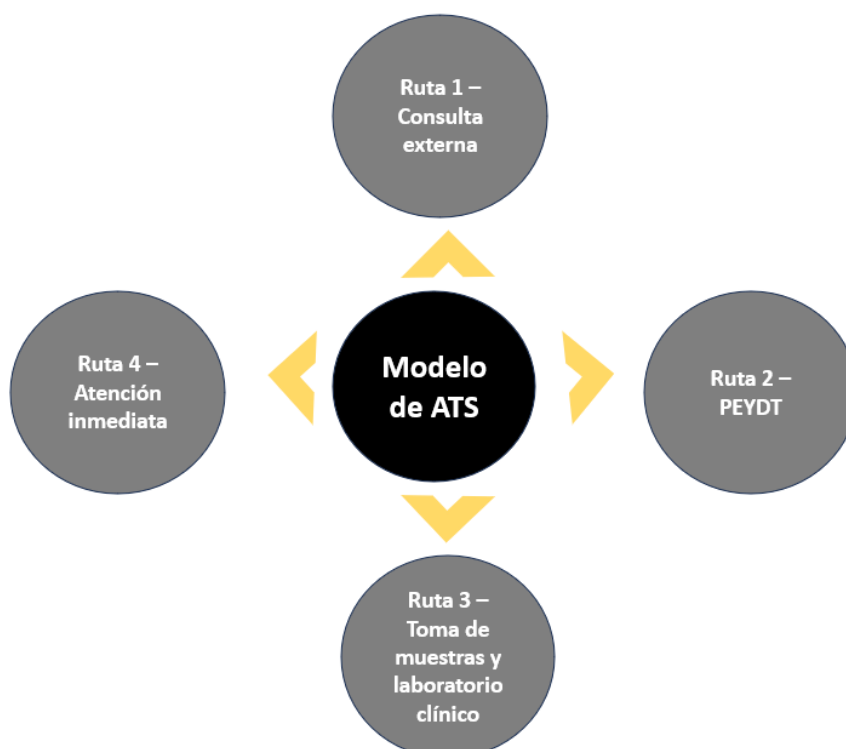
De manera general, los resultados obtenidos durante la vigencia 2025 reflejan una gestión sólida, con avances significativos en calidad, seguridad, eficiencia operativa y satisfacción del usuario, evidenciando el compromiso institucional con la excelencia en la prestación de los servicios de salud y el mejoramiento continuo.

2. Resultados de la gestión

2.1. Modelo de atención en salud

Durante la vigencia 2025 se actualizaron las rutas establecidas del modelo de atención en salud y los procedimientos asociados, las cuales son:

1. Ruta de consulta externa
2. Ruta de protección específica y detección temprana
3. Ruta de toma de muestras y laboratorio clínico
4. Ruta de atención inmediata



Cada una de estas rutas de atención en salud adoptadas por la IPS permiten la ejecución del modelo de atención de manera ordenada y eficiente, las cuales organizan una serie de servicios afines y específicos, el talento humano y sus recursos disponibles en consideración de las necesidades de los pacientes y clientes, el sistema normativo colombiano y los objetivos institucionales. Su función principal es la de organizar y estandarizar cada una de las etapas de la atención a los pacientes: 1). Planeación de la atención; 2). Ingreso a los servicios; 3). Atención en salud; 4). Egreso del servicio.

2.2. Sistema Integrado de Gestión

2.2.1. Sistema de gestión de calidad

Durante la vigencia 2025, la institución alcanzó avances significativos en la consolidación del Sistema de Gestión de Calidad, evidenciando resultados positivos en diferentes componentes estratégicos:

- Fortalecimiento de la seguridad del paciente, reflejado en la baja ocurrencia de eventos adversos y la implementación de estrategias orientadas a la prevención de riesgos en la atención en salud
- Cumplimiento de los tiempos de oportunidad en la atención, manteniéndose dentro de los estándares institucionales establecidos en los diferentes servicios asistenciales.
- Desarrollo y seguimiento de planes de mejoramiento, con avances en su ejecución, especialmente en aquellos derivados de auditorías externas.
- Resultados favorables en auditorías externas, evidenciando cumplimiento de los estándares de calidad y compromiso institucional con la mejora continua.
- Fortalecimiento del programa de seguridad del paciente, mediante la realización de capacitaciones, rondas de seguridad y seguimiento a eventos adversos e incidentes.
- Consolidación de los comités institucionales como espacios activos de análisis, seguimiento y toma de decisiones de cada proceso.
- Mejoramiento en la gestión de la experiencia del usuario, a través del seguimiento a la satisfacción y la gestión de PQRSF desde SIAU, promoviendo la participación activa de los usuarios mediante la Liga de Usuarios.
- Implementación de acciones orientadas al control de procesos tercerizados, mediante auditorías internas a proveedores, fortaleciendo el seguimiento y control institucional.
- Cumplimiento del Sistema Único de Habilitación, mediante el reporte oportuno de novedades en el REPS y el mantenimiento de las condiciones exigidas para la prestación de los servicios de salud.
- Implementación y cumplimiento del PAMEC (Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad),

Programa de seguridad del paciente

Durante la vigencia 2025, el Programa de Seguridad del Paciente se mantuvo activo y articulado con los procesos institucionales, desarrollando acciones orientadas a la promoción de una cultura de seguridad, la prevención de eventos adversos y la gestión del riesgo en la atención en salud.

En el marco de su implementación, se llevaron a cabo actividades de promoción y prevención, enfocadas en el fortalecimiento de prácticas seguras dentro de los servicios asistenciales. De manera complementaria, se realizó seguimiento continuo mediante la revisión sistemática de eventos adversos e incidentes reportados, así como el análisis de procesos que pudieran impactar la seguridad del paciente, incluyendo la actualización de documentos institucionales, protocolos y lineamientos relacionados.

Como resultado del proceso de vigilancia y monitoreo, durante el periodo evaluado se identificaron un total de tres (3) eventos adversos reportados, asociados principalmente a:

- Administración de medicamentos
- Fuga de pacientes
- Uso inadecuado de dispositivos médicos

Estos eventos fueron objeto de análisis con el fin de identificar causas, establecer acciones de mejora y prevenir su recurrencia.

Adicionalmente, se desarrollaron jornadas de capacitación dirigidas al talento humano asistencial, en las cuales se abordaron temas clave como:

- Socialización del protocolo de gestión de eventos adversos
- Conceptos fundamentales de seguridad del paciente
- Lineamientos para la gestión y reporte de eventos adversos

- Obligatoriedad del programa de seguridad del paciente
- Política nacional de seguridad del paciente
- Buenas prácticas obligatorias en la atención en salud
- Estrategias para la implementación del programa a nivel institucional

Como complemento a estas actividades, se realizaron rondas de seguridad del paciente, orientadas a la verificación en campo del cumplimiento de prácticas seguras. Dentro de los principales hallazgos identificados se destacan:

- Incumplimiento parcial en la técnica de lavado de manos, sin ejecución completa de los pasos establecidos
- Presencia de alhajas en el personal asistencial, lo cual incrementa el riesgo de infecciones
- Falta de rotulación adecuada de medicamentos en algunos casos
- Barandas de camas en posición baja en pacientes con riesgo de caída

Estos hallazgos permitieron identificar oportunidades de mejora en la adherencia a protocolos institucionales y reforzar las acciones de seguimiento y capacitación.

Adicionalmente, se desarrollaron actividades orientadas a la promoción de buenas prácticas de seguridad del paciente, priorizando aspectos fundamentales en la atención, tales como:

- Identificación correcta del paciente en los procesos asistenciales
- Administración segura de medicamentos
- Adherencia al lavado de manos
- Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud
- Identificación adecuada de muestras de laboratorio
- Fortalecimiento del reporte de eventos adversos e incidentes

Estas acciones contribuyeron al fortalecimiento de la cultura institucional en seguridad del paciente, promoviendo la participación del talento humano y la adopción de prácticas seguras en la atención.

En términos generales, se evidencia una gestión activa y estructurada del programa durante la vigencia 2025, con resultados favorables; no obstante, se hace necesario continuar fortaleciendo las estrategias de capacitación, adherencia a protocolos y cultura de reporte, con el fin de garantizar la mejora continua y la minimización de riesgos en la atención

Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC)

El PAMEC 2025 se ejecutó con enfoque de seguridad del paciente y se desarrolló la ruta crítica donde se priorizaron diferentes estándares. Para su implementación se realizaron actividades previas de sesiones de capacitación y promoción del programa, dirigidas al personal asistencial y administrativo de la institución. Estas actividades tuvieron como finalidad fortalecer el conocimiento del programa, sensibilizar a los colaboradores frente a la importancia de la calidad en la atención y fomentar la cultura de seguridad del paciente.

Se implementaron estrategias como capacitaciones, actualización documental, auditorías internas y seguimiento de indicadores, bajo el enfoque de mejora continua (ciclo PHVA: Planear, Hacer, Verificar y Actuar).

Se identificaron y priorizaron 4 estándares clave correspondientes a:

Socialización de temas de seguridad del paciente

Se llevaron a cabo jornadas de capacitación y sensibilización dirigidas a los colaboradores de la institución, abordando temas clave como cultura de seguridad, reporte de eventos adversos y prácticas seguras en la atención.

Estas actividades permitieron fortalecer el conocimiento del personal, promover la notificación de incidentes y generar mayor compromiso con la seguridad del paciente.

Definición e implementación del sistema de análisis de eventos adversos (Protocolo de Londres)

Se definió e implementó el Protocolo de Londres como herramienta institucional para el análisis de eventos adversos. Este enfoque permitió identificar causas raíz, factores contribuyentes y oportunidades de mejora.

La aplicación del protocolo facilitó la toma de decisiones basadas en evidencia y la formulación de planes de mejora orientados a prevenir la recurrencia de eventos.

Actualización e implementación de protocolos de enfermería

Se realizó la revisión, actualización e implementación de los protocolos de enfermería, garantizando su alineación con guías de práctica clínica y normatividad vigente.

Esto permitió estandarizar los procedimientos, mejorar la calidad del cuidado y reducir la variabilidad en la atención, impactando positivamente en la seguridad del paciente.

Implementación del protocolo para el manejo de reanimación cardiopulmonar (RCP)

Se fortaleció la capacidad de respuesta ante emergencias mediante la actualización del protocolo institucional de RCP, sin embargo, la fase de implementación del protocolo no se completó en su totalidad, quedando pendiente la socialización formal y capacitación del personal asistencial, así como su despliegue operativo en los diferentes servicios.

El desarrollo del PAMEC 2025 permitió consolidar estrategias orientadas al mejoramiento continuo de la calidad y la seguridad del paciente. La priorización de estándares clave facilitó intervenciones específicas con impacto significativo en la atención.

Se evidencia un avance en la apropiación de la cultura de seguridad, así como en la implementación de prácticas seguras y herramientas de gestión del riesgo. No obstante, se hace necesario continuar fortaleciendo los procesos de seguimiento y evaluación para garantizar la sostenibilidad de las mejoras implementadas.

Sistema de información y atención al usuario

Gestión de pqrsf

La gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF) garantiza la adecuada recepción, análisis y respuesta oportuna de las manifestaciones realizadas por los usuarios. Los canales de recepción disponibles son: buzones físicos de sugerencias (Sede Principal y Sede Mineros, abiertos tres veces por semana), atención telefónica, comunicación presencial, correspondencia escrita y correo electrónico. Toda manifestación es registrada en una base de datos que permite mantener su trazabilidad.

Durante la vigencia 2025 se recibieron un total de 122 manifestaciones PQRSF en ambas sedes. La tipología predominante fueron las quejas con 106 casos (87% del total), seguidas de las peticiones con 7, las felicitaciones con 4 y los reclamos con 5. No se registraron sugerencias formales durante el año.

Las principales causas de quejas identificadas durante el año fueron:

- Call center: demoras en la asignación de citas medicina general.
- Laboratorio: comunicación inoportuna con pacientes, para la realización de toma de muestra

- Odontología: modificación de horarios de cita sin previo aviso e inconsistencias en procesos de admisión.
- Atención al usuario: inconformidades relacionadas con tiempos de espera.

Es importante destacar que los meses de julio y agosto concentraron el mayor volumen de manifestaciones con 16 casos cada uno, seguidos de septiembre con 14 y abril con 14. Hacia noviembre y diciembre se evidenció una reducción significativa, cerrando con solo 7 y 2 casos respectivamente, lo que refleja el impacto positivo de las acciones de mejora implementadas durante el segundo semestre del año.

Participación social en salud

La Participación Social en Salud constituye un eje fundamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en tanto promueve la intervención activa de los ciudadanos en los procesos de planeación, gestión, control y evaluación de los servicios de salud. MEDICAUCA S.A.S., a través del SIAU se desarrollaron durante la vigencia 2025 diversas acciones orientadas al fortalecimiento de la participación ciudadana, conforme a los lineamientos de la Resolución 2063 de 2017, dentro de las cuales se encuentran:

Charlas educativas en sala de espera

Se llevaron a cabo charlas educativas dirigidas a usuarios y acompañantes en las salas de espera de ambas sedes, como estrategia principal de información y formación. Los temas abordados fueron:

- Derechos y deberes de los pacientes: orientación sobre el conocimiento, ejercicio y defensa de los derechos en salud, y el cumplimiento de deberes ciudadanos.
- Política de Participación Social en Salud: socialización de los lineamientos de la Resolución 2063 de 2017, explicando los mecanismos y espacios de participación comunitaria.

Actividades en articulación con la Dirección Local de Salud

En articulación con la Dirección Local de Salud del municipio de El Bagre, se desarrollaron actividades educativas complementarias con el apoyo de profesionales externos. Los temas trabajados incluyeron:

- Manejo y control de las emociones: actividades orientadas a promover la autorregulación emocional y el bienestar psicológico.
- Gestión del tiempo de espera en sala: charlas lideradas por profesionales en psicología para disminuir niveles de ansiedad y fortalecer la comprensión de los procesos de atención.
- Rutas de atención por consumo de sustancias psicoactivas: información sobre mecanismos de acceso a servicios de prevención, tratamiento y acompañamiento integral.
- Comité de Participación Comunitaria en Salud – COPACO (Socialización de la Política de Participación Social en Salud – PPSS y Evasión/Elusión, Afiliación a través de Contribución)
- Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud – CMSSS (Socialización de la Estrategia Gestores de la Red de Vigilancia Basada en Comunidad).

Liga de Usuarios

La Liga de Usuarios se mantuvo activa durante la vigencia 2025 como instancia de representación y defensa de los derechos de los pacientes. La participación estuvo conformada por cuatro (4) representantes de la EPS Coosalud, quienes asistieron de manera regular a las convocatorias realizadas. Pese a las invitaciones efectuadas, no se contó con asistencia de representantes de la Nueva EPS.

En el desarrollo de las reuniones, se abordaron temas relacionados con:

- La gestión institucional de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS)
- Socialización de avances en la prestación de los servicios de salud
- Identificación de dificultades y oportunidades de mejora en los procesos asistenciales y administrativos
- Seguimiento a acciones implementadas para el mejoramiento de la calidad en la atención

Este espacio permitió fortalecer la comunicación entre la institución y los usuarios, promoviendo la participación y la retroalimentación frente a la prestación de los servicios.

En términos generales, la Liga de Usuarios contribuyó al seguimiento de la gestión institucional; no obstante, se identifica como oportunidad de mejora el fortalecimiento de la participación de representantes de todas las EPS presentes en la institución.

Acciones implementadas desde SIAU para favorecer la calidad en salud

- Educación en sala de espera: se implementaron charlas educativas continuas con entrega de folletos sobre los derechos y deberes de los pacientes, logrando un mayor empoderamiento ciudadano y una notable mejora en la comunicación entre los usuarios y la institución. Esta estrategia generó un impacto positivo directo en la percepción del servicio y en la reducción de inconformidades.
- Aprovechamiento de citas: se implementó exitosamente una estrategia de optimización del uso de citas médicas, logrando una reducción significativa en la cancelación y el ausentismo, y mejorando considerablemente el acceso oportuno de los usuarios a los servicios. Esta acción representó una mejora real y tangible en la experiencia del paciente desde el primer contacto con la institución.
- Trabajo articulado con Call Center – Priorización de poblaciones vulnerables: se estableció y consolidó de manera exitosa un protocolo de prioridad en la asignación de citas para personas en condición de discapacidad, usuarios con medicamentos de control, niños y mujeres gestantes. Esta medida mejoró significativamente la equidad en el acceso a los servicios y fortaleció la atención humanizada como eje central del modelo institucional.
- Ampliación de cupos en Laboratorio: se gestionó e implementó exitosamente el incremento de cupos para la toma de muestras, lo que permitió mejorar de manera notable el tiempo de respuesta en los llamados a los pacientes. Esta acción generó una reducción importante en las quejas asociadas al servicio de laboratorio, evidenciando un cambio positivo y medible en la calidad de la atención.
- Capacitación en atención al paciente – Alianza con Comfenalco: desde la Oficina de Talento Humano se llevó a cabo una capacitación en atención humanizada y mejora en la atención al paciente, en convenio con Comfenalco (Caja de Compensación Familiar). Esta formación fortaleció de manera significativa las competencias

Medición de la satisfacción del usuario

MES	USUARIOS ENCUESTADOS	% USUARIOS SATISFECHOS	%USUARIOS RECOMENDARIAN IPS
Enero	125	92%	96%
Febrero	106	94%	90%
Marzo	98	87%	95%
Abril	102	97%	100%
Mayo	173	93%	97%
Junio	125	84%	82%
Julio	159	66%	79%
Agosto	142	100%	97%
Septiembre	83	90%	87%
Octubre	81	91%	85%
Noviembre	96	90%	95%
Diciembre	43	97%	90%

La meta institucional en la medición de la satisfacción del usuario se encuentra establecida en un cumplimiento igual o superior al 80%, como parámetro de referencia para evaluar la percepción de calidad y oportunidad en la atención brindada. Durante la vigencia 2025 se aplicaron encuestas a un total de 1.333 usuarios en los diferentes servicios de ambas sedes, distribuidos a lo largo de los doce meses del año.

Los resultados muestran una tendencia variable a lo largo del año:

- Durante el mes de julio se evidenció una disminución en el indicador de satisfacción de usuarios (66%), comportamiento atípico en relación con la tendencia histórica del servicio.
- Al realizar el análisis del proceso y los resultados de las encuestas de satisfacción, se identificó que la variación está principalmente asociada al servicio de laboratorio, específicamente en el proceso de asignación de citas para toma de muestras.
- Desde finales del mes de mayo se había implementado un ajuste en la operación, mediante el cual se centralizó en el área de admisiones la responsabilidad tanto de la autorización como del agendamiento de citas, funciones que previamente se encontraban distribuidas entre el personal de admisiones y las auxiliares de laboratorio.
- Adicionalmente, se habilitó un canal de atención vía WhatsApp para la recepción y gestión de solicitudes de órdenes externas, el cual también fue asumido por el mismo recurso en admisiones.

Si bien estos cambios operativos iniciaron en meses anteriores, su impacto se hizo más evidente en julio, cuando se presentó una acumulación de la demanda y una mayor percepción por parte de los usuarios frente a:

- ✓ Incremento en los tiempos de espera para la asignación de citas
- ✓ Demoras en la respuesta a solicitudes realizadas por canales alternos
- ✓ Dificultades en la oportunidad del servicio

Lo anterior incidió directamente en la percepción de satisfacción del usuario, reflejándose en los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas durante el periodo.

Es importante resaltar otros aspectos que influyeron en los resultados:

- En primer lugar, tenemos el proceso de adaptación al nuevo esquema operativo, teniendo en cuenta que la centralización de funciones en el área de admisiones implicó una curva de aprendizaje y ajuste en la gestión del tiempo y priorización de actividades. Este factor pudo incidir temporalmente en la oportunidad de la atención y en la respuesta a los usuarios, especialmente durante las primeras etapas de implementación del cambio.
- Por otro lado, se observa que en agosto de 2025 fue el mes que arrojó el mejor desempeño, alcanzando el 100% en satisfacción de usuarios, siendo el único mes en que se logró esta puntuación.
- En abril y diciembre se registraron los segundos mejores resultados con un 97% de satisfacción, reflejando una recuperación positiva frente a los meses críticos.
- En los meses de septiembre, octubre y noviembre se mantuvo una estabilización positiva por encima del 90%, evidenciando el efecto de las acciones correctivas implementadas.
- El indicador de recomendación de la IPS mostró resultados favorables superiores al 79% en todos los meses evaluados, con un pico del 100% en abril.
- Los servicios con mayor participación en las encuestas fueron medicina general, toma de muestras de laboratorio y fisioterapia.

Gestión documental

Para la vigencia 2025 se han presentado avances en la gestión documental correspondiente a la finalización de algunos documentos que se encontraban en proceso del año anterior.

Se destaca la culminación del manual de identificación del paciente y el protocolo de entrega de turno de enfermería, alcanzando un nivel de cumplimiento del 100%. Por su parte, el manual de referencia y contrarreferencia continúa en proceso de actualización, con un avance estimado del 70%.

En cuanto al servicio de odontología, se cuenta con la totalidad de los documentos elaborados; sin embargo, estos se encuentran pendientes de revisión y aprobación por parte del comité de calidad, lo que representa un avance aproximado del 75%.

De manera global, se estima que el proceso de documentación institucional presenta un avance entre el 50% y 60%, evidenciando progresos en la estructuración documental, aunque aún se requiere gestión para su aprobación y formalización.

Adicionalmente, durante la vigencia 2025 se priorizó la elaboración y fortalecimiento documental en servicios críticos, especialmente en el área de urgencias, en atención a su nivel de complejidad y riesgo. Este enfoque permitió avanzar en la estructuración de documentos clave orientados a mejorar la calidad y seguridad en la atención, alineando la gestión documental con las necesidades prioritarias de la institución.

A continuación, se presenta el estado de la información documentada que se gestionó en el año 2025:

Documentos actualizados y aprobados por comité de calidad	Documentos en proceso de actualización:	Documentos pendientes por actualización:
Protocolo de entrega y recibo de turnos de enfermería	Manual de referencia y contrareferencia	Procesos de farmacia
Protocolo de administración segura de medicamentos	Hoja de traslado / Bitácora	Procesos de talento humano
Procedimiento de atención en urgencias	Manual de esterilización	Protocolo de atención: procedimientos mínimos y menores
Instructivo para la gestión de cuadro de turnos de enfermería	Plan de cuidados de enfermería	Procedimiento de RCP
Manual para la elaboración y control de la información documentada de la gestión por procesos		Procedimiento para la inmovilización de pacientes psiquiátricos
Formato de consentimiento informado para la realización de procedimientos		Protocolo de atención del paciente agitado y/o violento
Formato de disentimiento informado de procedimientos		Manual de bioseguridad
Formato de entrega de turnos de enfermería		Protocolo para la atención en sala ERA
Formato de verificación diaria de semaforización de carro de paro		Protocolo para la atención en sala EDA
Formato de medicamentos de control especial		Protocolo de venopunción
Formato de apertura de carro de paro y kits de hospitalización		
Formato de custodia de pertenencias del paciente		
Formato de entrega de reserva de medicamentos		
Formato de retiro voluntario de pacientes		
Formato de reporte de derrame de medicamentos		
Formato de riesgo de caídas		
Formato de riesgo de úlceras por presión		
Formato único de horas de apoyo		
Formato único de registro de novedades		

2.2.2. Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

1. Desempeño General del Sistema:

- Estándares Mínimos (Res. 0312/2019): Hubo un avance positivo, pasando de un 74.25% en 2024 a un 92% en 2025.
- Cumplimiento de Objetivos: Se alcanzó un 54% de cumplimiento general de los objetivos y metas de SST. Los puntos con menor desempeño fueron la valoración de la matriz legal (0%) y el cumplimiento de medidas correctivas y preventivas (47%), estas últimas afectadas por mejoras locativas pendientes en la Sede Mineros.
- Plan de Trabajo Anual (PAT): El cumplimiento del plan de trabajo fue del 74%, lo cual representa una mejora significativa frente al 59% obtenido en 2024, aunque no se alcanzó la meta establecida del 90%.

2. Gestión de Recursos y Talento Humano

- Presupuesto: Los recursos financieros fueron parcialmente suficientes. El desarrollo de algunas actividades se vio limitado por retrasos en los pagos de las EPS a la clínica
- Personal: Se identificó la necesidad de apoyo operativo para el Coordinador de SST. Durante el periodo octubre 2025 - enero 2026, se contó con el apoyo de dos practicantes técnicos y tecnólogos.

3. Prevención y Emergencias

- Inspecciones de Seguridad: Se realizaron 24 de las 61 inspecciones programadas (39% de cumplimiento). Aunque es superior al 16% del año anterior, sigue siendo un área que requiere fortalecerse.
- Plan de Emergencias (PPRE): La implementación está al 50%. La actualización de documentos se pausó debido a proyectos de traslado de áreas asistenciales entre sedes. El PPRE de la Sede Principal deberá actualizarse obligatoriamente en 2026 por vencimiento de su vigencia de 5 años.

4. Principales Hallazgos y Desafíos

Persisten deficiencias en la actualización documental, la divulgación de controles de riesgos al personal (solo 50% de cobertura) y la capacitación integral de la brigada de emergencias.

5. Recomendaciones de la Alta Dirección para 2026

- Ajustar el cronograma y los objetivos de 2026 a la realidad de los recursos disponibles y las tareas pendientes de 2025.
- Fortalecer la participación de los comités y brigadas en las inspecciones de seguridad.
- Actualizar la Política de SST conforme a la Ley 2466 de 2025.

2.2.3. Sistema de gestión ambiental

Los principales avances en el sistema de gestión ambiental se presentan a continuación

- La IPS contrató la asesoría de una reconocida empresa del sector para la actualización del PGIRASA
- Se realizó monitoreo y medición del desempeño ambiental por el grupo de gestión ambiental y sanitaria al igual que la implementación de acciones correctivas para abordar las no conformidades y oportunidades de mejora.
- Se recomienda proporcionar capacitación y conciencia ambiental a todos los empleados para asegurar su participación en el sistema de gestión ambiental.

- Se recomienda actualizar la política ambiental y comunicarla a todos los empleados al igual que el documento actualizado del PGIRASA

2.3. Proyectos e inversiones

Durante la vigencia, se priorizó el fortalecimiento de la infraestructura para garantizar la continuidad del servicio y el cumplimiento de estándares de calidad.

ITEM	DESCRIPCIÓN DEL AVANCE	IMPACTO
Infraestructura	Adquisición e instalación de planta eléctrica (Sede Mineros)	Mejora en la privacidad y confort del paciente
	Construcción de sistema de reserva de agua (Sede Mineros)	Disponibilidad del recurso ante contingencias
	Formulación de proyectos para el mantenimiento de los servicios de apoyo hospitalario, refuerzo estructural y red contraincendios	Mitigación de riesgos físicos y cumplimiento normativo
	Instalación de cortinas en Urgencias y Fisioterapia	Garantía de operación ante fallas del fluido eléctrico
Dotación	Adquisición de equipos para realización de pruebas psicosenométricas	Ampliación del alcance de los servicios de seguridad y salud en el trabajo

3. Atención en salud

3.1. Morbilidad y mortalidad intrahospitalaria

3.1.1. Morbilidad consulta externa

En el servicio de consulta externa correspondiente a medicina general (incluyendo historia de ingreso y evoluciones) se realizaron 28.062 atenciones, obteniendo que la sumatoria de las primeras 10 causas de consulta agrupan el 15.8% de las atenciones (4.439). A continuación, se presenta tabla y la gráfica con las primeras 10 causas de consulta por este servicio.

Primeras causas de consulta externa

CIE 10	Nombre del diagnóstico	Total
M545	Lumbago no especificado	832
M255	Dolor en articulación	764
N390	Infección de vías urinarias	692
I10X	Hipertensión arterial	434
J00X	Rinofaringitis aguda	412
J069	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	312
E039	Hipotiroidismo	288
M796	Dolor en Miembro	276
M544	Lumbago con ciática	225
D649	Anemia de tipo no especificado	204
TOTAL		4439

3.1.2. Morbilidad en el servicio de urgencias

Con respecto al servicio de urgencias se encontraron 15.401 atenciones, obteniendo que la sumatoria de las primeras 10 causas de consulta agrupan el 25% de las atenciones (3787). A continuación, se presenta tabla y la gráfica con las primeras 10 causas de consulta por este servicio.

Primeras causas de consulta en urgencias

CIE 10	Nombre del diagnóstico	Total
M545	Lumbago no especificado	647
J00X	Rinofaringitis aguda	583
N23X	Cólico renal, no especificado	445
K529	Colitis y gastroenteritis no infecciosa, no especificada	417
A099	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	399
A090	Otras Gastroenteritis de origen Infeccioso	362
J069	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	353
J22X	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores	196
M796	Dolor en miembro	195
J040	Laringitis aguda	190
TOTAL		3787

3.1.3. Morbilidad en el servicio de hospitalización

En el servicio de hospitalización, se internaron 115 pacientes, evidenciando que la sumatoria de las primeras 10 causas de hospitalización agrupan el 66% de las atenciones (76), siendo la infección urinaria la causa del 40% de estas. A continuación, se presenta tabla y la gráfica con las primeras 10 causas de consulta por este servicio.

Primeras causas de hospitalización

CIE 10	Nombre del diagnóstico	Total
N390	Infección de vías urinarias	46
L089	Infección local de la piel y del tejido subcutáneo	9
D696	Trombocitopenia, no especificada	7
J189	Neumonía no especificada	3
A971	Dengue con signos de alarma	2
L039	Celulitis de sitio no especificado	2
P925	Dificultad neonatal en la lactancia materna	2
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	2
I739	Enfermedad vascular periférica no especificada	2
S668	Traumatismo de otros tendones y músculos a nivel de la muñeca y de la mano	1
TOTAL		76

3.1.4. Mortalidad intrahospitalaria

Con respecto a la mortalidad hospitalaria del 2025, tuvimos 5 muertes en el servicio, el 40% (2) ingresaron sin signos vitales al servicio. De estas muertes, el 60% fue de origen cardiovascular (3), el 20% de origen respiratorio (1) y el 20% restante secundario a trauma (2). A continuación, se presenta la tabla con la mortalidad del 2025.

Mortalidad intrahospitalaria

CIE 10	Nombre del diagnóstico	Total
T068	Otros traumatismos especificados que afectan múltiples regiones del cuerpo	1
J960	Insuficiencia respiratoria aguda	1
I639	Infarto cerebral, no especificado	1
I219	Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación	1
I260	Embolia pulmonar con mención de corazón pulmonar agudo	1
TOTAL		5

3.2. Indicadores de calidad

Durante la vigencia 2025, los indicadores asociados a la seguridad del paciente presentaron en su mayoría comportamiento favorable, evidenciándose:

- Cero eventos adversos de caída de pacientes en los servicios de urgencias, hospitalización, consulta externa y apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.
- Cero eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos y que desarrollaron úlceras por presión en el servicio de hospitalización.
- En relación con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias, se presentó un evento adverso en un total de 18,097 pacientes atendidos, lo que corresponde a una proporción del 0,005%, indicando muy baja ocurrencia de eventos adversos asociados a este proceso.
- Por su parte el indicador de reingreso al servicio de urgencias en menos de 72 horas reportó 58 casos sobre un total de 18.097 egresos, equivalente a un 0,32%, lo cual sugiere un adecuado nivel de resolución en la atención inicial brindada a los pacientes. Adicionalmente, no se registraron reingresos de pacientes hospitalizados en un periodo menor a 15 días.

Si bien los resultados reflejan un desempeño positivo en la gestión del riesgo en salud, es importante considerar la necesidad de fortalecer de manera continua la cultura de reporte de eventos adversos, con el fin de minimizar el subregistro y garantizar un adecuado análisis y gestión de los riesgos asociados a la atención.

Los indicadores relacionados con la oportunidad en la atención evidencian u cumplimiento adecuado frente a los estándares normativos definidos:

- El tiempo promedio de espera de asignación de citas en medicina general, fue de 2,3 días y para odontología general fue de 2,8 días, manteniéndose dentro del estándar esperado.
- En relación con la atención en el servicio de urgencias, el tiempo promedio de espera para pacientes clasificados como Triage II fue de 17 minutos, valor que se encuentra dentro del tiempo objetivo establecido (<30 minutos), indicando una adecuada priorización y respuesta en la atención pacientes con condiciones de mediana- alta complejidad.

En términos generales, los resultados evidencian un adecuado acceso oportuno a los servicios de salud, con cumplimiento de los tiempos establecidos.

4. Gestión financiera

A partir de la información financiera presentada por el departamento financiero, se presenta un análisis técnico estructurado por componentes clave: liquidez, solvencia, endeudamiento y situación financiera general.

1. Análisis de Liquidez

La liquidez mide la capacidad de la entidad para cumplir sus obligaciones de corto plazo con sus activos corrientes.

Indicadores relevantes

Razón corriente

$$\text{Razón Corriente} = 2,71$$

Interpretación

- La entidad cuenta con \$2,71 por cada \$1 de deuda de corto plazo, lo que indica una posición de liquidez sólida.
- Se evidencia una mejora frente a 2024, dado que los pasivos corrientes disminuyen y los activos corrientes crecen.

Aspectos positivos

- Incremento significativo del efectivo (+278%)
- Reducción de pasivos corrientes
- Mayor capacidad de cobertura de obligaciones inmediatas

Alertas

- Alta concentración en cuentas por cobrar ($\approx 94\%$ del activo corriente)
- Flujo de caja operativo relativamente bajo frente al tamaño de la operación
- Dependencia del recaudo de EPS (riesgo estructural del sector)

Conclusión de liquidez

La liquidez es favorable en términos contables, pero presenta una dependencia crítica del ciclo de cartera, lo que implica que la liquidez real está condicionada a la recuperación efectiva de cuentas por cobrar.

2. Análisis de Solvencia

La solvencia evalúa la capacidad de la empresa para cumplir sus obligaciones en el largo plazo y sostener su operación.

Indicadores clave

Índice de solvencia (activo/pasivo) $\approx 3,84$

Interpretación

- Por cada \$1 de deuda, la empresa tiene \$3,84 en activos, lo cual indica alta solvencia estructural.

Relación patrimonio/activo

- El 74% de los activos está financiado con recursos propios, lo que refleja:
 - Alta independencia financiera
 - Bajo riesgo de insolvencia

Aspectos positivos

- Crecimiento del patrimonio (+16,5%)
- Generación sólida de utilidades (+70,4%)
- Bajo nivel de obligaciones financieras

Conclusión de solvencia

La entidad presenta una posición altamente solvente, con fuerte respaldo patrimonial y bajo riesgo de incumplimiento estructural.

3. Análisis de Endeudamiento

Este análisis mide el nivel de apalancamiento y riesgo financiero.

Nivel de endeudamiento $\approx 26\%$

Interpretación

- Solo el 26% de los activos está financiado con deuda, lo cual es un nivel bajo y conservador.

Composición del pasivo

- **Pasivo corriente:** 91,7% del total
- **Pasivo no corriente:** 8,3%

Esto indica:

- Bajo endeudamiento financiero estructural
- Mayor concentración en pasivos operativos (proveedores, empleados, impuestos)

Endeudamiento financiero

- Obligaciones financieras totales: $\sim \$146$ M (bajas frente al tamaño del activo)
- Disminución del 5,5% respecto a 2024

Conclusión de endeudamiento

La entidad presenta un perfil de endeudamiento bajo, saludable y sostenible, con escaso riesgo financiero.

4. Análisis de la Situación Financiera General

Fortalezas estructurales

1. Crecimiento sostenido

- Ingresos: +7,9%
- Utilidad neta: +70,4%

2. Mejora en eficiencia

- Margen bruto: 44,4% (↑)
- Reducción de gastos administrativos

3. Fortalecimiento patrimonial

- Alta capitalización interna
- No dependencia de deuda

4. Control de costos

- Costos dentro del límite (55,6%)

Riesgos identificados

1. Alta exposición a cartera

- Más de \$4.500 M en cuentas por cobrar

2. Presión del flujo de caja

- Flujo operativo limitado frente al crecimiento
- Cambios negativos en capital de trabajo (-\$1.445 M)

3. Dependencia del sistema de salud

- Riesgos por EPS (glosas, mora, conciliaciones)

Diagnóstico integral

- **Liquidez:** Buena (con riesgo operativo por cartera)
- **Solvencia:** Muy alta
- **Endeudamiento:** Bajo y controlado
- **Rentabilidad:** En crecimiento significativo
- **Riesgo principal:** Cartera y flujo de efectivo

Lo anterior permite concluir que MEDICAUCA S.A.S. presenta una posición financiera sólida y en fortalecimiento, caracterizada por alta solvencia, bajo endeudamiento y mejora en la rentabilidad. No obstante, el principal desafío estratégico se concentra en la gestión de cartera y la conversión de utilidades en flujo de efectivo, aspecto crítico en el contexto del sistema de salud colombiano.

4.1. Suficiencia patrimonial y financiera

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016 y el artículo 3º de la Resolución 3100 de 2019, los resultados de los indicadores de suficiencia patrimonial y financiera del periodo comprendido entre el 01 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2025 son:

- Que su **Patrimonio Total** supera en más del 50% su capital social, (según resultado de aplicar el siguiente indicador):

$$\frac{\text{Patrimonio Total x 100}}{\text{Cuenta que registra el capital}} = \frac{5.461.831.300}{41.520.000} = 13154,69\%$$

- Que las **obligaciones mercantiles** vencidas en más de 360 días no superan el 50% del pasivo corriente, (según el resultado de aplicar el siguiente indicador):

$$\frac{\text{Sumatoria de los Montos de Obligaciones Mercantiles de más de 360 días x 100}}{\text{Pasivo Corriente}} = \frac{0}{1.760.163.575} = 0\%$$

- Que las **obligaciones Laborales** vencidas no superan el 50% del pasivo corriente, (según el resultado de aplicar el siguiente indicador):

$$\frac{\text{Sumatoria de los Montos de Obligaciones Laborales de más de 360 días x 100}}{\text{Pasivo Corriente}} = \frac{0}{1.760.163.575} = 0\%$$

En consecuencia, la empresa cumple con suficiencia patrimonial y financiera para la prestación de sus servicios.

4.2. Negocio en marcha

En consideración de lo anterior y de la situación financiera actual de la sociedad Medicauca SAS, se establece que la misma no se encuentra inmersa o incurso alguna causal de disolución ni en procesos de liquidación, y se asegura el cumplimiento de la hipótesis de negocio en marcha.

5. Riesgos del negocio

I. Intervenciones a las EPS por la Superintendencia Nacional de Salud

Desde el año 2024, las intervenciones de la Superintendencia Nacional de Salud a las entidades promotoras de servicios de salud (EPS), ha generado una serie de dificultades tanto para los hospitales como para los pacientes en Colombia, complicando la operación normal de los servicios de salud en nuestro municipio, principalmente por la crisis que atraviesa Nueva EPS y Coosalud EPS.

Entre las principales problemáticas derivadas de esta situación se encuentran:

1. Ineficacia en las conciliaciones extrajudiciales con la Superintendencia de salud y en los procesos de saneamiento de cartera establecidos en la Circular 030 de 2013

Se gestionó ante la Superintendencia Nacional de Salud la formalización de acuerdos de pago mediante el mecanismo de conciliaciones extrajudiciales en derecho; sin embargo, no fue posible concretarlos por la falta de entrega de información técnico-contable por parte de las EPS convocadas, lo que impidió validar obligaciones y constituir títulos ejecutivos para el recaudo.

Además, persisten fallas estructurales en las mesas técnicas de saneamiento de cartera (Circular 030 de 2013), que no han cumplido su finalidad. La designación de delegados sin capacidad decisoria y la centralización de decisiones en interventores retrasan la suscripción de acuerdos y afectan el flujo de recursos hacia los prestadores.

Por otro lado, la conciliación de cuentas médicas presenta limitaciones: pese a procesos de depuración, no se formalizan actas bilaterales de conciliación de cuentas médicas, generando controversias y demoras en los pagos. La baja disposición de las EPS para alcanzar acuerdos oportunos incrementa la cartera y profundiza la presión financiera sobre hospitales y clínicas.

2. Dificultad en la negociación de contratos

Otro obstáculo significativo es la dificultad en la negociación de contratos, donde las EPS a menudo realizan ajustes de forma unilateral sin consultar a los prestadores de servicios de salud. Esto genera una gran inseguridad jurídica y financiera para los hospitales, que no pueden planificar ni ajustar sus servicios según las condiciones pactadas. La falta de transparencia y la imposición de cambios sin previo acuerdo afectan directamente la continuidad de los servicios de salud.

El desequilibrio económico en los contratos es una realidad constante. Los constantes cambios de interventores en las EPS han dificultado que se apliquen ajustes tarifarios necesarios, legalizan oportuna de contratos al igual que la liquidación los contratos al finalizar el periodo estipulado. Esto crea incertidumbre y dificulta la correcta planificación financiera de los hospitales, que se ven obligados a seguir prestando servicios sin contar con los recursos necesarios para su funcionamiento.

3. No reconocimiento de la deuda

Las EPS han recurrido a maniobras financieras para ocultar la verdadera magnitud de su deuda con los hospitales. En lugar de reconocer las facturas en los estados financieros, se opta por instrumentos como acuerdos de pago o instrumentos fiduciarios que no reflejan la realidad de la cartera pendiente. Esto genera una falta de transparencia, dificultando la evaluación real de la

situación financiera de las EPS y su capacidad para cumplir con los compromisos adquiridos. Esta falta de claridad perjudica tanto a los hospitales como a las autoridades de control que deben supervisar la calidad de los servicios de salud.

Por otro lado, el incumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 2284 de 2023, relacionada con las glosas y devoluciones, ha generado una carga adicional para los prestadores de servicios de salud. Las EPS a menudo presentan retrasos en la auditoría de cuentas médicas y procesos de reauditoría, lo que conlleva a no reportar las objeciones oportunamente y reprocesos.

Esto genera un retraso en el reconocimiento de los pagos por servicios prestados, lo que implica un esfuerzo constante por parte de los hospitales para disputar las glosas y tratar de recuperar los recursos legítimamente adeudados.

4. Retrasos e incumplimientos en los pagos

A pesar de la implementación de múltiples mesas de trabajo con las EPS y requerimientos formales por parte de las entidades de inspección, vigilancia y control, la liquidez institucional se vio comprometida por:

- Dificultades en el recaudo de cartera corriente y no corriente.
- Flujo de recursos irregular (pagos parciales, intermitentes y sin cronograma fijo).
- Incumplimiento de giros previamente acordados y regulados por el mecanismo de giro directo, afectando la planeación financiera.

5. Barreras administrativas para el usuario

El sistema también enfrenta barreras administrativas que afectan directamente al usuario. Los techos presupuestales establecidos para la contratación por evento limitan la capacidad de los hospitales para atender la demanda de servicios médicos. Esto se traduce en mayores tiempos de espera, menor acceso a servicios especializados y una atención médica que no siempre cumple con los estándares de calidad requeridos.

6. Acciones dilatorias y falta de responsabilidad en la gestión del riesgo financiero

La falta de responsabilidad en la gestión del riesgo financiero es otra de las grandes debilidades del sistema. Las EPS implementan acciones dilatorias para no radicar y generar el reconocimiento de las deudas en los estados financieros, lo que dificulta la evaluación de su solvencia y capacidad para cumplir con los compromisos asumidos. Esto pone en peligro la sostenibilidad del sistema de salud y afecta tanto a los hospitales como a los pacientes.

7. Dificultades en la accesibilidad a medicamentos

El acceso a los medicamentos ha sido gravemente afectado por las intervenciones de la Superintendencia Nacional de Salud a las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Aunque estas intervenciones se han implementado con el objetivo de regular y mejorar el funcionamiento del sistema de salud, han generado una serie de dificultades que han afectado tanto a los prestadores de salud como a los pacientes, especialmente en lo que respecta a la entrega oportuna y adecuada de los medicamentos necesarios.

La ineficiencia en la gestión de la cartera de medicamentos es uno de los principales problemas que se ha agudizado debido a las intervenciones por parte de las EPS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Las EPS intervenidas tienen dificultades para cumplir con los pagos a proveedores de medicamentos, lo que provoca que estos proveedores suspendan el suministro o impongan condiciones más estrictas en los contratos de compra, tal como sucedió con el operador logístico Cohan en el municipio de El Bagre a finales de 2025. Esta medida ha afectado a todos los afiliados de la Nueva EPS en el municipio de El Bagre y de varios municipios del país.

Además, la falta de actualización en los contratos de suministro y la escasa inversión en infraestructura logística para la distribución de medicamentos han generado una brecha entre la demanda y la oferta de medicamentos, lo que contribuye aún más a la escasez de fármacos en hospitales y clínicas del país

8. Aumento en la carga administrativa para los hospitales

Debido a la necesidad de cumplir con nuevas normativas y ajustes derivados de la intervención, los hospitales han tenido que asumir una carga administrativa adicional. Esto incluye trámites adicionales para la verificación de servicios, la validación de los pagos y la resolución de disputas con las EPS, lo que ha desviado recursos valiosos que podrían haberse utilizado para la atención directa de los pacientes.

Además, las EPS intervenidas han tenido que reestructurar sus procesos internos, lo que ha ocasionado una falta de coordinación con los hospitales. Esta inestabilidad administrativa ha generado dificultades en la gestión de la información, la programación de citas, y la autorización de tratamientos, provocando demoras y, en algunos casos, la suspensión temporal de ciertos servicios.

9. Impacto en la calidad de la atención

El déficit de recursos y la incertidumbre financiera han afectado la capacidad de los hospitales para mantener sus estándares de calidad en la atención. A pesar de los esfuerzos por garantizar un servicio adecuado, los recortes en los presupuestos y la falta de flujo de recursos han limitado la adquisición de insumos médicos, el mantenimiento de equipos y la contratación de personal adicional cuando ha sido necesario, lo que ha repercutido negativamente en la calidad de la atención brindada.

10. Desconfianza y preocupación en los pacientes

La crisis generada por la intervención de las EPS ha generado un ambiente de incertidumbre y desconfianza entre los pacientes. Muchos se sienten inseguros respecto a la continuidad de sus tratamientos, la cobertura de servicios y la calidad de la atención que recibirán, lo que ha aumentado su nivel de ansiedad y frustración, además de generar una mayor carga emocional tanto para los pacientes como para sus familias.

11. Desajuste en la cobertura de servicios

La intervención de las EPS ha generado brechas en la cobertura de servicios médicos, ya que no todas las EPS han logrado mantener la misma capacidad de respuesta que antes de las medidas

regulatorias. Esto ha afectado de manera directa la accesibilidad a servicios especializados y a tratamientos de largo plazo para pacientes con enfermedades crónicas o complejas.

En resumen, la intervención de las EPS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud ha tenido un impacto negativo en la operación de los hospitales y en la calidad de la atención brindada a los pacientes, generando un ambiente de incertidumbre y dificultades logísticas y financieras que deben ser abordadas de manera urgente para mitigar sus efectos en el sistema de salud del país.

II. Reforma a la salud

Debido a las dificultades en la aprobación y puesta en marcha de la reforma a la salud, el Ministerio de salud ha decretado medidas para la reorganización del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, que en la práctica habilita la reasignación masiva de afiliados entre EPS y redes prestadoras, condicionando la permanencia de las entidades en los territorios y generando traslados obligatorios de usuarios en plazos reducidos. Este esquema incluso contempla la concentración de afiliados en determinadas entidades, con impactos directos sobre la red de prestación y la continuidad del servicio.

Adicionalmente, desde el análisis técnico del sector se ha advertido que varias de las decisiones anunciadas en el Consejo de ministros (tales como las de intervención o de liquidación de EPS) se han adelantado desde un veredicto político sin procesos formales debidamente sustentados de manera anticipada con las entidades competentes. Este fenómeno implica:

- Que el análisis técnico deja de ser el punto de partida y pasa a convertirse en un ejercicio posterior de justificación, ya que el discurso político antecede al debido proceso y al acto administrativo, lo que genera múltiples demandas de nulidad
- Que las autoridades y los interventores de las EPS estén sometidos a la presión del discurso
- Que se realice una asignación masiva de afiliados tanto a EPS e IPS públicas -particularmente pacientes de alto costo, gestantes y poblaciones vulnerables-incluso cuando estas no han demostrado de manera técnica y suficiente que cuenten con las capacidades operativas y financieras requeridas.
- La concentración del riesgo en pocas instituciones, incrementando la presión sobre la red prestadora, terminaciones de contratos y eventualmente el cierre de servicios y/o de IPS.
- La posibilidad de trasladar usuarios hacia EPS bajo medidas de intervención o con debilidades estructurales, lo cual compromete la calidad y continuidad en la atención

A ello se suma que distintos análisis sectoriales advierten que este tipo de reorganización puede derivar en:

- Sobrecarga de las redes públicas, sin garantía de capacidad instalada suficiente que actualmente presentan dificultades operativas y financieras.
- Afectación del principio de libre escogencia, especialmente en territorios donde quedaría una única EPS habilitada

- Riesgos en la continuidad de tratamientos, particularmente en pacientes con enfermedades crónicas o de alto costo.
- Incremento de la inestabilidad financiera del sistema, al concentrar población en entidades con alta cartera o en condiciones críticas.

En consecuencia, resulta jurídicamente improcedente y técnicamente inconveniente adelantar cualquier tipo de acción administrativa o asistencial que implique:

- El traslado inducido o forzado de usuarios entre prestadores además de la terminación de contrato sin justa causa y sin sustento jurídico suficiente
- Cualquier cambio en la distribución de usuarios dentro del sistema que ignore la capacidad real de las entidades del sector
- La modificación de redes de prestación con fundamento en una norma suspendida.
- La aplicación anticipada de escenarios propios de liquidación o intervención de EPS sin el debido sustento legal vigente.
- La afectación de la libre escogencia, continuidad y calidad en la atención de los pacientes.
- La aplicación de un acto administrativo suspendido vulnera principios esenciales como la legalidad, la seguridad jurídica y la confianza legítima, además de poner en riesgo el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

III. Incremento de UPC vs incremento del salario mínimo

Para el año 2026, el incremento del salario mínimo en un 23,7% genera una presión significativa sobre los costos operativos del servicio, especialmente en talento humano, mientras que los ingresos del sistema presentan aumentos considerablemente inferiores: un 9,03% para el régimen contributivo y un 16,49% para el régimen subsidiado. Esta brecha afecta de manera directa la viabilidad financiera los servicios que requieren atención 24 horas y disponibilidad permanente de personal en caso de emergencias, tal como el servicio de urgencias, hospitalización y transporte asistencial básico. Lo anterior requiere la adopción de medidas inmediatas de optimización y eficiencia para no optar por el cierre definitivo.

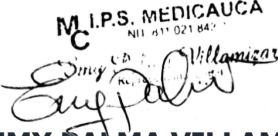
IV. Baja disponibilidad de talento humano calificado

En la subregión del bajo cauca antioqueño se presenta un fenómeno relevante, consistente en la ausencia de talento humano calificado para el desempeño de cargos en los procesos de atención en salud debido a la violencia generada por los grupos ilegales y las múltiples infracciones a la misión médica, lo que en ocasiones repercute, incluso, en la suspensión temporal de ciertas actividades cuando se presentan rotaciones imprevistas. Se debe seguir explorando todas las estrategias que le permitan mejorar la atractividad de la organización por encima de las condiciones subregionales, promover el ejercicio de la misión médica, fortalecer los procedimientos de reclutamiento, selección e inducción de manera que sean más extensivos e intensivos, o en su defecto, descentralizar algunas actividades mediante modalidades de trabajo no presencial.

6. Objetivos para el año 2026

1. **Impulsar proyectos estratégicos orientados a la eficiencia operativa**, mediante el fortalecimiento y optimización de los servicios y procesos asistenciales y administrativos, la modernización tecnológica, la gestión integral del talento humano y el uso eficiente del espacio físico.
2. **Optimizar el flujo de recursos financieros**, garantizando una contratación segura y actualizada, la ejecución oportuna y eficiente de los procesos administrativos y financieros, y una gestión efectiva de conciliaciones, glosas e inconsistencias.
3. **Implementar y consolidar la gestión por procesos, con enfoque en la productividad, la mejora continua y el fortalecimiento de la experiencia y satisfacción del usuario.**
4. **Fortalecer el blindaje jurídico y financiero de la institución**, asegurando el estricto cumplimiento del marco legal y contractual vigente, así como la implementación de planes de contingencia frente a riesgos constitucionales, sancionatorios, de cartera y de contratación.
5. **Implementar un proceso integral de desarrollo del talento humano**, promoviendo una cultura organizacional basada en el compromiso institucional, la ética y el alto desempeño.
6. **Implementar el proceso de evaluación del desempeño institucional e individual**, realizando seguimiento y monitoreo periódico a los resultados y al cumplimiento de los planes, metas y objetivos estratégicos.

El presente informe se firma en el municipio de El Bagre Antioquia, el 10 de abril de 2025.


EMY PALMA VILLAMIZAR
GERENTE GENERAL