

2025

INFORME DE GESTIÓN

UNA GESTIÓN CON PROPÓSITO

Nuestro hospital ha vivido, en los últimos años, una transformación profunda. Hoy nos hemos consolidado como un referente en el sector salud gracias a un compromiso inquebrantable con la calidad, la humanización y una atención verdaderamente centrada en el paciente y su familia.

Este no ha sido un camino fácil, pero sí un camino consciente. Un camino que nos ha llevado a apostarle a la innovación, la sostenibilidad, la inclusión y, sobre todo, a la protección de cada vida que llega a nuestras manos.

Trabajamos todos los días para que la niñez sea cuidada y protegida como merece. Por eso, en nuestra Sede Pediátrica garantizamos atención integral en salud las 24 horas, promoviendo no solo el bienestar físico, sino también la educación a las familias para prevenir cualquier forma de violencia, y generando espacios donde la recreación orientada se convierte también en una forma de sanar.

Avanzamos con determinación en la ejecución de nuestro Plan de Desarrollo “Juntos por la sostenibilidad consciente y el compromiso de vida”, consolidando logros que hoy nos llenan de orgullo: una satisfacción de nuestros usuarios que se mantiene por encima del 95 %, y un número de felicitaciones que representa más del 50 % de todas las PQRS-F recibidas.

Pero más allá de las cifras, hay historias. Hay personas. Hay confianza.

Para mí, llegar al Hospital Marco Fidel Suárez ha sido uno de los retos más grandes de mi vida profesional. Me ha exigido carácter, convicción y, sobre todo, un profundo sentido de servicio. Soy una persona tranquila, respetuosa con las personas, pero firme con los procesos, porque estoy convencido de que esa es la única manera de transformar una institución.

Hoy seguimos trabajando para dejar atrás estigmas del pasado que ya no nos representan. Cada día construimos una nueva historia, una en la que nuestros usuarios puedan reconocer que el Hospital Marco Fidel Suárez ha cambiado, que avanza y que se consolida como un verdadero referente de salud en Antioquia, incluso en medio de los grandes retos del sector.

Nada de esto sería posible sin el equipo humano que me acompaña. Este no es un logro individual, es el resultado de un trabajo colectivo, comprometido y profundamente humano.

Creo firmemente que la mejor manera de liderar es desde la cercanía y el ejemplo. Porque liderar no es dirigir desde un escritorio. Liderar es servir.

Servir con pasión, con responsabilidad y con un compromiso genuino hacia cada persona que confía en nosotros.

Ese ha sido, y seguirá siendo, el principio que guía cada una de nuestras decisiones.



JULIAN FELIPE PINEDA VELASQUEZ

EQUIPO DIRECTIVO

Julián Felipe Pineda Velásquez

Gerente

Maria Jaqueline Leal Rodríguez

Subgerente Científica

Diana Cristina Echeverri Pérez

Subgerente Administrativa y Financiera

Estefanía Mosquera

Directora financiera

Harold Castillo Rojas

Director de Gestión humana

Catalina Sánchez Álvarez

Asesora Jurídica

Xiomara Muriel Grajales

Asesora de Control Interno

CONTENIDO

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y GESTIÓN INSTITUCIONAL:	6
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	11
COMUNICACIONES	13
GESTIÓN MISIONAL: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	18
PORTAFOLIO DE SERVICIOS	19
SEDES	19
PRODUCCIÓN ANUAL	21
GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO:	34
1. GESTIÓN HOLÍSTICA DE LA CALIDAD Y PROGRAMAS INSTITUCIONALES	35
2. SEGURIDAD DEL PACIENTE	36
3. PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES Y ESTRATEGIA PROA	36
4. GESTIÓN CLÍNICA	38
5. SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	39
6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y TECNOLOGÍA	41
7. EXPERIENCIA DEL USUARIO	42
GESTIÓN FINANCIERA Y SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL:	49
1. GESTIÓN FINANCIERA	50
GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE RECURSOS DE APOYO:	54
1. GESTIÓN HUMANA	55
2. GESTIÓN DOCUMENTAL	58
3. GESTIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS	62

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y GESTIÓN INSTITUCIONAL



El Hospital Marco Fidel Suárez es una Empresa Social del Estado del orden departamental, clasificada como institución de segundo nivel de atención, que presta servicios de salud de mediana complejidad y algunos de alta complejidad. Su área de influencia se concentra principalmente en la atención de usuarios del municipio de Bello, así como de la zona norte del Área Metropolitana y del norte del departamento de Antioquia.

En el marco del direccionamiento estratégico institucional, en la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez establecemos su misión y visión como elementos orientadores de la gestión, los cuales definen nuestro propósito fundamental, nuestra proyección a futuro y los principios que guían la prestación de los servicios de salud. Estos enunciados estratégicos permiten alinear las acciones institucionales con las necesidades de la población atendida, fortaleciendo la calidad, oportunidad y humanización en la atención.

Misión:

Somos un hospital inclusivo dedicado a brindar atención integral en salud de mediana y alta complejidad, integrando la tecnología, la docencia y la calidad, bajo el principio de sostenibilidad consciente para beneficio de los usuarios.

Visión:

Consolidarnos al 2028 como un hospital inteligente, competitivo e innovador, líder en Antioquia con enfoque de gestión sostenible por su eficiencia, responsabilidad social, integralidad en la atención e innovación con gran liderazgo en la generación de conocimiento y en el desarrollo de talento humano.

En coherencia con su direccionamiento estratégico, en la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez adoptamos y promovemos un conjunto de principios y valores corporativos que orientan el actuar de los servidores y la prestación de los servicios de salud.

En el hospital garantizamos los derechos universales e irrenunciables de las personas, usuarios y funcionarios, para propender permanentemente por la calidad de vida acorde con la dignidad humana.

De igual forma, los valores se encuentran establecidos según los lineamientos de la Política de Integridad, dentro del marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Honestidad

La institución y sus funcionarios se comprometen en reconocer en cada una de sus actuaciones, el valor, la diferencia y la dignidad de cada uno de los usuarios internos y externos con los que interactúa, y actuar siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo los deberes con transparencia y rectitud, siempre favoreciendo el interés general.

Respeto

Todos los funcionarios de la institución se comprometen en reconocer, valorar y tratar de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

Compromiso

La institución orientará todos sus esfuerzos en generar responsabilidad y convicción en todos sus colaboradores para el logro de la satisfacción de nuestros usuarios y el propósito de la institución. Además, ser conscientes de la importancia del rol como servidor público y estar en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que se relacionan en las labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

Diligencia

La institución y sus funcionarios se comprometen a cumplir con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas de la mejor manera posible, con

atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

Justicia

La institución se compromete a actuar con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

Otros valores orientadores de las interrelaciones, decisiones y prácticas de la función pública del Hospital Marco Fidel Suárez son:

Transparencia

La institución y sus funcionarios se comprometen a reflejar honestidad, confianza y claridad en todas sus actuaciones en la prestación del servicio y administración de los recursos.

Universalidad

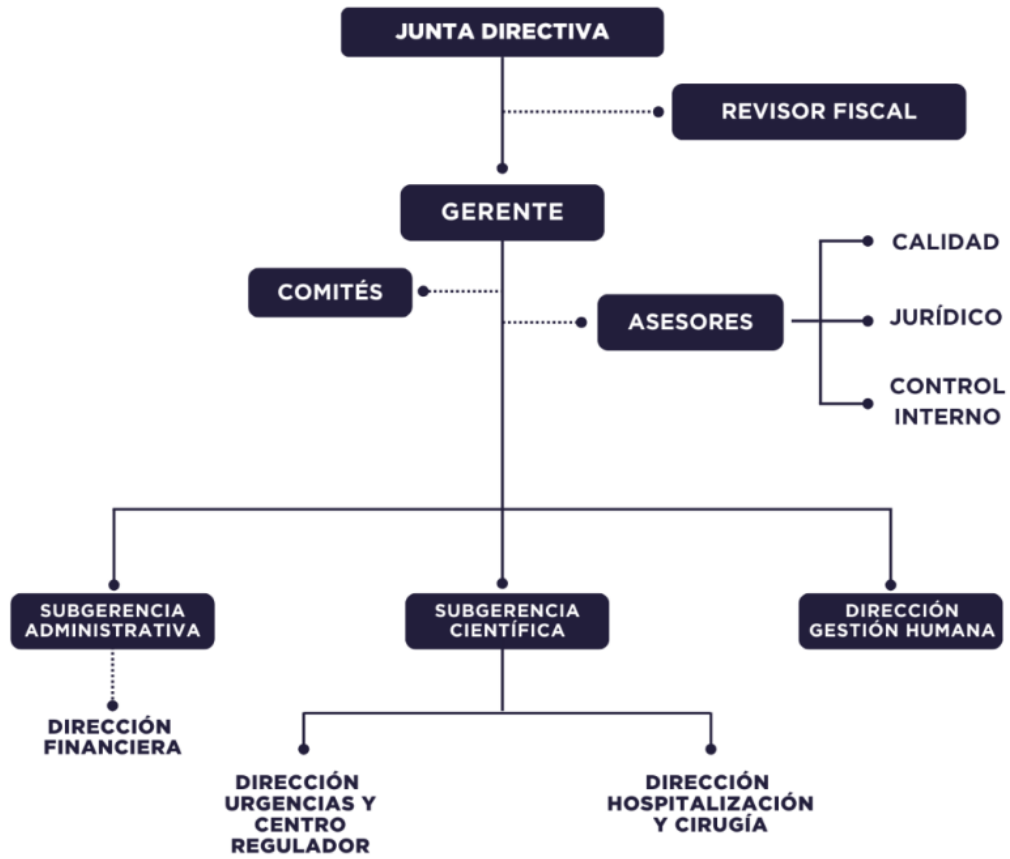
La institución buscará garantizar para todas las personas que demanden nuestros servicios el derecho a la atención en salud con calidad.

Inclusión

La institución debe promover la política de integrar a todos los individuos muy especialmente a todos aquellos que se encuentren en condiciones de segregación o marginación o pertenecen a minorías étnicas, religiosas o raciales para que tengan las mismas oportunidades y derechos dentro de la ESE.

A continuación, se presenta el organigrama institucional de la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez, el cual refleja la estructura organizacional vigente, estableciendo los niveles jerárquicos, las líneas de autoridad y los canales de coordinación entre las diferentes dependencias. Esta estructura facilita la adecuada gestión de los procesos institucionales, promoviendo la eficiencia administrativa y el cumplimiento de los objetivos estratégicos en el marco de la prestación de los servicios de salud.

ORGANIGRAMA



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Durante la vigencia 2025, el Plan Operativo Anual - POA alcanzó un cumplimiento del 97 %, superando así la meta establecida para el periodo. Se avanzó en el cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional, a través del desarrollo de sus líneas estratégicas. Se destacan varios aspectos, entre ellos la digitalización y organización documental, avances en la sostenibilidad financiera, calidad asistencial y fortalecimiento del talento humano.

Entre los aspectos centrales, en la **LÍNEA ESTRATÉGICA 1: GOBERNABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD CONSCIENTE**, se desarrollaron proyectos de automatización, gestión de riesgos, responsabilidad social y sostenibilidad ambiental, se destacan acciones como la ejecución del proyecto “Taller de optimización de activos”, iniciativa orientada a prolongar la vida útil del mobiliario hospitalario y optimizar el uso de los recursos institucionales. El indicador tuvo un cumplimiento del 94%, lo que destaca avances en la reducción de plásticos, compostaje, movilidad sostenible y medición de huella de carbono.

En la **LÍNEA ESTRATEGICA 2: JUNTOS POR NUESTRO COMPROMISO DE VIDA** se abordó el fortalecimiento de los servicios de salud, la formulación del Proyecto de UCI Neonatal 1.0 con el fin de optimizar la atención especializada de recién nacidos en estado crítico y la habilitación de la modalidad de telesalud para consulta externa, ajustando el portafolio de servicios institucionales.

Por otra parte, la **LÍNEA ESTRATEGICA 3: CALIDAD EN LA ATENCIÓN COHESIONADA CON EL USUARIO Y SU FAMILIA**, se destacan las campañas institucionales de seguridad del paciente en todos los servicios asistenciales, así como la consolidación del sistema de auditoría interna; además, la mejora de la experiencia del usuario mediante campañas, talleres, rondas de humanización y ciclos de diálogo orientados a promover la cultura del cuidado humano y compasivo.

Del mismo modo, la **LÍNEA ESTRATÉGICA 4: HOSPITAL INTELIGENTE, COMPETITIVO EN INNOVADOR** se resalta la digitalización de historias clínicas pasivas, lo que ha permitido mejorar la trazabilidad documental y optimización de tiempos de búsqueda de la información. Además, se destaca la implementación del gestor documental SAIA para la administración de integral de las comunicaciones oficiales y documentos institucionales.

Finalmente, la **LÍNEA ESTRATÉGICA 5: GESTIÓN DEL APRENDIZAJE, TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO Y CULTURA ORGANIZACIONAL** desempeñó actividades direccionadas al fortalecimiento del talento humano, se construyó el Aula Virtual Institucional – AVI 2.0 para facilitar procesos de inducción, capacitación asincrónica, actualización normativa y transferencia de conocimiento. Asimismo, se avanzó en la prevención del ausentismo y accidentes laborales, desarrollando estrategias articuladas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

LOGROS:

El documento refleja un cumplimiento sobresaliente del plan de desarrollo institucional, alcanzando el 97% de las metas programadas y comprometiendo más del 87% del presupuesto definitivo.

Entre los principales logros, se destacan la implementación de tableros de control en Power BI para seguimiento en tiempo real de la ejecución del Plan de Desarrollo, POA, POAI y Plan de Gestión, esta herramienta permite hacer un monitoreo continuo y eficiente de los indicadores estratégicos, del mismo modo, mejora la capacidad de análisis para la toma de decisiones oportunas y fundamentadas.

Adicionalmente, en la vigencia se obtuvo una certificación institucional de Huella de Carbono, lo cual constituye un hito en la gestión ambiental institucional y se ejecutaron jornadas del "Día sin carro". También se implementaron las herramientas SAM y SARA que fortalecieron el Control Interno, se desarrolló el

seguimiento y la trazabilidad de los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas, externas y entes de control.

Se resalta la instalación de un resonador magnético mediante alianza público-privada con OIC y la formulación de proyectos para la ampliación de servicios críticos como urgencias y UCI Neonatal. En el ámbito de la calidad asistencial, se fortalecieron las auditorías internas, se gestionó capacitación por contraprestación mediante la cual se certificaron 45 auditores internos.

Además, hubo un enfoque en las estrategias de humanización y la cultura de cuidado compasivo, mientras que en la transformación digital se avanzó en la digitalización de historias clínicas, la implementación del gestor documental SAIA y el robustecimiento de la ciberseguridad. Se evidencia un compromiso con el talento humano a través de la creación del Aula Virtual Institucional AVI 2.0, programas de prevención laboral y actividades de reconocimiento que consolidan la cultura organizacional.

COMUNICACIONES

El área implementó acciones direccionadas hacia la automatización de procesos, el establecimiento de alianzas institucionales para la mejora del bienestar de los pacientes, así como la creación de campañas que fortalecen la atención centrada en el paciente. Se obtuvieron los siguientes logros:

- **IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE REFERENCIACIÓN “CICLO ECONÓMICO”**

Durante la vigencia se logró la implementación del modelo de referenciación “Ciclo Económico”, a través de la incorporación de un proceso de reingeniería y automatización de los procesos. Se implementaron herramientas tecnológicas como robotización de procesos, facturación electrónica y firma biométrica, estas iniciativas fueron presentadas en un espacio interactivo para la transferencia de

conocimiento a otras instituciones del sector salud (referenciaciones), fortaleciendo las prácticas de gestión institucional.

- **REAPERTURA DE LA SALA 6 DE MEDICINA INTERNA EN LA SEDE NIQUÍA**

Se realizó la reapertura de la Sala 6 de Medicina Interna en la sede Niquía, ampliando la capacidad de hospitalización para pacientes adultos que requieren manejo especializado. La sala cuenta con 11 habitaciones que suman 24 camas, lo que permitió ampliar la cobertura del servicio, optimizar los espacios institucionales y descongestionar el área de hospitalización, logrando una atención más oportuna y humanizada.

- **APERTURA DE UNA NUEVA SALA DE OBSERVACIÓN PARA PACIENTES CRÍTICOS EN LA SEDE AUTOPISTA**

Esta acción está orientada a fortalecer la capacidad de respuesta del servicio de urgencias. Para ello se habilitaron 12 camillas y monitores multiparámetros para seguimiento en tiempo real de signos vitales, apoyado por talento humano especializado y coordinado. La estrategia permite mejorar los procesos de estabilización y monitoreo de pacientes en condición crítica y optimizar la atención de emergencias.

- **LANZAMIENTO DE LA ESTRATEGIA “SANEMOS JUGANDO” EN ALIANZA CON INDER BELLO**

Esta iniciativa promueve actividades lúdicas y recreativas basadas en el juego terapéutico, dirigidas a pacientes de todas las edades y sus acompañantes, activando el cuerpo, fomentando la socialización con el objetivo de promover el bienestar integral.

- **INSTALACIÓN E INAUGURACIÓN DE UN NUEVO SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA**

La inauguración de este nuevo servicio permite fortalecer la capacidad diagnóstica de la institución, se instaló en una infraestructura acondicionada de 80m², incluyendo camillas de preparación, vestidores y sala de control. Se realizó una capacitación del equipo y extensión del servicio tanto a pacientes hospitalizados como de manera ambulatoria a las EAPB.

- **DESARROLLO Y EJECUCIÓN DE CAMPAÑA INTERNA DE HUMANIZACIÓN “JUNTOS POR EL CUIDADO QUE TRANSFORMA”**

La campaña estuvo orientada a promover una cultura institucional basada en la empatía, el respeto y el cuidado integral. Esta iniciativa se estructuró en fases, combinando formación específica (talleres de comunicación empática, manejo del estrés), acciones de sensibilización masiva (rondas, pausas activas sorpresa) y creación de espacios de apoyo concretos (“Rincón Seguro” y “De la Mano Contigo”), fortaleciendo el compromiso institucional con una atención centrada en el paciente.

Para la nueva vigencia el área de comunicaciones adquiere compromisos con el fin de fortalecer el proceso y mejorar el relacionamiento del hospital con los diferentes medios de comunicación masiva.

1 Continuar con Nuestro Hospital en Medios

(Alineado con los proyectos del plan de desarrollo – programa 4 “Comunicación con propósito” de la línea 4 “Hospital Inteligente, Competitivo e Innovador”)

OBJETIVO GENERAL

Continuar fortaleciendo la relación con los diferentes medios de comunicación masiva (locales y departamentales) que permitan conservar el posicionamiento de la imagen corporativa como prestador de servicios de salud, de calidad y humano.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incrementar la presencia en medios de comunicación masiva como fuente especializada del sector salud.
- Superar el porcentaje de noticias positivas en relación con las menciones o noticias negativas en medios de comunicación masiva.

META MEDIBLE

Cantidad y Calidad: Alcanzar un mínimo de **12 apariciones** en medios masivos, de las cuales al menos el **85%** serán de tono positivo o neutro (balance positivo).

2 Fortalecimiento del Talento Humano y Clima Laboral

Campaña de humanización interna "Juntos por el cuidado que transforma"

OBJETIVO GENERAL

Consolidar e institucionalizar los valores de trato compasivo y respetuoso en todas las interacciones, mejorando el bienestar del talento humano y la calidad percibida de la atención.

METAS MEDIBLES

Ejecución Integral

Implementar el **100% del plan 2026** de 8 actividades (desde Recorridos hasta el Día del Gracias Cruzado).

Participación Activa

Lograr que **más del 60%** de los servicios y dependencias participen de manera activa y documentada en al menos 3 actividades distintas de la campaña.

Impacto Medible

Mejorar la percepción del clima laboral y el trabajo en equipo en al menos **5 puntos porcentuales** en la medición de la encuesta anual respecto a la línea base de 2025.

GESTIÓN MISIONAL PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD



PORTAFOLIO DE SERVICIOS

Somos una institución prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad, con dos sedes en la zona norte del Área Metropolitana y 29 servicios habilitados, que se distingue por su compromiso con el cuidado de la vida a través de altos estándares de calidad y profesionales idóneos, brindando una atención integral y segura a los usuarios y sus familias, enfocada en la recuperación e intervención en los procesos de salud y enfermedad.

SEDE PRINCIPAL

 **AUTOPISTA: CALLE 44 N° 49B - 90**

QUIRÚRGICOS

Cirugía general y
cirugía ginecológica

CONSULTA EXTERNA

Cirugía general,
gastroenterología y
ginecobstetricia.

INTERNACIÓN

Hospitalización adultos,
infectología, unidad de
cuidados intensivos e
intermedios.

ATENCIÓN EN URGENCIAS

Urgencias, transporte
asistencial básico y
medicalizado y atención
del parto.

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA

laboratorio clínico,
procesamiento de muestras de
laboratorio, servicio
farmacéutico, fisioterapia,
imágenes diagnósticas
(ionizantes y no ionizantes) y
gestión pre-transfusional.

OTROS SERVICIOS

Nutrición y dietética,
psicología y vacunación del
recién nacido.

SEDE PEDIÁTRICA

 NIQUÍA: AVENIDA 42 N° 52-06

CONSULTA EXTERNA

Pediatría.

INTERNACIÓN

Hospitalización
pediátrica y
hospitalización adultos.

ATENCIÓN EN URGENCIAS

Urgencias pediatría.

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA

Servicio farmacéutico,
fisioterapia, imágenes
diagnósticas (ionizantes y
no ionizantes).

OTROS SERVICIOS

Nutrición y dietética,
psicología.

MISIÓN

Somos un hospital inclusivo dedicado a brindar atención integral en salud de mediana y alta complejidad, integrando la tecnología, la docencia y la calidad, bajo el principio de sostenibilidad consciente para beneficio de los usuarios.

VISIÓN

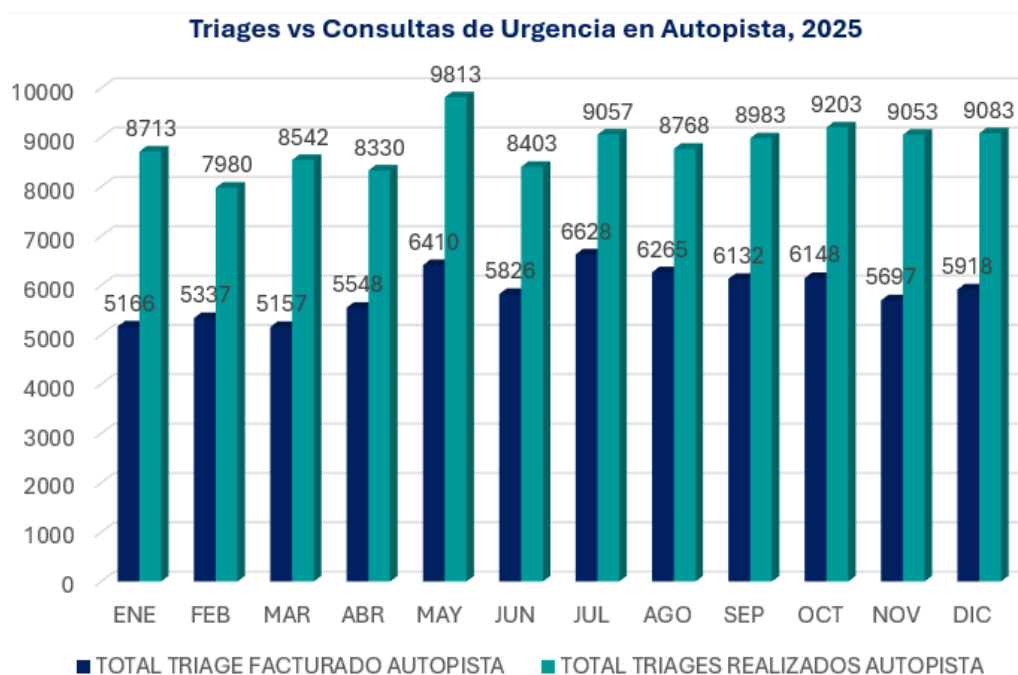
Consolidarnos al 2028 como un hospital inteligente, competitivo e innovador, líder en Antioquia con enfoque de gestión sostenible por su eficiencia, responsabilidad social, integralidad en la atención e innovación con gran liderazgo en la generación de conocimiento y en el desarrollo de talento humano.

PRODUCCIÓN ANUAL

A continuación, se consolidan los resultados de producción obtenidos durante la vigencia 2025, con el objetivo de proporcionar una visión integral del desempeño institucional. A través del análisis detallado en servicios críticos como Urgencias, Hospitalización, Cirugía y Apoyo Diagnóstico se evalúa la capacidad de respuesta de la institución frente a la demanda creciente de servicios de salud en ambas sedes.

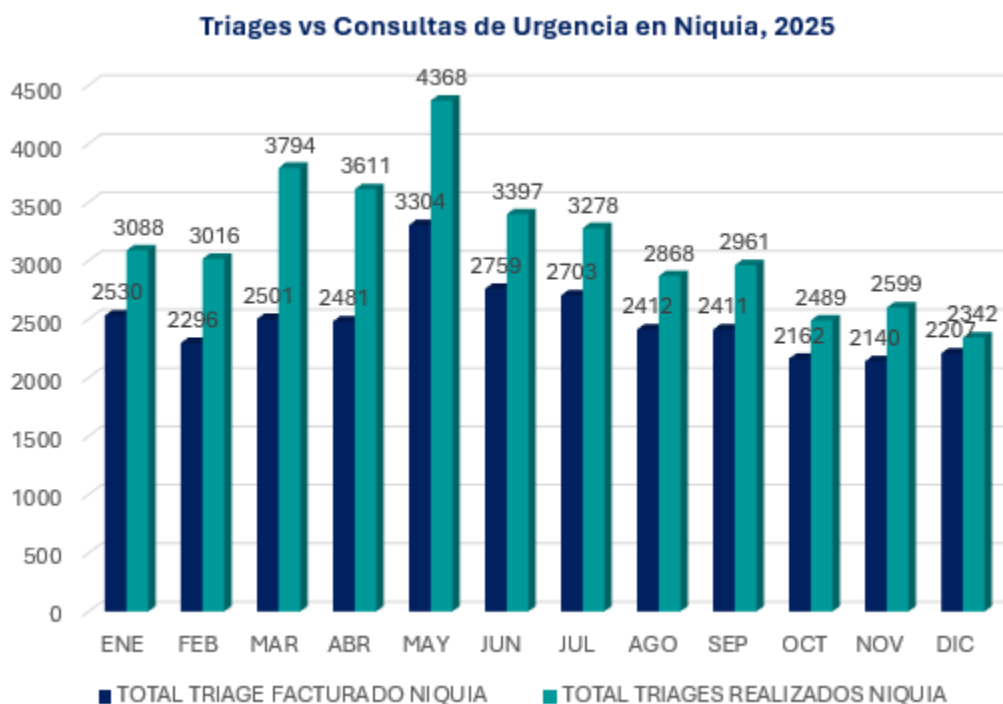
Los resultados no solo reflejan las cifras de productividad, sino que sirve como base estratégica para la toma de decisiones orientadas a la sostenibilidad financiera, la seguridad del paciente y el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud en la región.

ATENCIÓN INMEDIATA:



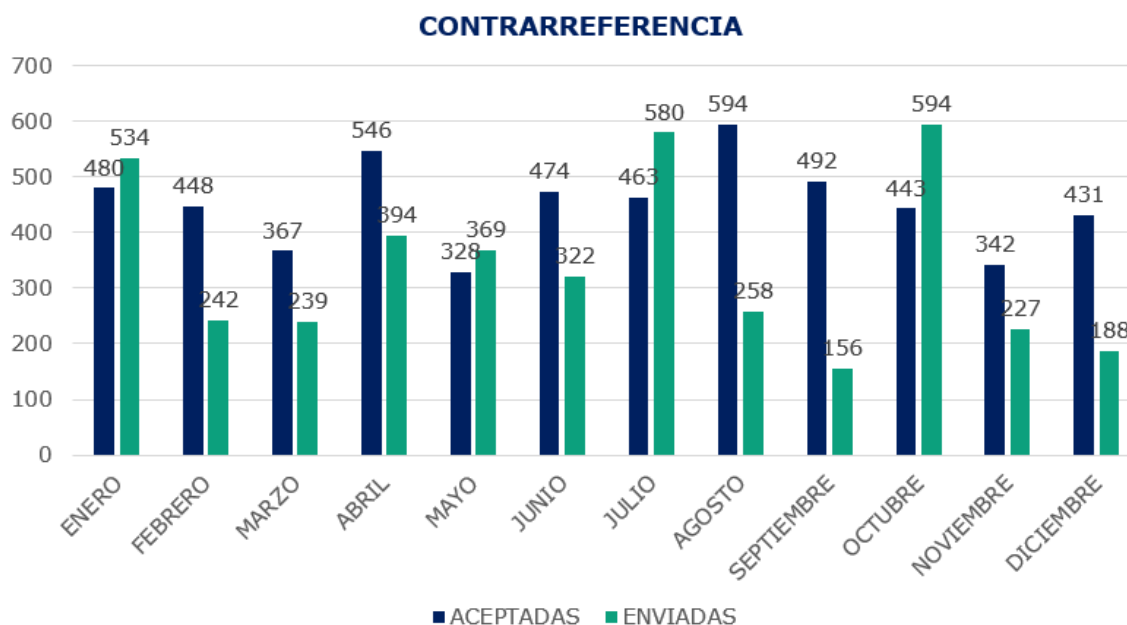
Se reporta un volumen de 105,928 triajes realizados frente a 70,232 facturados. Se evidencia una brecha del 33.7% entre la actividad asistencial y el proceso administrativo. Esto sugiere una alta demanda de pacientes que abandonan el

servicio tras la clasificación o fallas en el cierre administrativo del proceso en esta sede.



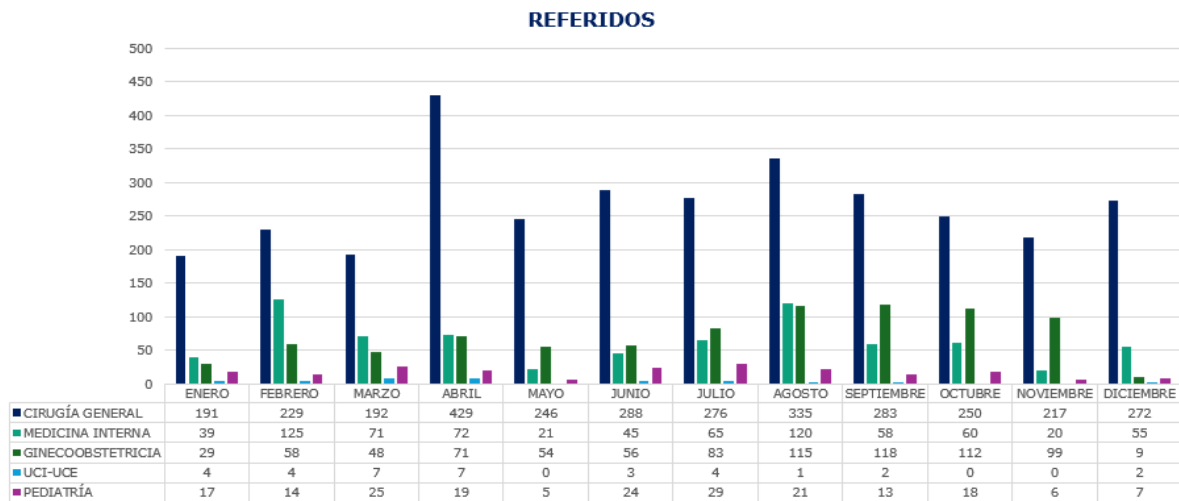
Por su parte, la Sede Niquía demuestra una mayor efectividad en sus procesos administrativos al facturar 29,906 triajes de un total de 37,811 realizados. Con un margen de triajes no facturados del 20.9%, esta sede presenta un flujo de información más depurado, a pesar de manejar un volumen de pacientes menor en comparación con la sede principal.

CENTRAL DE REFERENCIA



Durante el año se gestionó un volumen dinámico de solicitudes, alcanzando picos de efectividad en meses como agosto, donde se lograron 594 aceptaciones para traslados. En meses clave como abril, junio y agosto, la institución demostró una gestión superior al lograr que el número de pacientes efectivamente trasladados (aceptados) fuera mayor que las solicitudes enviadas inicialmente, lo que evidencia una labor de coordinación altamente efectiva con las EAPB.

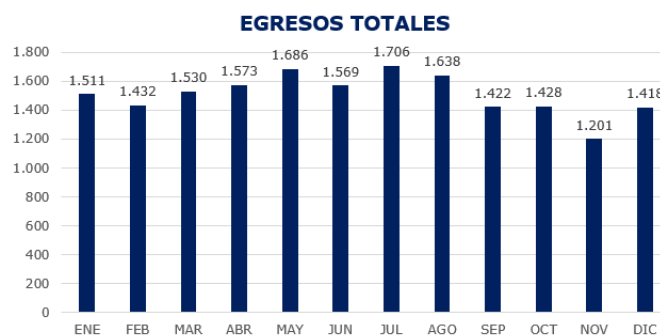
La gestión de contrarreferencia actúa como un facilitador del egreso seguro. Al movilizar a los pacientes hacia niveles de menor complejidad de manera oportuna, la institución no solo mejora la experiencia del paciente al acercarlo a su hogar, sino que optimiza la disponibilidad de camas de alta tecnología para quienes más lo necesitan.



El hospital se consolida como el principal receptor de casos quirúrgicos, con un flujo constante que alcanzó su punto máximo en abril con 429 referidos. Esto demuestra la confianza de la red en la capacidad técnica de los quirófanos. La capacidad de atraer y gestionar pacientes de medicina interna, pediatría y cuidados críticos subraya la robustez de nuestra oferta asistencial. La Central de Referencia garantiza que el hospital sea un nodo vital que aporta soluciones de salud efectivas a la comunidad, manteniendo un ritmo de atención que refleja una institución activa y necesaria para el sistema.

HOSPITALIZACIÓN

DATOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PROMEDIO
PROMEDIO ESTANCIA	5,3	4,7	5,0	5,5	5,2	5,0	5,0	5,1	5,6	5,7	6,5	6,0	5,4
GIRO CAMA	5,3	4,9	5,1	5,2	5,5	5,0	5,5	5,3	4,7	4,6	4,1	5,0	5,0
PORCENTAJE OCUPACIONAL	91,8	91,1	94,8	96,5	96,7	90,1	93,9	94,1	93,4	94,0	94,0	93,7	93,7
PROMEDIO CAMAS EN USO	260	257	283	293	296	285	289	290	282	288	269	265	280



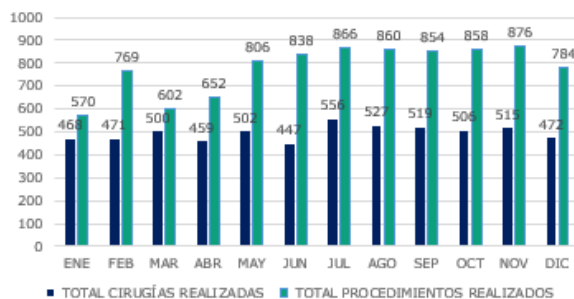
La gestión hospitalaria refleja una institución vital y altamente demandada, manteniendo un porcentaje ocupacional sobresaliente del 93.7%. A pesar de los picos de demanda que elevaron la ocupación al 96.7% en mayo, el equipo mantuvo la continuidad del servicio con un promedio de estancia equilibrado de 5.4 días. Estos indicadores son el resultado de una gestión de camas dinámica que prioriza la atención oportuna.

PACIENTES POR SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
UCI	73	67	72	62	78	61	75	60	72	69	72	80	841
UCIM	69	62	65	70	84	63	77	54	58	64	59	71	796
HX GINECO-OBSTETRICIA	232	237	232	250	251	225	268	297	269	277	269	272	3079
HX MEDICINA INTERNA 1	177	176	147	126	151	100	114	114	85	82	78	180	1530
HX MEDICINA INTERNA 2	140	132	112	121	107	95	123	101	77	81	70	113	1272
HX MEDICINA INTERNA 3	86	82	73	76	77	80	75	82	75	73	50	73	902
HX MEDICINA INTERNA 4	90	91	81	74	82	125	114	107	98	78	70	75	1085
HX MEDICINA INTERNA 5	140	117	112	107	120	138	146	140	126	124	104	91	1465
HX MEDICINA INTERNA 6			56	111	107	110	124	116	101	98	84	97	1004
HX PEDIÁTRICA SUR 1	167	153	197	193	213	200	191	175	153	149	180	169	2140
HX PEDIÁTRICA NORTE 2	156	131	186	150	202	183	166	163	136	127	0	0	1600
HX QUIRÚRGICA 1	99	120	114	98	110	107	116	121	112	86	104	99	1286
HX QUIRÚRGICA 2	115	100	102	114	106	119	120	109	99	107	91	94	1276
HX QUIRÚRGICA 3	110	96	108	123	135	97	115	90	107	100	98	108	1287
HX QUIRÚRGICA 4	97	88	97	112	110	89	106	99	86	89	72	94	1139
TOTAL	1751	1652	1754	1787	1933	1792	1930	1828	1654	1604	1401	1616	20702

Durante el año, el hospital demostró una robusta capacidad operativa al gestionar un total de 20,702 pacientes en las diferentes unidades de hospitalización. El compromiso con la salud infantil y materna es evidente, destacando la unidad de Pediatría Sur 1 con 2,140 pacientes atendidos y Gineco-Obstetricia con 3,079, consolidándonos como un referente de confianza para las familias.

CIRUGÍA

PRODUCCIÓN QUIROFANOS



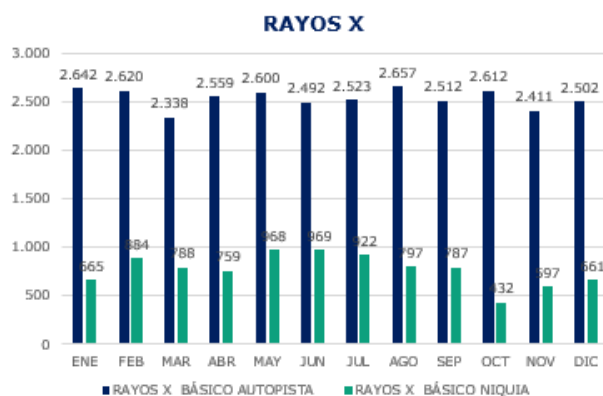
INFORMACIÓN QUIROFANOS	TOTAL
CIRUGÍAS REALIZADAS	5.942
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	9.335

PRINCIPALES PROCEDIMIENTOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
APENDICECTOMIA	94	97	86	96	120	88	107	104	109	81	84	86	1152
HERNIORRAFIA	21	16	26	33	33	35	42	36	20	33	33	31	359
COLECISTECTOMIA	62	71	81	67	59	61	62	66	66	72	73	70	810

La institución alcanzó un desempeño sobresaliente con 5,942 cirugías realizadas y un total de 9,335 procedimientos, manteniendo un ritmo constante de intervenciones exitosas durante todo el año. El liderazgo en procedimientos como la Apendicectomía (1,152 casos) y la Colecistectomía (810 casos) refleja una capacidad de respuesta inmediata y experta ante las patologías quirúrgicas más frecuentes de la región.

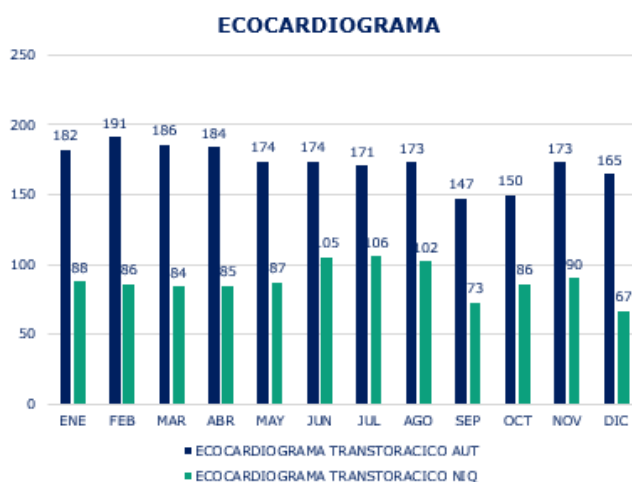
CONSULTA EXTERNA Y APOYO DIAGNOSTICO

CONSULTA REVISIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
GINECOBSTERICIA	112	173	98	80	147	50	66	78	91	184	82	110	1.271
CIRUGÍA GENERAL	189	243	202	220	204	188	261	210	213	201	166	177	2.474



RAYOS X	TOTAL
RAYOS X BÁSICO AUTOPISTA	30.468
RAYOS X BÁSICO NIQUIA	9.229
TOTAL	39.697

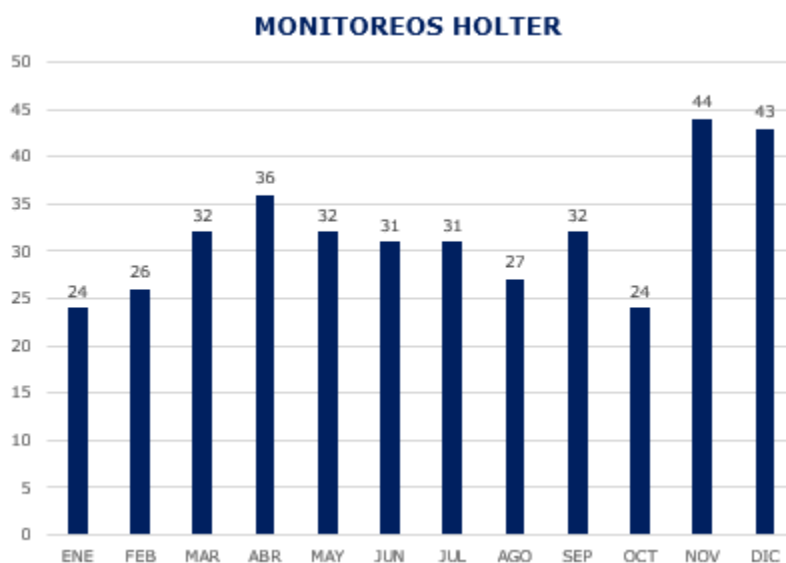
El hospital demostró una operatividad masiva al realizar un gran total de 39.697 estudios de Rayos X básicos durante la vigencia. Se destaca la Sede Autopista con una producción líder de 30.468 estudios, complementada efectivamente por la Sede Niquía con 9.229, asegurando una cobertura diagnóstica integral para toda la población.



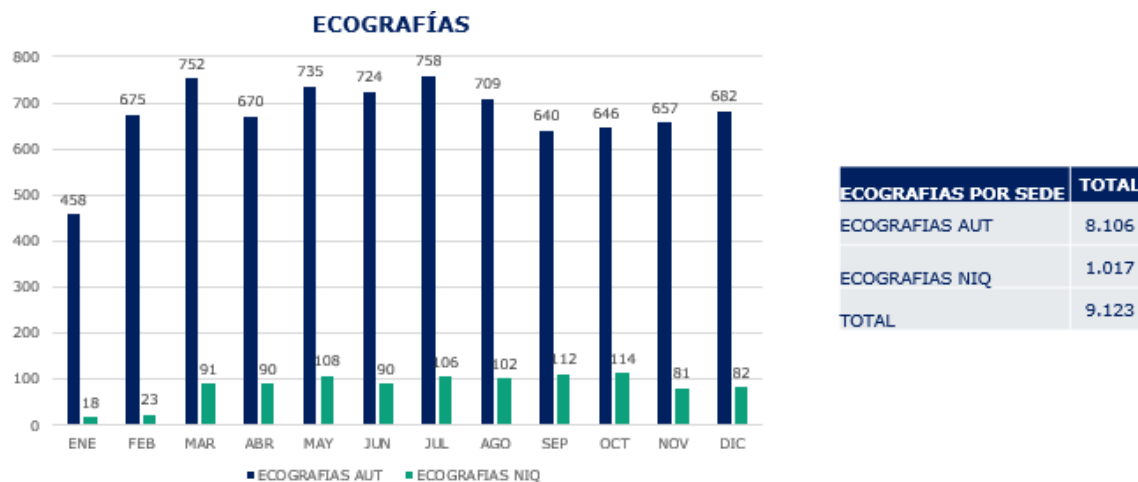
ECOCARDIOGRAMA	TOTAL
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO AUT	2.070
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO NIQ	1.059
TOTAL	3.129

Se realizaron 3.129 ecocardiogramas transtorácicos en total, brindando un soporte vital para el diagnóstico cardiovascular. La Sede Autopista lideró la

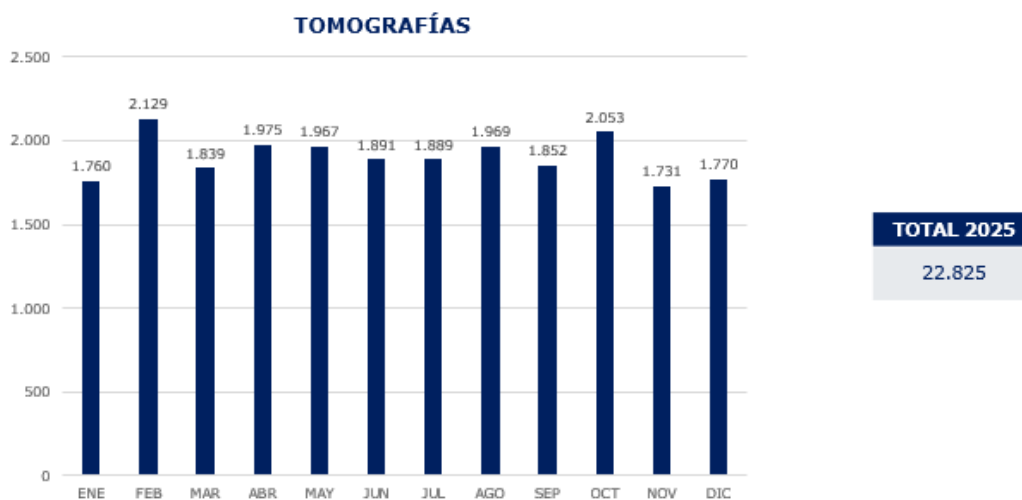
actividad con 2.070 procedimientos, mientras que la Sede Niquía aportó de manera significativa con 1.059, facilitando el acceso a pruebas especializadas en diferentes puntos de la ciudad. Se observa una notable estabilidad en la prestación del servicio, con meses destacados como febrero, donde se alcanzaron los 191 procedimientos en la Sede Autopista, demostrando una excelente capacidad instalada.



El hospital gestionó con éxito un total de 382 monitoreos Holter durante el año 2025, proporcionando una herramienta esencial para el seguimiento prolongado de la salud cardíaca. Se destaca una tendencia ascendente en la demanda hacia el cierre del año, alcanzando niveles máximos en noviembre (44) y diciembre (43), lo que refleja una creciente confianza de los usuarios en la calidad de nuestros servicios especializados.

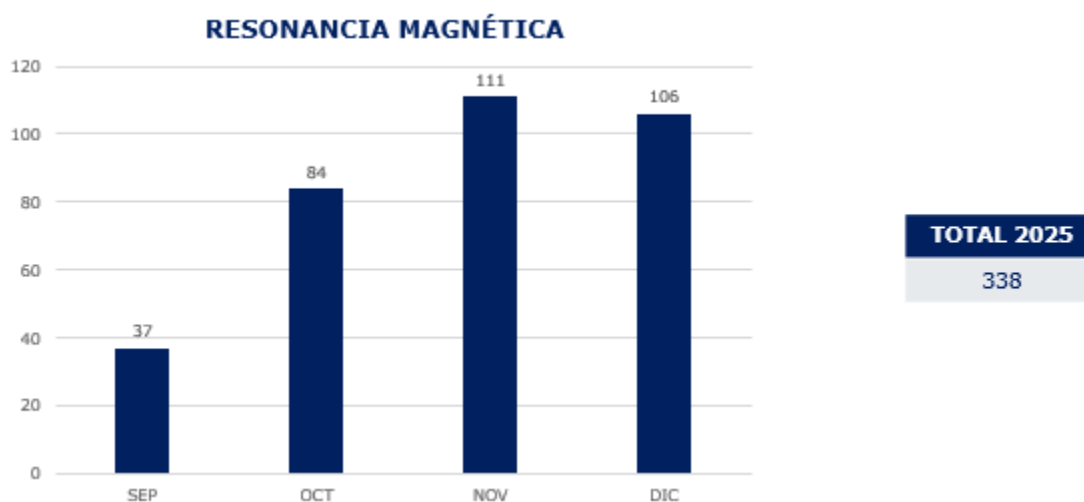


La institución garantizó la realización de 9.123 ecografías totales durante la vigencia. Se destaca la Sede Autopista con un total de 8.106 estudios, fortalecida por la Sede Niquía con 1.017, asegurando que los usuarios cuenten con tecnología de imagen diagnóstica cercana y oportuna. Esta alta producción de imágenes soporta directamente la resolutivez de los servicios de urgencias y consulta externa, agilizando el inicio de tratamientos.

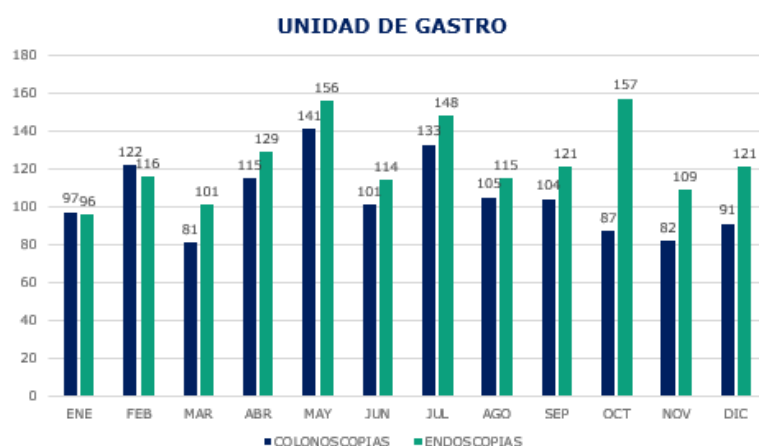


El comportamiento de la producción de tomografías durante el año 2025 demuestra una capacidad operativa sólida y constante, con un total anual de

22.825 estudios realizados. Esta cifra reafirma el papel fundamental del servicio de apoyo diagnóstico en el cumplimiento de los objetivos institucionales.



Se observa un incremento sostenido mes a mes, pasando de 37 estudios en septiembre a 111 en noviembre, lo que representa un aumento del 200% en la capacidad operativa en solo tres meses. El cierre de año con 106 estudios en diciembre confirma la estabilización de la demanda y la confianza de los usuarios y médicos remitentes en este servicio de alta complejidad. Con un total de 338 estudios en el último tramo del año, el servicio ha logrado fortalecer significativamente la capacidad resolutive del apoyo diagnóstico institucional.

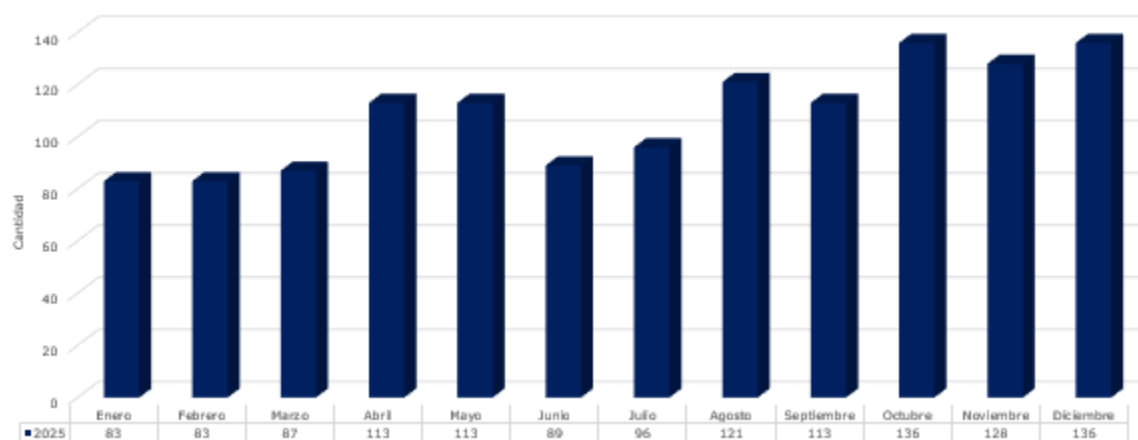


UNIDAD DE GASTRO	TOTAL
COLONOSCOPIAS	1.259
ENDOSCOPIAS	1.483

La unidad alcanzó un total combinado de 2.742 procedimientos durante el 2025 (1.483 endoscopias y 1.259 colonoscopias), demostrando una gestión eficiente de las salas de procedimientos. Meses como mayo y octubre destacan por alcanzar niveles máximos de atención (superando los 150 servicios mensuales en endoscopia), lo que evidencia la capacidad del equipo humano para manejar altos volúmenes de pacientes con eficiencia.

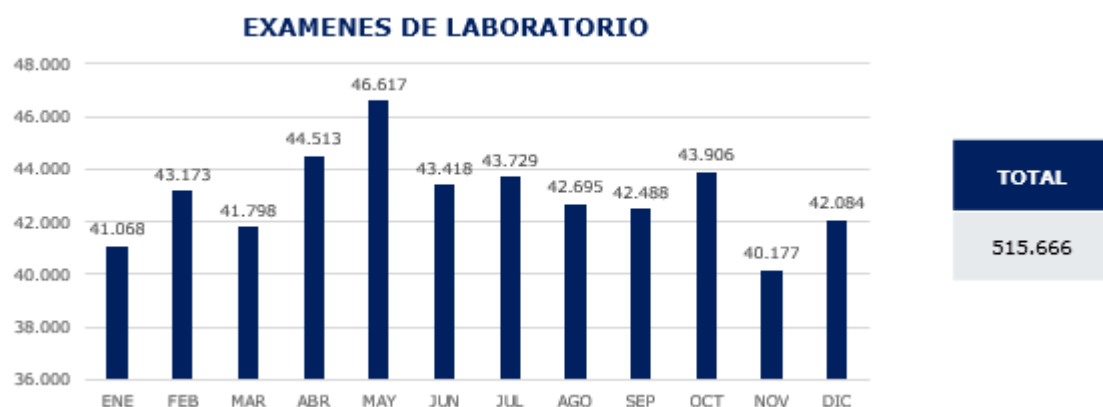
ATENCIÓN DEL PARTO

TOTAL DE NACIMIENTOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
PARTOS	52	52	53	62	68	57	56	83	71	97	82	85	818
INSTRUMENTADO	3	0	1	2	1	1	0	1	5	0	2	1	17
CESAREAS	28	31	33	49	44	31	40	37	37	39	43	50	462
TOTAL	83	83	87	113	113	89	96	121	113	136	127	136	1297



Se observa una clara tendencia al alza en el número total de nacimientos hacia el segundo semestre, alcanzando su punto máximo en octubre y diciembre con 136 nacimientos cada mes. La cifra de 462 cesáreas refleja la capacidad del hospital para atender partos de alta complejidad, garantizando siempre la seguridad del binomio madre-hijo ante cualquier eventualidad médica.

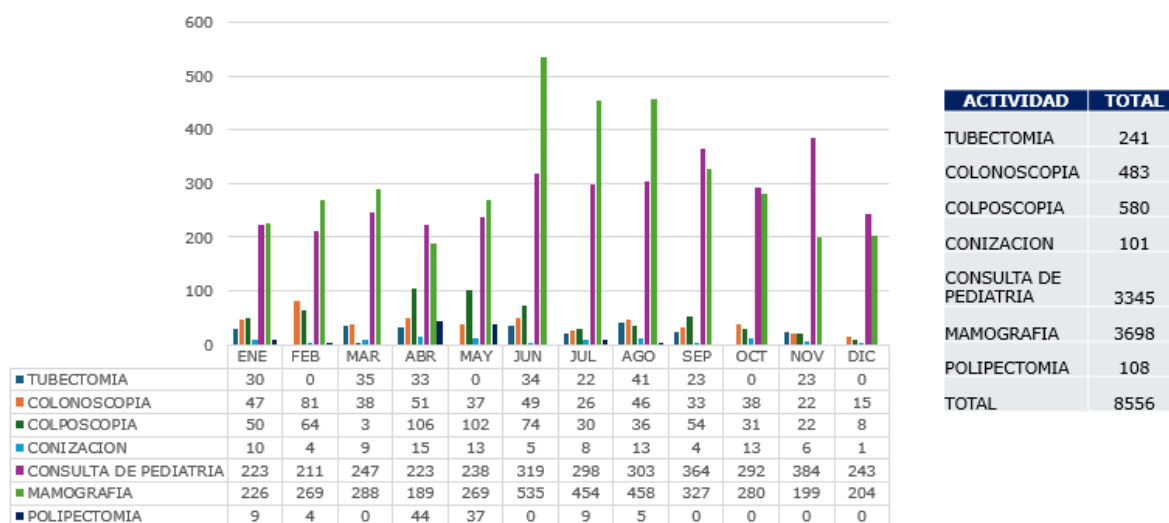
LABORATORIO



SGPT	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
TOTAL HEMOCOMPONENTES	175	203	292	340	306	242	311	253	336	283	251	274	3266

Superar el medio millón de exámenes al año (515.666 totales) posiciona al laboratorio como un motor vital de la institución, con un promedio mensual que se mantiene robusto por encima de los 40.000 procesamientos. La estabilidad de las barras a lo largo del año sugiere un proceso estandarizado que no se ve afectado por la estacionalidad, asegurando resultados oportunos para todos los servicios hospitalarios.

RED NOVA



Con 3.345 consultas de pediatría y 3.698 mamografías, la institución demuestra un enfoque sólido en la protección de la infancia y la detección temprana del cáncer de mama, pilares de la salud pública. Servicios como la Colposcopia (580) y Colonoscopia (483) mantienen un flujo constante, lo que reduce las brechas de atención para diagnósticos especializados.

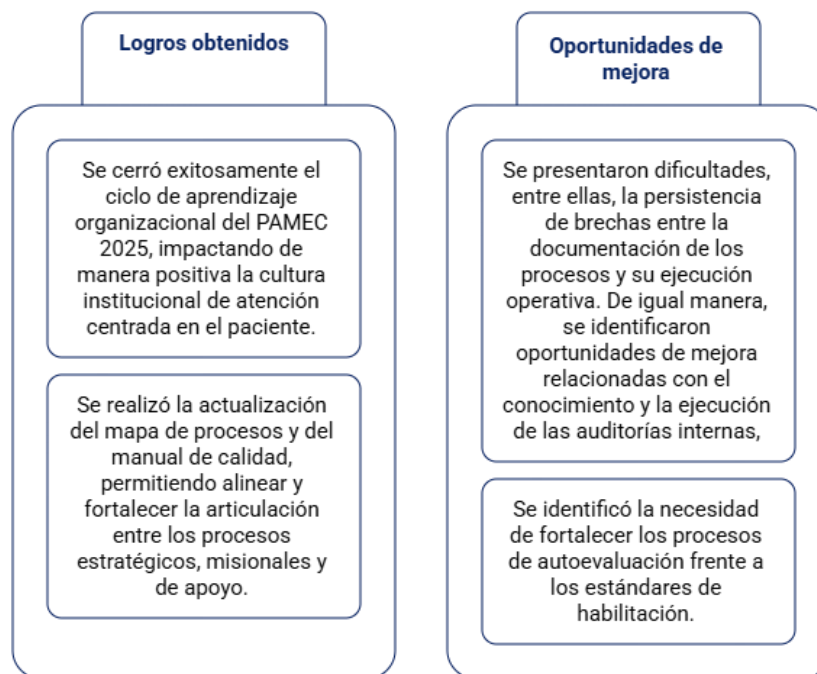
Estos resultados en conjunto demuestran que la ESE Hospital Marco Fidel Suárez ha logrado un equilibrio óptimo entre la alta productividad y la calidad en la prestación de servicios, cumpliendo con creces los compromisos de salud para la comunidad.

GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO



1. GESTIÓN HOLÍSTICA DE LA CALIDAD Y PROGRAMAS INSTITUCIONALES

En el marco de la gestión institucional, el desarrollo del proceso de calidad y mejoramiento continuo (PAMEC), articula la estrategia organizacional y se orienta a la estandarización de los procesos, el cumplimiento de los requisitos normativos y el fortalecimiento de la cultura de mejoramiento continuo. A través de las estrategias implementadas, contribuimos al mejoramiento del desempeño de los indicadores institucionales, al incremento de la satisfacción de los usuarios y a la optimización de la gestión operativa y financiera de la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez.



Como consecuencia, en la vigencia 2026 nos comprometemos a ejecutar el 100% del cronograma del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad – SOGCS, de esta manera se garantiza un servicio de alta índole y permite cumplir con los lineamientos normativos. Además, implementaremos un sistema de alertas automatizado para evitar la obsolescencia documental y fortalecer el control y actualización de la información institucional.

2. SEGURIDAD DEL PACIENTE

El proceso es central para garantizar una atención integral y segura, acorde con la misión institucional. Se enfoca en mitigar los riesgos y eventos adversos que se puedan presentar en cualquier momento de la atención, para brindar un servicio que genere satisfacción en los usuarios.

Logros:



El fortalecimiento de la cultura de reporte mediante el aplicativo Gestión Pass.



Se destaca la estrategia "Sube la baranda" para la prevención de caídas



La implementación de tableros en Power BI para monitorear rondas de seguridad en tiempo real, facilitando el análisis de la información y la toma de decisiones.

Se establecieron compromisos para mejorar las condiciones del paciente, entre ellas la mejora de la infraestructura física y adquisición de mobiliario que cumpla con estándares de seguridad. Además, se incorporarán apósitos de tecnología avanzada para prevenir lesiones de piel, contribuyendo a reducir riesgos y fortalecer la seguridad en la atención.

3. PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES Y ESTRATEGIA PROA

El proceso es fundamental para fortalecer la seguridad del paciente y la sostenibilidad financiera, mediante acciones orientadas a la reducción de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - IAAS y al uso racional de antimicrobianos.



Rondas de Auditoría Clínica

Implementación en UCI, Medicina Interna, Cirugía y Urgencias para optimizar esquemas terapéuticos.



Fomento de Cultivos

Impulso sistemático a la toma de cultivos previa al inicio de antibióticos para precisión diagnóstica.



Impacto en Sostenibilidad

Contención del gasto farmacéutico y reducción de estancias prolongadas y reingresos.



Cultura de Seguridad

Capacitación lúdica y herramientas 'Tips PROA' para rápida consulta del personal asistencial.



Vigilancia Epidemiológica de IAAS

Consolidación de un perfil epidemiológico mensual que permite la toma de decisiones basada en datos reales sobre:

Consumo de Antimicrobianos

Adherencia Multimodal

Tendencias de Resistencia

Durante la vigencia se identificaron dificultades, entre ellas una baja adherencia inicial sobre los lineamientos de prevención de IAA y a las recomendaciones del PROA. Asimismo, la sobrecarga asistencial y la alta rotación de personal, factores que pueden limitar la consolidación de una cultura de seguridad sostenida.

Para la vigencia 2026 se busca incrementar a un nivel porcentual la toma de cultivos antes de iniciar terapias antibióticas en servicios priorizados, así como disminuir la tasa de IAAS en al menos un 10 % respecto a la vigencia anterior y reducir el consumo de antibióticos de amplio espectro (carbapenémicos y glucopéptidos) entre un 10 % y 15 %.

Adicionalmente, se proyecta implementar un tablero digital de seguimiento epidemiológico y PROA con reporte mensual al comité institucional, así como generar informes trimestrales que evidencien los ahorros derivados de las intervenciones PROA, cuantificando los costos evitados por días cama prevenidos.

4. GESTIÓN CLÍNICA

El proceso ha estado orientado en garantizar que la práctica médica siempre se encuentre sustentada con la mejor evidencia disponible, promoviendo una atención estandarizada y el fortalecimiento de la calidad clínica.

NIVEL GLOBAL DE ADHERENCIA



Como resultado de las acciones desarrolladas durante la vigencia, se alcanzó un nivel global de adherencia del 90 % en la evaluación de 19 protocolos priorizados, lo que representa un desempeño óptimo en la aplicación de guías y lineamientos institucionales.

COBERTURA TRANSVERSAL

 UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

 URGENCIAS

 CIRUGÍA

Evaluación aplicada sistemáticamente en servicios críticos para garantizar la estandarización del cuidado.

La evaluación tuvo una cobertura transversal en servicios críticos como la Unidad de Cuidados Intensivos - UCI, Urgencias y Cirugía, fortaleciendo la seguridad del paciente y la calidad de la atención.



SEGURIDAD

Fortalecimiento directo de la Seguridad del Paciente.



CALIDAD

Mejora continua en la calidad de la atención institucional.



Conclusión Operativa: El resultado del 90% refleja un compromiso sólido del personal asistencial con los lineamientos institucionales y la reducción de la variabilidad clínica.

No obstante, se identificaron algunas dificultades relacionadas con la variabilidad en la calidad del registro en la historia clínica y diferencias en la apropiación de los lineamientos institucionales según el servicio.

Frente a esta situación, para la próxima vigencia se establecieron compromisos orientados a incorporar nuevas mediciones en protocolos de Sepsis y Código Azul, así como a reforzar los planes de mejora en aquellos protocolos que presentan niveles de adherencia inferiores al estándar institucional, con el fin de continuar fortaleciendo la práctica clínica basada en evidencia.

5. SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Se han implementado estrategias orientadas a la detección temprana de riesgos poblacionales y al cumplimiento con entes externos, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica en la ESE.



OPORTUNIDAD SIVIGILA

95%

REPORTE OPORTUNO DE EVENTOS

Cumplimiento con entes externos y estándares nacionales.

Las acciones han generado que se logre un alineamiento con el Plan de Desarrollo 2024-2027, alcanzando un 95% de oportunidad en el reporte al SIVIGILA.

Adicionalmente, se realizaron unidades de análisis para eventos prioritarios como dengue y tuberculosis, permitiendo identificar factores asociados y definir acciones de seguimiento y control.

UNIDADES DE ANÁLISIS DE EVENTOS

Realización de estudios profundos para eventos prioritarios, permitiendo la identificación de factores asociados y la definición de rutas de seguimiento.

EVENTOS PRIORIZADOS:

 **Dengue**

 **Tuberculosis**

ACCIONES DERIVADAS:

 *Control de factores asociados.*

 *Seguimiento estricto de casos.*

Se presentaron algunas dificultades relacionadas con la alta demanda asistencial, la cual en ciertos momentos dificultaron la clasificación rápida de eventos y el diligenciamiento de fichas epidemiológicas correspondientes.

Para la vigencia 2026, se proyecta el fortalecimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica mediante la implementación de búsquedas activas institucionales de carácter diario, orientadas a garantizar el reporte oportuno y completo (100%) de los eventos al sistema de vigilancia epidemiológica.

Así mismo, se priorizará el seguimiento a los eventos de notificación inmediata, con el propósito de mejorar la oportunidad, calidad y consistencia de la información reportada, contribuyendo a una toma de decisiones más efectiva en salud pública.

6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y TECNOLOGÍA

El proceso ha estado orientado a impulsar la transformación digital de la institución, constituyéndose en un componente fundamental para avanzar hacia la consolidación de un “Hospital Inteligente”. La gestión de datos y el fortalecimiento de herramientas tecnológicas se ha promovido la generación de información confiable, actualizada y acorde con la realidad actual, esto facilita la toma ágil de decisiones sustentadas en evidencia.

Mediante las acciones, se logró la consolidación de un modelo de evaluación de producción hospitalaria, mediante el análisis de factores estratégicos como el giro de cama, estancia y oportunidad en la atención.



Asimismo, la implementación de tableros dinámicos en Power BI que permiten visualizar la información en tiempo real y detectar oportunamente las desviaciones operativas en tiempo real, fortaleciendo el seguimiento institucional.

Visualización en Tiempo Real

La implementación de tableros dinámicos permite detectar oportunamente las **desviaciones operativas**, fortaleciendo el seguimiento institucional de manera inmediata.

DETECCIÓN DE DESVIACIONES



SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL



Para la vigencia 2026 buscamos fortalecer el ecosistema de inteligencia de negocios mediante el uso de herramientas como Power Automate, SharePoint y Forms, con el objetivo de lograr una adopción superior al 80% en todas las áreas. Generando resultados y seguimientos precisos. Estas acciones permitirán optimizar los procesos de automatización, mejorar la trazabilidad de la información y facilitar la generación de resultados y seguimientos más precisos para la gestión institucional.

7. EXPERIENCIA DEL USUARIO

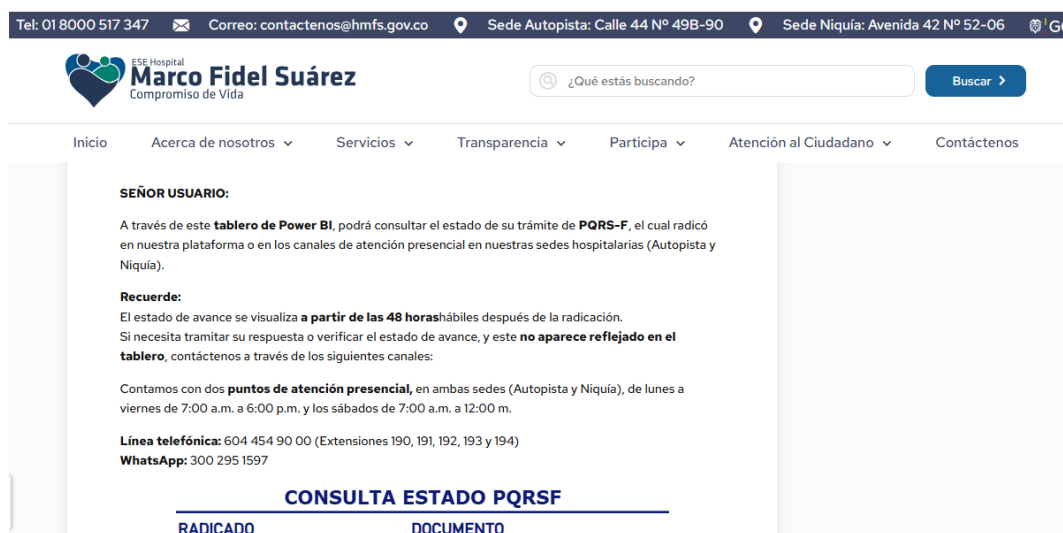
En el marco del fortalecimiento institucional, el proceso de experiencia del usuario en la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez se orienta a garantizar una atención centrada en el paciente, promoviendo la humanización de los servicios, la satisfacción del usuario y su familia, la participación social en salud y la mejora continua en la interacción entre el usuario y la institución.

Durante la vigencia, se evidencian logros relacionados con la mejora de la experiencia del usuario a través de la implementación de nuevos mecanismos que fortalecen la conexión usuario-hospital, facilitando la respuesta oportuna a las necesidades y requerimientos de la población atendida. Estas estrategias han permitido avanzar hacia una atención más humanizada, transparente y

accesible, promoviendo a su vez la participación activa de los usuarios y sus familias en los procesos de atención en salud.

Implementación del nuevo modelo de seguimiento a PQRSF y fortalecimiento de la gestión SIAU

Durante la vigencia se desarrolló e implementó un nuevo modelo de seguimiento en línea de PQRSF, que permite a los usuarios radicar sus solicitudes a través de la página web institucional, obtener el número de radicado y realizar seguimiento oportuno al estado de su requerimiento. Esta herramienta ha generado un impacto positivo en el fortalecimiento de la transparencia, el acceso a la información y la confianza de los usuarios.



Simultáneamente, se establecieron mejoras en el proceso SIAU a través de la implementación de un tablero de registro de pacientes priorizando su orden de llegada. Esta medida permite identificar priorizaciones, capturar información de enfoque diferencial, caracterizar usuarios y mejorar la trazabilidad en los servicios de mayor afluencia.

Este modelo, complementado con análisis cualitativo de causas, reporte de tendencias, indicadores de oportunidad y acciones de mejora, permitió alcanzar una oportunidad promedio de respuesta anual a PQRSF de 0.8 días, superando

ampliamente las metas institucionales y nacionales y cumpliendo con los lineamientos del FURAG.

Consolidación de la Estrategia de Humanización del Servicio

Se fortaleció la estrategia mediante la implementación de diferentes actividades dirigidas a pacientes, familia y talento humano. Las acciones están orientadas a promover una cultura del cuidado humano y compasivo centrado en la dignidad humana.

Entre las iniciativas desarrolladas se destacan:

- Lecturas que sanan, iniciativa implementada en servicios con alta carga emocional.
- Iniciativas psicosociales con el talento humano, como rondas de acompañamiento, caja de emociones, espacios vivenciales y ejercicios de contención emocional.
- Actividades de bienestar y educación para pacientes y cuidadores, enfocadas en derechos, deberes y autocuidado.
- Ciclo de diálogos “Cultura del Cuidado Humano y Compasivo”, dirigido al personal asistencial.
- Charlas en pautas de crianza para padres y cuidadores.
- Apertura del Aula Lúdica, que fortaleció la experiencia infantil y el apoyo emocional a las familias.
- Campaña institucional “Juntos por el Cuidado que Transforma”, con acciones visibles en los servicios.

Fortalecimiento de la Estrategia de Anfitriones del Servicio en las salas de espera

Se potenció la estrategia de Anfitriones del Servicio, garantizando acompañamiento permanente en las salas de espera de urgencias y otros servicios con alta demanda. A través de esta estrategia se brindó:

- Información clara y oportuna.
- Acompañamiento emocional.
- Orientación sobre flujos de atención y tiempos estimados.
- Atención con enfoque diferencial.
- Contención en situaciones de vulnerabilidad.

Esta iniciativa permitió mejorar la comunicación con los usuarios, disminuir la incertidumbre durante los tiempos de espera y fortalecer la experiencia de atención.

Participación Social en Salud y fortalecimiento de los canales de comunicación con el usuario.

Se avanzó en el fortalecimiento de mecanismos de información y participación social, mediante el desarrollo de piezas educativas y materiales humanizados, la implementación de códigos QR en habitaciones y puntos de atención para facilitar el acceso a información sobre derechos, deberes, rutas de atención y PQRSF, la emisión de boletines informativos periódicos y la instalación de señalización amigable en áreas de alto flujo. Asimismo, se brindó acompañamiento a la Asociación de Usuarios, a través de reuniones, recorridos y actividades institucionales. Estas acciones consolidaron un modelo de comunicación claro, accesible y centrado en el usuario, fortaleciendo la participación social y el control ciudadano sobre los servicios.

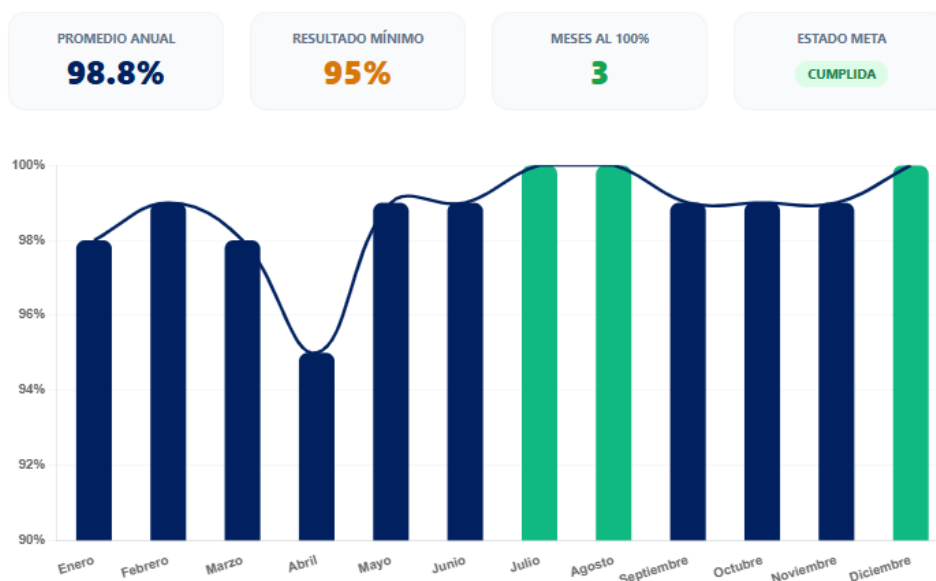
Fortalecimiento del enfoque diferencial, accesibilidad cultural e indicadores institucionales de experiencia

Se implementaron herramientas orientadas a mejorar la atención con enfoque diferencial, entre ellas se destacan la elaboración de piezas educativas en lengua indígena, la inclusión del enfoque diferencial en los formatos oficiales de registro SIAU, la sensibilización del talento humano sobre el trato diferencial y las barreras culturales, y el acompañamiento a usuarios con diversidad cultural o de lenguaje durante su tránsito por los servicios.

De igual forma, ya se encuentra disponible en nuestra página web la cartilla de derechos y deberes en lenguaje Embera.

Como resultado de estas estrategias, los indicadores institucionales de experiencia del usuario evidenciaron un desempeño altamente positivo, alcanzando niveles de satisfacción global superiores al 95%, así como una oportunidad de respuesta a PQRSF de 0.8 días, posicionando a la institución con uno de los mejores desempeños en la región en materia de experiencia del usuario.

SATISFACCIÓN GLOBAL



Durante la vigencia 2025, el indicador de Satisfacción Global de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez exhibió un comportamiento sobresaliente, consolidando un promedio anual del 98.8%. Estos resultados reflejan una percepción altamente positiva por parte de los usuarios respecto a los servicios de salud recibidos, manteniéndose en todo momento por encima de la meta institucional del 95%. Es importante destacar que el indicador alcanzó niveles de excelencia total (100%) en los meses de julio, agosto y diciembre, lo que demuestra una capacidad instalada para satisfacer plenamente las expectativas de la población atendida.

OPORTUNIDAD DE RESPUESTA



El indicador de Oportunidad de Respuesta de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez demostró un desempeño excepcional, manteniéndose consistentemente por debajo de la meta institucional establecida de 15 días. Con un promedio anual de 0.8 días, la institución logra dar respuesta a los requerimientos en un tiempo

significativamente inferior al límite permitido, lo que refleja una alta eficiencia operativa y un compromiso sólido con la atención oportuna al usuario.

Durante la vigencia 2025 se identificó como principal dificultad el incremento en la permanencia de los usuarios dentro de la institución, lo cual generó una mayor necesidad de acompañamiento institucional durante su estancia.

Esta situación estuvo asociada principalmente a factores externos, tales como la congestión en las EPS, los retrasos en los procesos de autorización y diversas barreras administrativas que impactan la oportunidad en la atención y continuidad de los servicios.

Frente a esta problemática, la institución adoptó medidas orientadas a mitigar sus efectos, entre las que se destacan el fortalecimiento de la estrategia de Anfitriones del Servicio, garantizando presencia permanente en las salas de espera y brindando orientación continua a los usuarios. Así mismo, se desarrollaron procesos de capacitación dirigidos al talento humano, enfocados en el trato digno, el enfoque diferencial y la comunicación humanizada, con el fin de mejorar la experiencia del usuario durante su permanencia en la entidad.

Para la vigencia nos comprometemos a fortalecer el enfoque diferencial y la accesibilidad cultural, ampliar y diversificar los materiales informativos y educativos en lenguas indígenas y en formatos inclusivos, garantizando su pertinencia cultural y lingüística. Esto incluye la adaptación de contenidos en sistemas alternativos de comunicación, así como la implementación de estrategias que faciliten la comprensión de la información por parte de poblaciones con características socioculturales diversas.

De igual manera, se promoverá la capacitación del talento humano en enfoque diferencial, interculturalidad y atención inclusiva, con el fin de asegurar una prestación de servicios respetuosa de la diversidad, centrada en el usuario y alineada con los principios de equidad y humanización en la atención en salud.

GESTIÓN FINANCIERA Y SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL



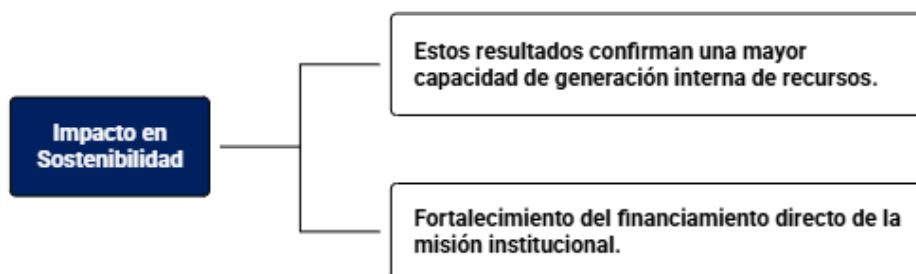
1. GESTIÓN FINANCIERA

Durante la vigencia 2025, la institución consolidó avances significativos en su desempeño financiero, orientados a garantizar la sostenibilidad económica de la operación y el respaldo permanente a la misión institucional. En este contexto, se destacan los siguientes logros:

Fortalecimiento de la autosostenibilidad operativa:

La Entidad evidenció una mejora sustancial en su capacidad de generar resultados positivos a partir de la operación asistencial. Los ingresos crecieron un 22%, alcanzando \$184.634 millones, ritmo superior al crecimiento de los costos de venta (+17%), lo que permitió incrementar la utilidad bruta en un 56%, hasta \$29.736 millones.

Este comportamiento se reflejó en una mejora estructural de los márgenes financieros: el margen bruto pasó de 12,59% a 16,11%; el margen operativo se incrementó de 3,95% a 5,83%, con una utilidad operacional que creció un 80%; y la utilidad neta aumentó en un 64%, alcanzando \$7.338 millones, con un margen neto del 3.97%.

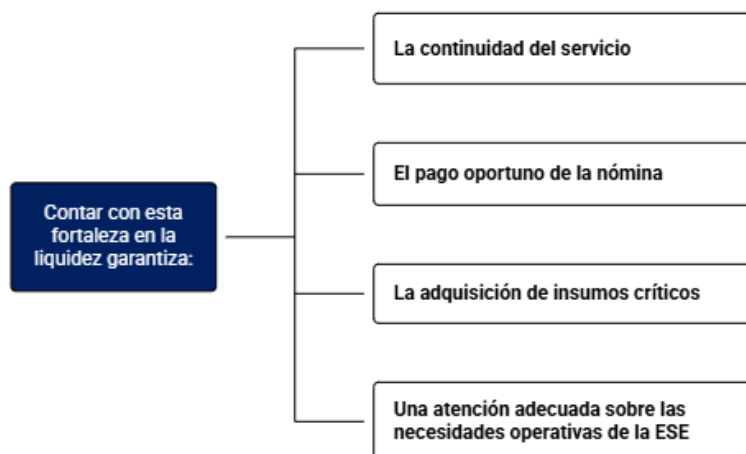


Fortalecimiento de la liquidez y del capital de trabajo:

La gestión financiera permitió mejorar de manera significativa la posición de liquidez. El efectivo y equivalentes crecieron un 255%, alcanzando \$4.182 millones, mientras que el capital de trabajo ascendió a \$42.468 millones, con un crecimiento del 23.17% frente a la vigencia anterior.

Adicionalmente, se mantuvo un índice de liquidez corriente saludable de 1,75 veces, aun en un contexto de mayor actividad operativa. La reducción del 6% en inventarios refleja una gestión más eficiente del abastecimiento y una mejor rotación de insumos.

Impacto en la sostenibilidad:



Gestión prudente del riesgo de cartera y saneamiento contable:

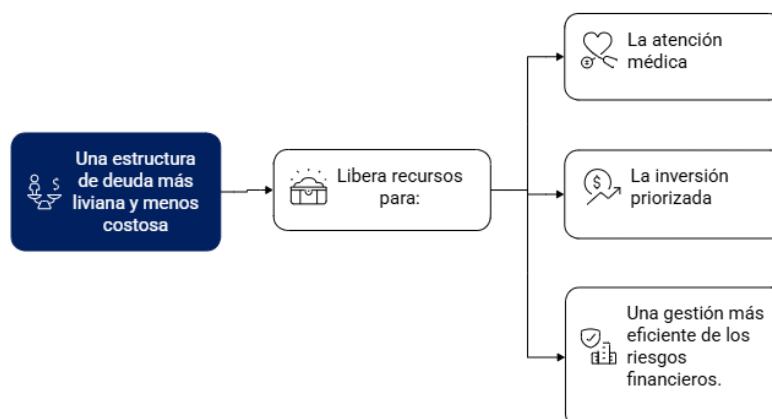
En cumplimiento de criterios de prudencia contable y control del riesgo financiero, se realizó el reconocimiento del deterioro de cuentas por cobrar por \$2.883 millones, fortaleciendo las provisiones y mejorando la calidad de los activos. El saldo neto del deterioro de cartera de difícil cobro se ubicó en - \$11.405 millones.

Ordenamiento del pasivo y reducción del costo financiero:

La Entidad redujo en el 6,9% en la deuda financiera total, principalmente por la amortización de capital con los abonos realizados en la vigencia.

Como resultado, los gastos financieros se redujeron en un 26%, aliviando la carga financiera sobre el resultado del ejercicio.

Impacto en la sostenibilidad

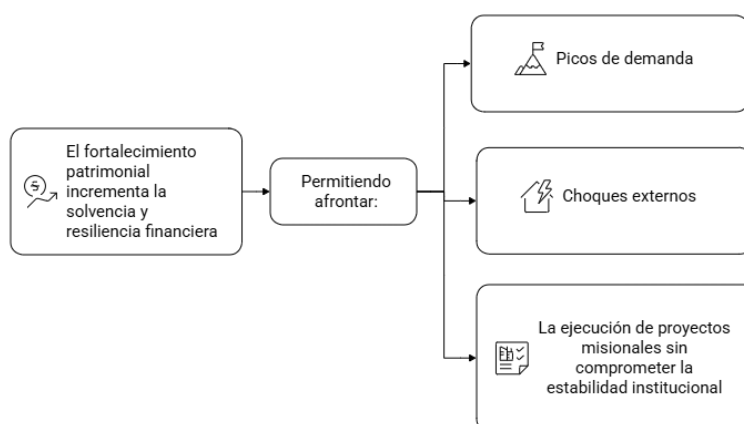


Fortalecimiento patrimonial e institucional:

El patrimonio de la E.S.E. creció un 9%, alcanzando \$93.830 millones, impulsado principalmente por el mayor resultado del ejercicio (+64%) y el incremento del capital fiscal (+13%).

Aunque se evidencia un aumento en el nivel de apalancamiento (pasivo/activos del 45%), la Entidad mantiene una posición patrimonial sólida, coherente con su capacidad operativa y financiera.

Impacto en la sostenibilidad



La vigencia 2025 evidencia una senda de sostenibilidad económica que respalda de manera directa la misión institucional de prestar servicios de salud con oportunidad, calidad y enfoque en el usuario. El crecimiento de ingresos por encima de los costos, junto con la mejora de márgenes operativos y netos,

demuestra autosuficiencia en la generación de excedentes que fortalecen la operación asistencial sin depender en exceso de fuentes extraordinarias. El fortalecimiento de la liquidez, mayor efectivo y capital de trabajo, con una razón corriente saludable, asegura la continuidad del servicio, el abastecimiento oportuno de insumos críticos y el cumplimiento de compromisos laborales y contractuales.

En paralelo, la gestión prudencial del riesgo de cartera (reconocimiento de deterioros) protege el flujo de caja futuro, mientras que la disminución del endeudamiento y del costo financiero libera recursos para calidad, humanización y ampliación de cobertura. El incremento del patrimonio reafirma la solvencia y resiliencia institucional para enfrentar picos de demanda y choques exógenos, garantizando estabilidad en el mediano y largo plazo.

La gestión financiera de la vigencia fortalece de manera integral la capacidad del Hospital para sostener su misión institucional en el corto, mediano y largo plazo.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE RECURSOS DE APOYO



1. GESTIÓN HUMANA

En la vigencia 2025, se ejecutaron diferentes acciones encaminadas al fortalecimiento del talento humano, la consolidación de la carrera administrativa, el bienestar de los colaboradores y el mejoramiento continuo de las competencias institucionales, se obtuvieron los siguientes logros:

- **Fortalecimiento del mérito y la gestión de la carrera administrativa:**

Se garantizó el cumplimiento del proceso de Evaluación del Desempeño Laboral de los funcionarios de carrera administrativa, así como la continuidad a la etapa del concurso de méritos.



Incluye el registro de 81 vacantes correspondientes a 26 empleos ante la OPEC, así como la gestión presupuestal y de tesorería requerida para el proceso de selección adelantado por la CNSC, asegurando el cumplimiento de la normatividad vigente.

- **Seguimiento y control a la gestión del personal provisional:**

Se implementó un mecanismo de seguimiento a la gestión de los funcionarios provisionales, el cual permitió evaluar su desempeño, fortalecer el control administrativo y asegurar la alineación con los objetivos institucionales, contribuyendo a la eficiencia y continuidad del servicio.

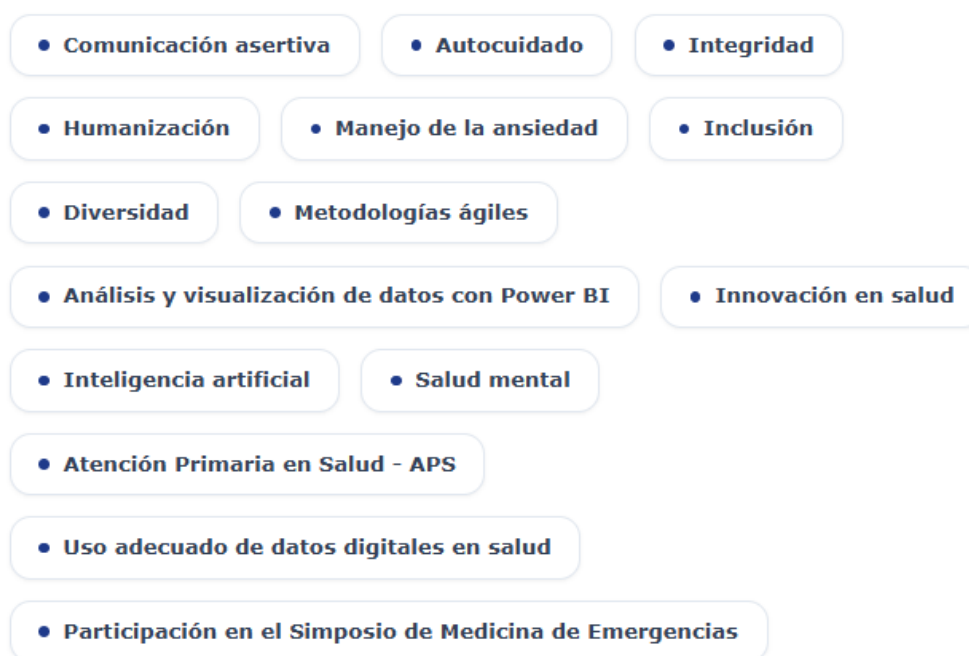
- **Ejecución integral del Plan de Bienestar, Estímulos e Incentivos:**

Se desarrollaron múltiples actividades orientadas al bienestar físico, emocional y social de los colaboradores, entre ellas se destaca la implementación del

programa “Enfócate”, dirigido a promover el equilibrio entre la vida laboral, familiar y personal, así como la realización de actividades de bienestar como tarde de cine, encuentros de desvinculación asistida, conmemoraciones institucionales (Día de la Mujer, Hombre, Enfermería, Médico y Niño). Adicionalmente, se otorgaron 36 bonos de lentes, 37 bonos educativos y 45 auxilios para actividad física, fortaleciendo la motivación, permanencia y satisfacción del talento humano.

- **Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación y formación continua:**

Se ejecutaron acciones formativas orientadas al fortalecimiento de competencias técnicas, humanas y organizacionales. Estas actividades abordaron temáticas como:



- **Avances en Seguridad y Salud en el Trabajo y gestión del riesgo:**

En concordancia con la Resolución 0312 de 2019, se realizó la autoevaluación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

obteniendo un cumplimiento del 97%, equivalente a un estado ACEPTABLE. Adicionalmente, se aplicó la batería de riesgo psicosocial, con resultado de riesgo medio, se desarrollaron encuentros mensuales de la brigada de emergencias en ambas sedes y se ejecutó el simulacro institucional de emergencia.

- **Espacios de participación e integración:**

Se promovieron espacios de integración institucional, destacándose la Asamblea General de Empleados vinculados a la planta de cargos de la ESE, en donde se revisaron los estatutos que rigen el Plan de Bienestar conforme a la diversidad actual y evolución del entorno. Asimismo, la Gerencia presentó el informe de gestión institucional, fortaleciendo la concientización de los colaboradores sobre su rol en la institución, la actualidad del sector salud, el estado de la ESE en el sistema y su situación interna, lo cual contribuye al fortalecimiento del sentido de pertenencia hacia la institución.

Para la nueva vigencia, se identificaron desafíos estratégicos que permitieron establecer acciones necesarias para cumplir con los objetivos del área:

1. Implementar progresivamente el Sistema Integral de Gestión de las Personas, integrando la información relacionada con ingresos, retiros, novedades administrativas, hojas de vida y turnos del personal, garantizando accesibilidad, trazabilidad y actualización de la información, así como el fortalecimiento del cumplimiento normativo en materia de talento humano en salud.
2. Asegurar la conformidad de las hojas de vida del personal con los estándares definidos en la Resolución 3100 de 2019, así como con la normatividad vigente en materia de talento humano en salud, mediante procesos de validación, actualización permanente, custodia documental y trazabilidad, garantizando soporte para auditorías, procesos de habilitación y verificación externa.

3. Consolidar el Plan Institucional de Capacitación, integrando las acciones de formación en un solo instrumento y fortaleciendo el uso de las herramientas digitales institucionales (AVI), para promover coherencia, cobertura, trazabilidad y alineación con los objetivos institucionales.
4. Dar continuidad a las estrategias de bienestar, estímulos y cultura organizacional, orientadas a consolidar un sello distintivo en el relacionamiento interno y con los grupos de interés, promoviendo un clima laboral favorable y una percepción positiva de la institución.
5. Acompañar y cumplir de manera oportuna las actuaciones que corresponden a la entidad en el concurso de méritos de la carrera administrativa, en articulación con la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC) y conforme a los lineamientos, requerimientos y cronograma definidos por dicha entidad.

2. GESTIÓN DOCUMENTAL

Con el fin de contribuir al cumplimiento de los ejes estratégicos institucionales, el área desarrolló diversas actividades que permitieron alcanzar importantes logros durante la vigencia. A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos:

- **Transformación Digital en el Consentimiento Informado**

Eje Estratégico: *Sostenibilidad Consciente y Tecnología*

Se han presentado avances el diligenciamiento de los consentimientos informados; desde el 02 de julio de 2025, hasta la finalización del año, se han gestionado 40.061 consentimientos informados de manera digital. Este logro representa un impacto ambiental y financiero positivo, evitando la impresión de 120.183 folios equivalentes a 120 resmas de papel y reduciendo costos operativos por un valor de \$2.040.000. La estrategia ha permitido optimizar los tiempos de atención y garantizar la integridad y disponibilidad de la información clínica, en concordancia con la política institucional de “Cero Papel”.

- **Optimización de la Atención al Usuario y Omnicanalidad**

Eje Estratégico: *Competitividad y Responsabilidad Social*

Durante la vigencia se fortalecieron las estrategias de atención al usuario, mediante la implementación de un modelo de interacción que prioriza el uso de los canales virtuales para facilitar el acceso de los sistemas de información. Gracias a esta transformación, el 82 % de los requerimientos de los usuarios, correspondientes a 12.292 solicitudes, fueron atendidos a través de medios digitales como WhatsApp y correo electrónico, consolidando una modalidad de atención más ágil y accesible.

En total, se tramitaron 14.985 requerimientos, correspondientes aproximadamente a 740.900 folios, priorizando criterios de oportunidad, agilidad en la respuesta y confidencialidad en el manejo de la información. De igual manera, la digitalización de la entrega de información clínica, que tradicionalmente implica un promedio de 50 folios por historia clínica, permitió proyectar un ahorro estimado de \$12.736.400 en insumos de papelería.

Esta transición hacia un modelo de respuesta no presencial también genera un valor agregado en la experiencia de los usuarios, al reducir los tiempos de espera y los costos asociados al desplazamiento, fortaleciendo así el compromiso institucional con la responsabilidad social.

- **Fortalecimiento del Acervo Documental e Innovación Tecnológica**

Eje Estratégico: *Hospital Inteligente y Eficiencia Administrativa*

Se logró la digitalización de 14.818 historias clínicas, equivalentes aproximadamente a 740.900 folios, lo que representa un avance significativo en la organización, preservación y acceso a la información institucional. Al ejecutar esta estrategia en conjunto con talento humano y recursos propios, evitando la contratación de servicios externos y generando una optimización de recursos

estimada en \$431.685.385, de acuerdo con los valores de referencia establecidos en la UVT 2025 del Archivo General de la Nación - AGN.

Esta iniciativa fortalece la seguridad, disponibilidad y acceso oportuno a la información clínica para el personal asistencial y los organismos de control, contribuyendo al desarrollo de procesos basados en la gestión del conocimiento y el uso estratégico de la tecnología.

Los avances alcanzados reflejan un enfoque institucional orientado a la transformación digital, la eficiencia administrativa y la sostenibilidad. Uno de los logros más significativos ha sido la simplificación de la experiencia del usuario en su interacción con la institución. La posibilidad de firmar consentimientos informados desde dispositivos electrónicos o resolver inquietudes mediante canales digitales como WhatsApp contribuye a una atención más ágil, digna y centrada en las necesidades del paciente.

De igual forma, las acciones encaminadas al cumplimiento de la política "Cero Papel" demuestran que la sostenibilidad puede integrarse de manera efectiva a la gestión hospitalaria. La reducción del uso de 869 resmas durante la vigencia demuestra que es posible operar un hospital de alta complejidad siendo responsables con el entorno.

Asimismo, la ejecución de procesos estratégicos con capacidad institucional propia ha permitido optimizar el uso de los recursos financieros, generando ahorros de más de 400 millones de pesos, además de demostrar el talento y la capacidad técnica del personal para liderar los procesos de transformación tecnológica proyectados en el eje estratégico *Hospital Inteligente y Eficiencia Administrativa* para el 2028.

Para la vigencia 2026, la gestión se enfocará en consolidar la tecnología como un puente para una atención más humana y eficiente, bajo los siguientes compromisos:



EXPANSIÓN DIGITAL DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

EL RETO

Implementar 11 nuevos formularios de consentimiento informado digital durante el año.

EL PROPÓSITO

estandarizar la seguridad clínica en 11 procedimientos clave adicionales, permitiendo que el usuario reciba información clara y oportuna. Con ello se busca disminuir los trámites físicos, fortalecer la Política de "Cero Papel" y garantizar que el personal asistencial disponga de más tiempo al cuidado de los usuarios.



AUTONOMÍA DEL USUARIO: IMPLEMENTACIÓN DEL BOT DE HISTORIAS CLÍNICAS

EL RETO

Poner en marcha el Bot institucional que permita a los usuarios descargar su historia clínica de forma directa y segura.

EL PROPÓSITO

Fortalecer la autonomía del paciente sobre su información clínica, permitiéndole acceder y descargar su historia clínica de manera directa y segura. Con la implementación de esta herramienta se busca disminuir considerablemente los tiempos de espera para trámites administrativos y avanzar en la consolidación de un Hospital Inteligente, donde la tecnología facilite el acceso a la información y mejore la experiencia del usuario desde cualquier lugar.



INTEGRACIÓN TOTAL DEL ARCHIVO DIGITAL (PASIVO Y VIGENTE)

EL RETO

Ejecutar el plan de digitalización integral que incluya tanto el archivo pasivo como el acervo documental vigente.

EL PROPÓSITO

Facilitar el acceso de los archivos para los usuarios y el personal asistencial, de tal forma que no deban esperar por una carpeta física para conocer los antecedentes de un paciente.

Al unificar el archivo histórico con el actual se garantiza la continuidad de la atención, fortalecer la seguridad de la información y asegurar su disponibilidad en tiempo real para la toma de decisiones clínicas y los requerimientos de los entes de control.

3. GESTIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS

Durante la vigencia se alcanzaron importantes avances relacionados con el cumplimiento de la normatividad, la optimización de los recursos financieros institucionales, el fortalecimiento del talento humano y el mejoramiento continuo de los procesos asociados a la gestión de tecnología biomédica. A continuación, se presentan los principales logros alcanzados:

- **Garantía de la continuidad y seguridad en la atención en salud**

Se aseguró la continuidad y seguridad en la prestación de los servicios mediante la revisión técnica, verificación del funcionamiento y mantenimiento oportuno de los equipos biomédicos. Estas acciones permitieron asegurar la disponibilidad y la confiabilidad, contribuyendo a brindar una atención segura para los pacientes.

- **Cumplimiento normativo y fortalecimiento del Sistema de Garantía de la Calidad**

Se fortaleció el cumplimiento de la normatividad vigente a través de la gestión integral de tecnovigilancia, la trazabilidad documental de los equipos biomédicos y la alineación con los lineamientos establecidos por el Instituto Nacional de

Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA y las resoluciones aplicables, contribuyendo a la reducción de riesgos asistenciales y regulatorios.

- **Optimización de los recursos financieros institucionales**

Se promovió el uso eficiente de los recursos a través de la planeación y ejecución del mantenimiento preventivo, el control de contratos y el seguimiento a equipos en comodato, lo que permitió disminuir fallas correctivas, tiempos de inoperatividad y costos asociados a la operación de los equipos.

- **Mejora continua de los procesos internos institucionales**

Se fortaleció la articulación con las áreas asistenciales para la atención oportuna de requerimientos técnicos relacionados con los equipos biomédicos, contribuyendo a una mayor capacidad resolutoria de los servicios y una mejora de la experiencia del usuario.

- **Fortalecimiento institucional y del talento humano**

Se realizaron procesos de capacitación dirigidos al personal asistencial sobre el uso seguro y adecuado de los equipos biomédicos, promoviendo la cultura de seguridad del paciente y el uso responsable de la tecnología en salud dentro de la institución.

Como compromiso concreto para la nueva vigencia, buscamos contar con un apoyo técnico integral para la puesta en marcha, dotación, verificación de funcionamiento y habilitación del servicio de Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal - UCIN, garantizando el cumplimiento de los requisitos técnicos, normativos y de seguridad del paciente establecidos por la normatividad vigente, y asegurando la disponibilidad y confiabilidad de la tecnología biomédica necesaria para la prestación del servicio. Se establecen los siguientes objetivos:



**SOMOS
#COMPROMISODEVIDA**



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia