HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL

INFORME TÉCNICO CONSOLIDADO

Justificación técnico-epidemiológica, territorial, normativa, operativa y de implementación progresiva por fases para la apertura gradual de servicios en la Clínica El Bosque - Cartagena

Objeto	Soportar, con fuentes oficiales, revisión de capacidad instalada y auditoría técnica anexa, la definición del portafolio, la ruta jurídico-administrativa del activo y la implementación progresiva por fases para la apertura gradual de servicios en Cartagena.
Inmueble evaluado	Clínica El Bosque – Cartagena de Indias, barrio El Bosque, con conectividad funcional hacia Mamonal, Troncal de Occidente y áreas periféricas.
Enfoque	Implementación progresiva de servicios intramurales, ambulatorios, extramurales y territoriales, articulada con EBS, APS, RIAS y criterios vigentes de habilitación; la fase 0 incorpora el análisis jurídico-administrativo y, de ser viable, la estructuración contractual o administrativa para eventual adquisición, administración o negocio jurídico equivalente sobre el activo.
Fecha	8 de abril de 2026
Advertencia técnica	Este documento no reemplaza la autoevaluación de habilitación ni el concepto estructural/biomédico definitivo; la apertura de cada servicio queda condicionada a verificación de ambientes, flujos, dotación, gases, residuos, seguridad humana, procesos prioritarios, actualización/inscripción en REPS y cumplimiento de la Resolución 3100 de 2019 y sus modificaciones, la Resolución 591 de 2024 y demás normas aplicables.

Síntesis. La evidencia revisada no soporta una apertura simultánea e indiscriminada de alta complejidad. Sí soporta, en cambio, una apertura escalonada y jurídicamente defendible: primero un núcleo resolutivo de urgencias, cirugía, hospitalización base, laboratorio e imagenología prioritaria; luego expansión obstétrica, pediátrica, UCI/UCIN y salud mental; y únicamente después, según factibilidad técnica, financiera, operativa y normativa, hemodinamia/angiografía, oncología avanzada y otros servicios de alto CAPEX. Como soporte complementario, la auditoría técnica de campo - incorporada como anexo - emitió concepto favorable condicionado, útil para sustentar el inicio del

proceso, siempre que se respeten las observaciones, requisitos y condicionamientos establecidos.

Dirección de Prestación de Servicios

Resumen ejecutivo

El análisis ampliado confirma que Cartagena presenta una combinación de presión epidemiológica, contracción relativa de oferta hospitalaria de mayor complejidad, barreras territoriales y administrativas de acceso, y una carga creciente de enfermedad crónica, salud mental, eventos transmisibles y necesidades materno-perinatales. En ese contexto, la Clínica El Bosque puede convertirse en una sede estratégica para ampliar la capacidad resolutiva del HUSJDMI en la región Caribe, siempre que la apertura de servicios desde la baja a la alta complejidad se organice por fases, con soporte territorial mediante Equipos Básicos de Salud (EBS) y una operación alineada a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). La priorización recomendada desplaza el arranque hacia una fase 0 jurídico-administrativa y de alistamiento, seguida por una fase I centrada en consulta externa de rápida implementación y despliegue inicial de EBS, antes de escalar hacia componentes hospitalarios y críticos. El ASIS Cartagena 2025 ubica a las enfermedades no transmisibles como el principal grupo de morbilidad atendida en 2024 (71,5% de las consultas), con una carga especialmente alta de enfermedad cardiovascular; además, describe aumento de salud mental, dengue, tuberculosis, VIH y eventos materno-perinatales (DADIS, 2025). Como soporte complementario del análisis consolidado, la auditoría técnica de campo del 13 de abril de 2026 - incorporada como anexo de soporte - emitió un concepto favorable condicionado, lo que refuerza la viabilidad de iniciar un proceso de implementación gradual, mas no una habilitación automática o una apertura integral inmediata.

- La oferta habilitada de internación muestra contracción entre 2015 y 2024: hospitalización general de adultos −17%, pediatría general −17% y obstetricia −21%, lo que sustenta ampliar capacidad hospitalaria y crítica, no sólo consulta externa (DADIS, 2025).
- La tasa de PQRD/reclamos en salud acumulada a 12 meses para Cartagena fue 337,1 por 10.000 afiliados en 2025, con 42.082 reclamos y un promedio anual de 1.248.244 afiliados; ello la ubica en un rango alto dentro de ciudades del Caribe (Superintendencia Nacional de Salud, 2025a).
- Las barreras de acceso identificadas en fuentes oficiales incluyen transporte, espacio público, edificaciones y comunicación en entidades de salud; el Plan Territorial de Salud también reporta limitación en acceso a servicios integrales de salud mental y fallas de adherencia a guías y rutas materno-perinatales (Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias, 2024).

- No se recomienda abrir en fase inicial servicios que exijan infraestructura altamente especializada no verificada —por ejemplo radioterapia o hemodinamia/angiografía— sin factibilidad técnica, financiera, operativa y normativa completa.

Contenido del documento

No.	Sección
1	Justificación institucional del proyecto en el marco del HUSJDMI
2	Metodología, alcance e insumos empleados
3	Lectura territorial y de acceso del área de influencia
4	Soporte regional de red pública y complementariedad territorial
5	Soportes para la apertura de servicios
6	Justificación detallada por línea de servicio
7	Sustento técnico-jurídico y operativo para la implementación progresiva por fases
8	Propuesta de apertura progresiva por fases
9	Lectura técnico-funcional por pisos y condiciones de habilitación
10	Propuesta puntual de EBS y articulación con RIAS
11	Gobernanza institucional y correspondencia con la estructura del HUSJDMI
12	Conclusiones, condicionantes y recomendaciones
13	Referencias bibliográficas y anexos de soporte

Adicionalmente, dado el contexto previo del inmueble - cambios de operador, cierres, restitución del activo y antecedentes regulatorios -, la fase 0 debe incorporar expresamente el componente de adquisición contractual o administrativa en caso de eventual compra, cesión, arrendamiento, administración o negocio jurídico equivalente. Esto exige, como condición previa de gobierno del proyecto, revisión documental del activo, diagnóstico de títulos

o tenencia, análisis de pasivos visibles, inventario técnico, avalúo, estimación de CAPEX/OPEX inicial, definición del vehículo contractual y trazabilidad de aprobaciones internas. Sin esta capa de ordenamiento, cualquier apertura asistencial quedaría expuesta a riesgo jurídico, patrimonial y operativo.

Esta lectura institucional es consistente con el estudio técnico del HUSJDMI, que prevé crecimiento progresivo de capacidades, uso escalonado de infraestructura, desarrollo simultáneo de APS/atención ambulatoria y soporte hospitalario, y organización del talento humano conforme a la capacidad instalada y al nivel de complejidad proyectado. Por ello, en Cartagena la secuencia más sólida no es iniciar por la totalidad de los servicios hospitalarios, sino estructurar primero un ancla ambulatoria-territorial de rápida implementación, jurídicamente ordenada y normativamente habilitable, que permita madurar la operación, inducir demanda, ordenar referencia y crear condiciones para fases posteriores.

El Decreto 0010 de 2025, al adoptar la estructura del HUSJDMI, asigna competencias directamente relacionadas con este proyecto a la Dirección de Prestación de Servicios de Salud, la Subdirección de Atención Primaria, las Subdirecciones de Servicios Ambulatorios, Hospitalarios, Urgencias y Apoyo Terapéutico, la Dirección Territorial y Atención Multimodal, la Dirección de Infraestructura y Patrimonio, la Secretaría General y la Oficina Jurídica. En consecuencia, el modelo de apertura por fases tiene un anclaje orgánico claro: la fase 0 no sólo debe cerrar brechas técnicas de habilitación, sino también ordenar la ruta jurídico-administrativa del activo; y la fase I debe priorizar el arranque de consulta externa y EBS como puerta de entrada regulada al modelo de atención.

La apertura progresiva de la Clínica El Bosque debe enmarcarse en el objeto, estructura y modelo de despliegue funcional del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil (HUSJDMI), entidad de carácter especial del orden nacional adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, creada para prestar servicios de mediana y alta complejidad, desarrollar atención integral en salud y actuar como articulador técnico, académico, científico y territorial. Desde esta perspectiva, la sede Cartagena no se analiza como un proyecto inmobiliario aislado, sino como una extensión funcional de la capacidad institucional del Hospital para ampliar cobertura, organizar redes y desplegar servicios intramurales, ambulatorios y extramurales con gobernanza pública, gradualidad operativa y control regulatorio.

Justificación institucional del proyecto en el marco del HUSJDMI

1. Metodología, alcance e insumos empleados

El informe se elaboró mediante triangulación de siete capas de evidencia: (i) fuentes oficiales de situación de salud y planeación territorial; (ii) fuentes oficiales sectoriales de reclamos y barreras de acceso; (iii) planeación oficial de red pública regional y complementariedad territorial; (iv) normatividad vigente de habilitación, residuos, RIAS, EBS, referencia y gobierno del servicio; (v) revisión técnico-arquitectónica de los planos y del Programa Médico Arquitectónico (PMA) suministrados por la entidad; (vi) auditoría técnica de campo incorporada como anexo de soporte; y (vii) lectura institucional del HUSJDMI y de la ruta jurídico-administrativa del activo en caso de eventual adquisición o administración.

Fuente	Tipo	Utilidad principal	Carácter
ASIS Cartagena 2025	Análisis oficial de situación de salud	Carga de enfermedad, mortalidad, eventos, oferta habilitada, territorio y microterritorios	Oficial público
Plan Territorial de Salud 2024–2027	Planeación distrital oficial	Barreras de acceso, prioridades territoriales, APS, RIISS y lineamientos de respuesta	Oficial público
Reportes PQRD Supersalud 2025 + Abecé metodológico	Base sectorial de reclamos	Tasa territorial de reclamos y lectura de barreras administrativas/sectoriales	Oficial público
Resolución 3100 de 2019 y modificaciones (Res. 544 de 2023 y Res. 465 de 2025), Resolución 591 de 2024, Resolución 3280 de 2018, Decreto 4747 de 2007, Decreto 0010 de 2025 y lineamiento técnico-operativo de EBS	Normatividad nacional vigente	Condiciones de habilitación, residuos, operación ambulatoria, referencia/contrarreferencia, rutas, operación territorial y gobernanza institucional	Oficial público
Planos arquitectónicos + PMA de la clínica	Insumos técnicos de infraestructura	Asignación funcional preliminar por pisos y evaluación de potencial de apertura	Insumo interno
PTRRMR Bolívar 2022 (MSPS)	Planeación oficial de red pública regional	Subredes, portafolios por tipología, complementariedad funcional, telemedicina y plan de acción regional aplicable al análisis de	Oficial público

Fuente	Tipo	Utilidad principal	Carácter
		Cartagena.	
Informe de auditoría de campo 13/04/2026	Auditoría técnica preliminar	Verificación visible de potencial físico, brechas críticas, concepto favorable condicionado y soportes para arranque por fases	Insumo técnico anexo

Alcance: el documento define un marco de decisión técnico. No constituye per se un concepto definitivo de habilitación. Cada servicio deberá someterse a: levantamiento as-built ("tal como se construyó"), revisión estructural y de cargas, evaluación de gases medicinales, verificación de climatización y presión diferencial según corresponda, seguridad humana, residuos, dotación biomédica y autoevaluación REPS. Cuando el informe alude a 'PQRSD', se adopta como soporte la base oficial pública de la Superintendencia Nacional de Salud, que reporta 'PQRD/reclamos en salud'.

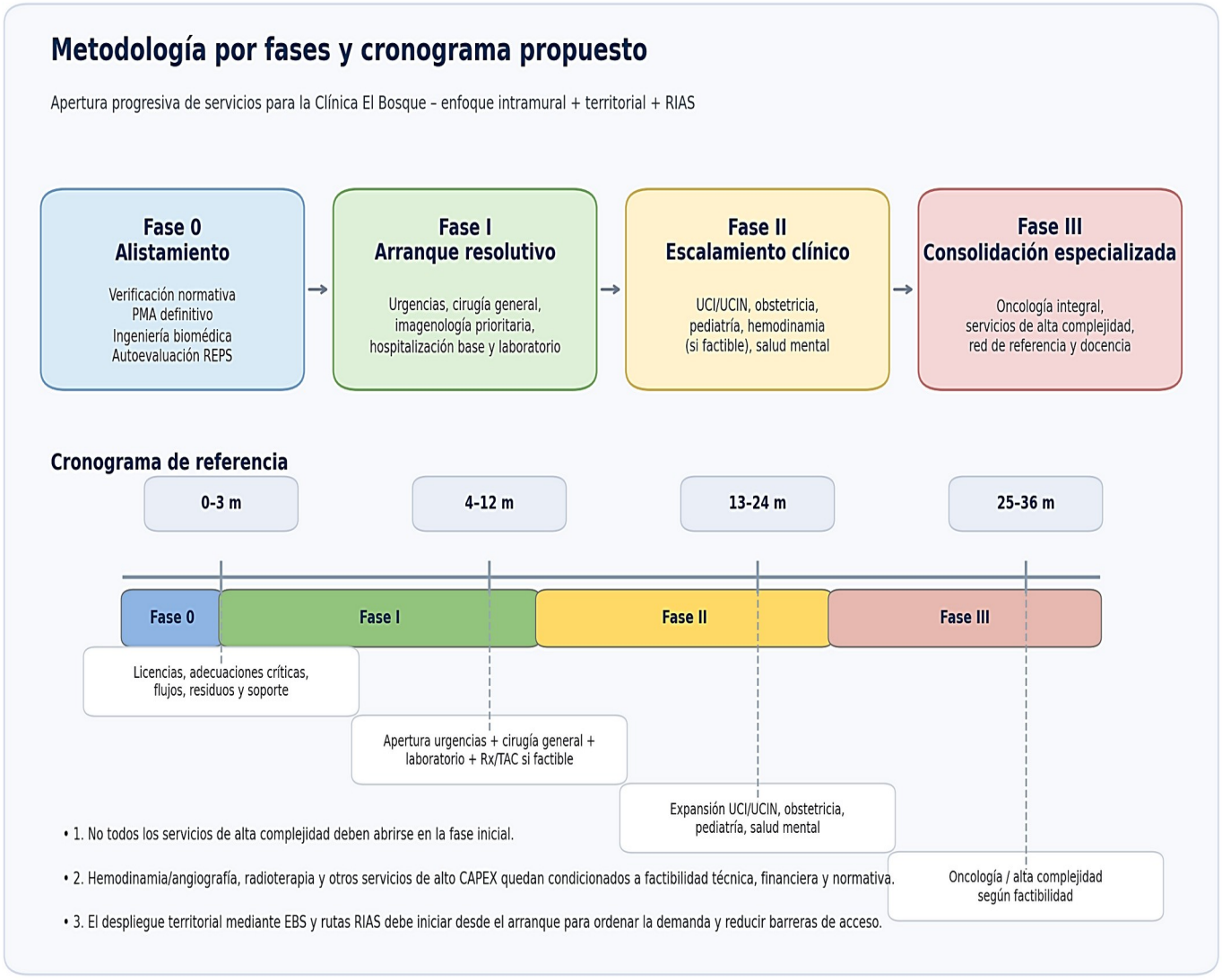


Figura 1. Metodología por fases y cronograma propuesto. Elaboración propia con base en la secuencia de alistamiento, arranque, escalamiento y consolidación recomendada para la sede.

2. Lectura territorial y de acceso del área de influencia

La Clínica El Bosque se ubica en un punto funcionalmente relevante para la red de Cartagena: el barrio El Bosque aparece en la UCG 10 y se relaciona con corredores de acceso hacia Mamonal, Troncal de Occidente, barrios de expansión periférica y zonas de interfase urbano-industrial (DADIS, 2025). La ciudad tiene 623 km², de los cuales 87,81% corresponden a área rural, y organiza su gestión

territorial en 116 territorios y 499 microterritorios; ello justifica una lógica de operación que no dependa exclusivamente del edificio, sino de un componente extramural y de ordenamiento de demanda por APS (DADIS, 2025).

- El ASIS 2025 ubica a El Bosque dentro de una estructura urbana conectada con áreas de alta densidad poblacional y con corredores de referencia hacia barrios vulnerables y zonas industriales.
- Cartagena reporta limitaciones en accesibilidad física: 30% de la malla vial en malas condiciones; Transcaribe cubre la mayor parte de la demanda, pero persisten dificultades en cobertura y organización del transporte, sobre todo en áreas menos accesibles (DADIS, 2025).
- En población con discapacidad, el Plan Territorial de Salud reporta barreras en transporte público (54,3%), espacio público (51,3%), edificaciones públicas/privadas (41,9%) y comunicación en entidades de salud (39,1%) (Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias, 2024).
- La fuente distrital también enfatiza barreras sociales, geográficas, económicas, informativas y culturales para poblaciones vulnerables, además de la necesidad de fortalecer el nivel primario, los EBS y los CAPS para coordinar la red (Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias, 2024).

3. Soporte regional de red pública y complementariedad territorial

Además de la evidencia distrital, el Concepto Técnico de Actualización del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de la Red ESE del Departamento de Bolívar aporta una capa regional relevante para la decisión sobre Cartagena***, porque traduce la organización de la red pública en subredes, tipologías de portafolio, nodos de atención y líneas de acción para implementación del modelo de atención.***

- El PTRRMR organiza la red pública departamental en siete subredes y ubica a Cartagena en la subred Norte junto con Santa Rosa de Lima, Villanueva, Clemencia, Santa Catalina, Turbaco y Turbana. Esta lectura es útil para el proyecto El Bosque porque obliga a pensarlo como un nodo complementario dentro de una lógica de red, y no como una sede aislada.
- Los criterios oficiales usados para definir las subredes incluyen accesibilidad física, medios de comunicación y transporte, distribución territorial de la población, perfiles demográficos y

epidemiológicos, servicios trazadores de las RIAS y disponibilidad actual de oferta pública con posibilidades de crecimiento. Estos criterios coinciden con la lógica adoptada en el informe para priorizar servicios según necesidad, acceso y factibilidad.

- El documento organiza el portafolio público por tipologías A, B1, B2, C1, C2, D1, D2 y E, con incremento progresivo de complejidad. Además, incorpora telemedicina y telexperticia en tipologías C1, C2, D1 y E, reconociendo que la ampliación del acceso no depende sólo de abrir camas o consultorios, sino también de fortalecer soporte remoto, continuidad y capacidad resolutiva de red.
- En las redes prioritarias del PTRRMR, el Hospital Universitario del Caribe y la Clínica Maternidad Rafael Calvo aparecen como nodos de referencia para la subred Norte en oncología, y el Hospital Universitario del Caribe junto con el Hospital Local de Turbaco concentran respuesta de psiquiatría en salud mental. Esto refuerza que una nueva sede en Cartagena debe estructurarse bajo criterio de complementariedad y cierre de brechas, evitando duplicaciones tempranas de servicios de alta complejidad sin soporte pleno.

En consecuencia, el valor estratégico de la sede El Bosque no radica en replicar de manera inmediata toda la alta complejidad ya prevista o referida en la red regional, sino en consolidar primero un núcleo resolutivo de urgencias, cirugía, hospitalización, apoyo diagnóstico, línea materno-infantil, salud mental e infectología, articulado con EBS, referencia/contrarreferencia y, cuando sea pertinente, teleorientación, telemedicina y telexperticia.

4. Soportes para la apertura de servicios

La siguiente matriz sintetiza los principales indicadores oficiales que respaldan una apertura progresiva de servicios, priorizando aquellas líneas que responden a la mayor carga de enfermedad, a la contracción de oferta hospitalaria y a las barreras de acceso más críticas.

Dimensión	Dato oficial	Fuente oficial	Implicación para la apertura
Carga crónica	En 2024 las enfermedades	ASIS Cartagena 2025	Soporta cardiología,

Dimensión	Dato oficial	Fuente oficial	Implicación para la apertura
	no transmisibles representaron 71,5% de las consultas y las cardiovasculares 18,16% del total.		manejo integral de HTA/DM/ERC, apoyo diagnóstico y hospitalización clínica.
Salud mental	Se reportaron 481.906 consultas de salud mental; adolescencia y adultez concentran la mayor carga. En 2023 hubo 610 intentos de suicidio y tasa de 58,0 por 100.000 habitantes.	ASIS Cartagena 2025	Justifica psiquiatría/psicología, hospitalización parcial, intervención SPA y programa comunitario de salud mental.
Eventos transmisibles	En 2024 aumentaron sustancialmente mortalidad por dengue (+600%), dengue grave (+164,9%) y dengue general (+139,7%) frente a 2023.	ASIS Cartagena 2025	Soporta infectología, laboratorio oportuno, observación clínica, vigilancia y articulación territorial.
Materno-perinatal	Persisten brechas en mortalidad materna y neonatal; el insumo preliminar derivado del ASIS señala razón de mortalidad materna de 60/100.000 NV y tasa neonatal de 15/1.000 NV.	ASIS Cartagena 2025 + PTS 2024–2027	Justifica obstetricia resolutiva, partos, UCIN/intermedio neonatal, captación prenatal temprana y cierre de fallas de ruta.
Oferta hospitalaria	Entre 2015 y 2024 la oferta habilitada cayó en hospitalización adultos (−17%), pediatría (−17%) y obstetricia (−21%).	ASIS Cartagena 2025	Soporta ampliar camas, hospitalización especializada y servicios críticos, más allá de un modelo sólo ambulatorio.
PQRD territorial	Cartagena registró 42.082 reclamos en salud en 2025; tasa acumulada 12 meses de 337,1 por 10.000 afiliados.	Supersalud – RQ PQRD diciembre 2025	Indica fricción de acceso/oportunidad y necesidad de una oferta más resolutiva, organizada y con mejor experiencia de usuario.

Dimensión	Dato oficial	Fuente oficial	Implicación para la apertura
Barreras PQRD sectoriales	En el reporte mensual de diciembre 2025, 91,7% de los reclamos nacionales se agruparon como barreras en el acceso a tecnologías y servicios.	Supersalud – RM informe ejecutivo diciembre 2025	Refuerza que el problema de acceso no es únicamente de volumen, sino de oportunidad, autorizaciones, medicamentos y continuidad.
Barreras territoriales	Barreras reportadas en transporte, espacio público, edificaciones y comunicación; además, el PTS describe limitación de acceso a servicios integrales de salud mental y fallas de adherencia a guías/rutas materno-perinatales.	Plan Territorial de Salud 2024–2027	Soporta EBS, extramuralidad, rutas de priorización y gestión de pacientes desde el territorio.

4.1 Tasa de PQRD/PQRSD y barreras de acceso

La tasa territorial de reclamos en salud es un indicador útil de fricción sistémica. De acuerdo con el Abecé metodológico de la Superintendencia, la tasa acumulada 12 meses se calcula como el número de reclamos recibidos en los últimos 12 meses dividido por el promedio de afiliados en el mismo período, multiplicado por 10.000 personas (Superintendencia Nacional de Salud, 2024). Para Cartagena, el valor observado en 2025 fue de 337,1 reclamos por 10.000 afiliados.

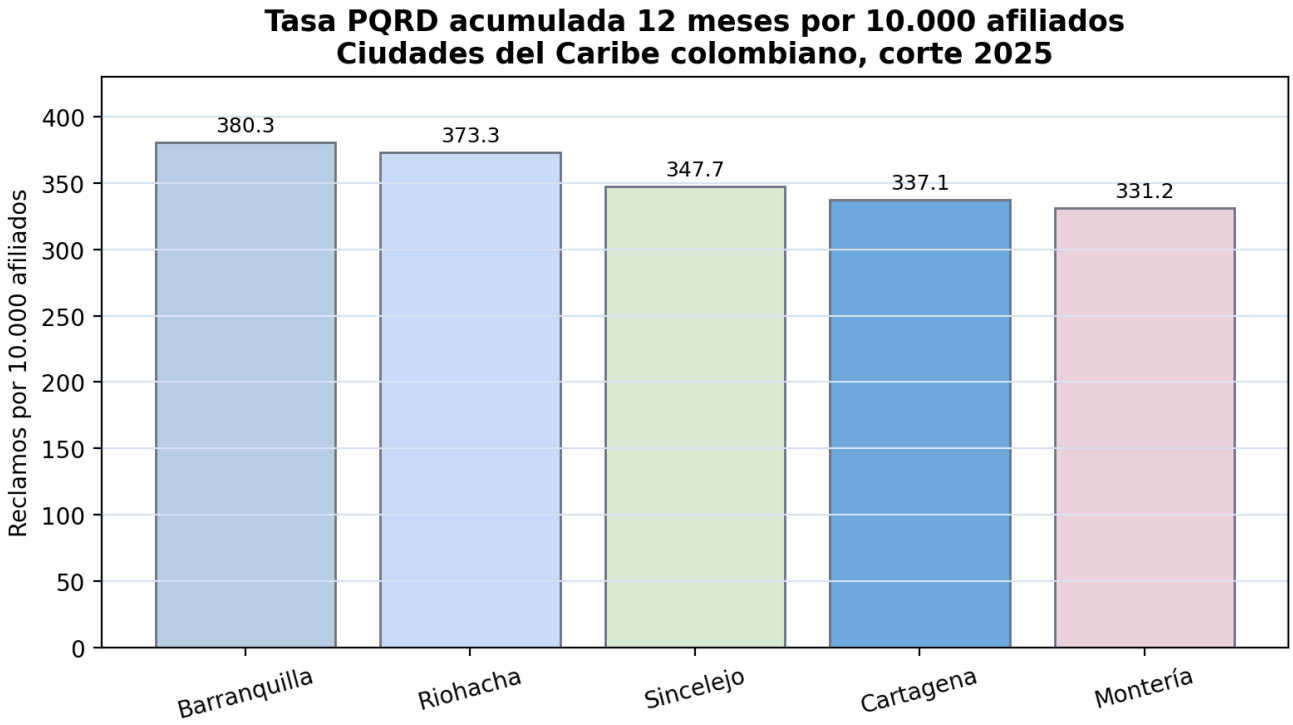


Figura 2. Tasa PQRD acumulada a 12 meses por 10.000 afiliados en ciudades del Caribe colombiano, corte 2025. Elaboración propia con base en Superintendencia Nacional de Salud (2025a).

- El dato no debe interpretarse como una medida aislada de calidad del prestador, sino como señal de congestión, demoras, autorizaciones fallidas, barreras administrativas y continuidad asistencial insuficiente en el territorio.
- La comparación regional ubica a Cartagena en un rango alto de reclamos en salud y evidencia la necesidad de una oferta más integrada entre atención primaria, ambulatoria, hospitalaria y referencia.
- En el reporte ejecutivo sectorial de diciembre de 2025, la mayor parte de reclamos se concentró en barreras de acceso a tecnologías y servicios de salud; por ello, la respuesta institucional no debe limitarse a abrir consultorios, sino a construir rutas completas de acceso, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y contrarreferencia.

Complementariamente, el Plan Territorial de Salud 2024–2027 identifica problemas de acceso más estructurales: limitaciones en servicios integrales de salud mental, dificultades de comunicación en entidades de salud, barreras físicas y ausencia de enfoques diferenciales para poblaciones

vulnerables. Estas barreras obligan a que el proyecto de Cartagena no se conciba como una IPS únicamente receptora de demanda, sino como una sede coordinadora de demanda territorial.

5. Justificación detallada por línea de servicio

La recomendación no es abrir todos los servicios posibles, sino abrir primero los que maximizan impacto sanitario y factibilidad, y diferir los que requieren obras mayores, equipos de alto costo o una red clínica todavía no verificada.

Servicio / línea	Soporte técnico-epidemiológico	Condición técnica o normativa crítica	Recomendación de fase
Urgencias adultos + trauma	La mortalidad por causas externas permanece entre los grandes retos de Cartagena y el ASIS describe una carga significativa de lesiones, especialmente en hombres y adultos jóvenes. Además, la ubicación del inmueble favorece atención de corredores industriales y periurbanos.	Requiere flujos diferenciados, observación, triage, soporte diagnóstico 24/7, articulación CRUE, cirugía inmediata, sangre/hemoterapia y apoyo anestésico.	Fase I
Urgencias pediátricas	La ciudad mantiene eventos infecciosos y carga importante de morbilidad infantil; el PTS advierte brechas de integralidad y detección oportuna en niños.	Necesita aislamiento, observación pediátrica, protocolos IRA/EDA, remisión/contrarreferencia y talento humano pediátrico.	Fase I
Laboratorio clínico + toma	Es soporte indispensable para crónicos, infecciosos, urgencias,	Debe dimensionarse 24/7 para urgencias y	Fase I

Servicio / línea	Soporte técnico-epidemiológico	Condición técnica o normativa crítica	Recomendación de fase
de muestras	materno-perinatal y vigilancia epidemiológica.	hospitalización; idealmente con microbiología escalable y toma extramural articulada con EBS.	
Imagenología prioritaria (Rx, ecografía, TAC)	El ASIS reporta fortalecimiento diagnóstico general, pero persiste necesidad de soporte oportuno para trauma, crónicos, obstetricia y urgencias.	El TAC multicorte es altamente recomendable en fase temprana si la obra eléctrica, blindajes, climatización y mantenimiento lo permiten.	Fase I
Cirugía general y ortopedia/trauma	La presión por trauma, urgencias abdominales y causas externas sustenta un componente quirúrgico temprano.	Debe abrirse con esterilización, recuperación, anestesia, stock crítico y disponibilidad de imagen y laboratorio.	Fase I
Hospitalización general adultos	La oferta habilitada de adultos cayó en el periodo 2015-2024. El inmueble tiene un PMA con plantas completas de hospitalización.	Se requiere verificación de gases, enfermería, aislamiento, áreas limpias/sucias, residuos y climatización.	Fase I
Obstetricia, partos y hospitalización	El ASIS y el PTS sostienen brechas materno-perinatales y fallas de adherencia a la ruta. El PMA dispone	Debe garantizarse urgencia obstétrica, quirófano, sangre,	Fase I - II

Servicio / línea	Soporte técnico-epidemiológico	Condición técnica o normativa crítica	Recomendación de fase
gineco-obstétrica	áreas de gineco-obstetricia y partos.	laboratorio 24/7, anestesia, ginecobstetra, pediatría y soporte neonatal.	
UCI adultos / intermedios	La contracción de oferta crítica en adultos justifica expansión gradual de capacidad intensiva.	Abrir sólo si se verifican central de gases, monitoreo, planta eléctrica, aislamiento, ratios de enfermería e intensivistas.	Fase II
Pediatría hospitalaria + UCIN/intermedio neonatal	El PMA contempla pediatría y neonatología; el ASIS mantiene preocupación por mortalidad neonatal e infantil.	Requiere perfiles pediátricos y neonatales, incubadoras, control infeccioso, lactario, apoyo materno y rutas perinatales robustas.	Fase II
Salud mental integral	La ciudad reporta 481.906 consultas de salud mental y aumento de ansiedad, depresión, SPA e intento suicida.	Puede iniciar con consulta externa, urgencia psiquiátrica protocolizada y hospitalización parcial; la hospitalización completa requiere mayor soporte y perfil de seguridad.	Fase I–II
Infectología + vigilancia clínica	Dengue, TB y VIH mantienen peso creciente. Se requiere capacidad	Debe articularse con laboratorio, aislamiento,	Fase I–II

Servicio / línea	Soporte técnico-epidemiológico	Condición técnica o normativa crítica	Recomendación de fase
	para respuesta, aislamiento selectivo y apoyo a vigilancia.	notificación y equipos territoriales; no necesariamente exige una unidad separada desde el inicio.	
Cardiología clínica y no invasiva	La carga cardiovascular es la principal dentro de la morbilidad crónica y una de las primeras en mortalidad.	Puede iniciar con consulta, ECG, holter, pruebas no invasivas y apoyo ecocardiográfico, siempre con agenda resolutiva y referencia cerrada.	Fase I
Hemodinamia / cardiología intervencionista / cirugía vascular periférica	Su pertinencia es alta por carga cardiovascular; además, para cardiología intervencionista y cirugía vascular el componente de angiografía/hemodinamia es estructuralmente indispensable.	Exige sala de hemodinamia/angiografía, radioprotección, recuperación, anestesia, UCI, cadena de suministros, mantenimiento especializado y viabilidad financiera. No debe asumirse sin estudio específico.	Fase II condicionada
Oncología clínica ambulatorial	El ASIS ubica las neoplasias entre las principales causas de mortalidad y el PTS incluye meta de reducción de mortalidad por cáncer de mama.	Puede iniciarse con tamizaje, imagen, patología/red, consulta oncológica y	Fase II–III

Servicio / línea	Soporte técnico-epidemiológico	Condición técnica o normativa crítica	Recomendación de fase
		quimioterapia ambulatoria si existe soporte farmacéutico y de urgencias oncológicas.	
Radioterapia	La necesidad sanitaria existe, pero el requerimiento de bunker, licencias, radioprotección, CAPEX, mantenimiento y talento humano especializado es muy alto.	No se recomienda como servicio de apertura temprana sin prefactibilidad y modelo financiero independiente; inicialmente puede resolverse por alianza o red.	Fase III / diferido

Sustento técnico-jurídico y operativo para la implementación progresiva por fases

El presente capítulo integra, dentro del cuerpo principal del informe, la lectura consolidada derivada del análisis técnico original y de la auditoría de campo, esta última incorporada únicamente como anexo de soporte. Su finalidad es explicar por qué la apertura de servicios debe entenderse como un proceso escalonado, condicionado y verificable, y no como una reapertura simultánea de toda la sede. Bajo este enfoque, la fase 0 comprende tanto el cierre de brechas técnicas y documentales de habilitación como la organización jurídico-administrativa del activo; y la fase I prioriza la consulta externa y los EBS como puerta de entrada del modelo de atención.

En este marco, la auditoría no sustituye la autoevaluación de habilitación, la verificación por parte de la autoridad sanitaria ni los estudios específicos de infraestructura, dotación, seguridad humana, biomédica y redes. Su valor dentro del análisis consolidado consiste en confirmar que la Clínica El Bosque conserva un activo hospitalario con vocación asistencial reconocible, con bloques funcionales

diferenciables y con potencial de reaprovechamiento institucional, pero sujeto al cierre previo de brechas críticas.

Desde el punto de vista técnico-jurídico, la implementación progresiva resulta la opción más sólida porque permite acompasar la necesidad sanitaria del territorio con la capacidad real de cumplimiento regulatorio bajo la Resolución 3100 de 2019 y sus modificaciones (Res. 544 de 2023 y Res. 465 de 2025), la Resolución 591 de 2024, la Resolución 3280 de 2018, el Decreto 4747 de 2007 y la estructura orgánica del HUSJDMI adoptada por el Decreto 0010 de 2025. En otras palabras, cada servicio o grupo de servicios sólo podrá entrar en funcionamiento cuando exista evidencia suficiente de ambiente apto, relación funcional correcta, dotación mínima, talento humano idóneo, procesos prioritarios, interdependencias resueltas, soporte documental, coherencia con REPS y definición clara del soporte jurídico del activo.

Criterio rector del análisis consolidado: la auditoría emite un concepto favorable condicionado y, por tanto, respalda el inicio de una implementación por fases; sin embargo, la fase 0 debe incorporar simultáneamente el cierre de brechas de habilitación y la definición jurídico-administrativa del activo, mientras que la fase I debe priorizar consulta externa y EBS como ancla operativa inicial del HUSJDMI en Cartagena.

Elementos de viabilidad del modelo de fases

Elemento de análisis	Lectura consolidada	Implicación para la apertura
Base locativa del activo	La sede conserva bloques funcionales reconocibles para atención ambulatoria, apoyo diagnóstico, urgencias, internación, cirugía y áreas críticas.	Permite estructurar una recuperación escalonada sin asumir apertura integral inmediata.
Concepto técnico de auditoría	La opinión es favorable condicionada a arreglos locativos, validaciones técnicas, soporte documental y cierre de brechas.	Habilita el inicio del proceso de implementación, pero no sustituye la habilitación formal ni el control por servicio.
Marco de habilitación	Cada servicio debe verificarse frente a ambientes, flujos, gases, residuos, seguridad humana, biomédica, dotación y registro en REPS.	Cada fase requiere validación independiente y evidencia de cumplimiento antes de avanzar.
Necesidad sanitaria y territorial	La presión epidemiológica y la contracción relativa de oferta respaldan ampliar capacidad resolutiva en Cartagena.	La apertura por fases tiene pertinencia sanitaria, siempre que priorice el núcleo resolutivo y la continuidad en red.
Sostenibilidad operativa	Los servicios de mayor CAPEX, complejidad técnica o dependencia de red no son compatibles con un arranque indiscriminado.	Se justifica diferir las fases de alta complejidad hasta contar con prefactibilidad y soporte financiero.

Condiciones para transitar de una fase a otra

La transición entre fases debe operar como una puerta de decisión institucional y no como una expansión automática. La lógica de avance recomendada parte de una premisa rectora: primero se asegura la titularidad, administración o disponibilidad jurídicamente ordenada del activo; después se habilita el ancla ambulatoria-territorial (consulta externa y EBS); posteriormente se escala al núcleo hospitalario y a la complejidad intermedia; y solo al final se valoran líneas de alta complejidad sujetas a prefactibilidad específica.

Transición	Requisitos previos mínimos	Riesgo que se controla	Evidencia de cierre
De Fase 0 a Fase I	Ruta jurídico-administrativa del activo definida cuando aplique; portafolio ambulatorio priorizado; cierre de brechas en recepción, sala de espera, consultorios, terapias/vacunación, residuos, accesibilidad y soporte documental; microterritorios EBS georreferenciados.	Apertura ambulatoria sin soporte del activo ni ancla territorial de gestión del riesgo.	Concepto jurídico-administrativo, acta de fase 0, matriz de brechas cerrada, portafolio REPS y plan operativo EBS.
De Fase I a Fase II	Operación estable de consulta externa y EBS; agendas protegidas y contrarreferencia funcionando; apoyos diagnósticos básicos, farmacia ambulatoria y residuos controlados; indicadores mínimos de oportunidad, continuidad y adherencia.	Escalamiento a núcleo hospitalario sin madurez ambulatoria-territorial ni trazabilidad de demanda.	Indicadores de seguimiento, actas de verificación, contratos vigentes, cierres de hallazgos críticos y concepto interno de expansión.
De Fase II a Fase III	Urgencias y hospitalización base estables; áreas críticas verificadas; prefactibilidad técnica, financiera y operativa para servicios de mayor complejidad.	Inversión de alto CAPEX sin suficiencia clínica, financiera o regulatoria.	Estudio de prefactibilidad, aprobación institucional, plan financiero y soporte de licencias/equipamiento.

En consecuencia, la auditoría anexa se incorpora al informe consolidado no como desarrollo autónomo, sino como soporte complementario para justificar que el proyecto puede avanzar técnica, jurídica y operativamente bajo una secuencia de alistamiento, arranque, escalamiento y consolidación, siempre que cada etapa se active sólo después de verificar sus propias condiciones de cumplimiento.

6. Propuesta de apertura progresiva por fases

Con base en el sustento técnico-jurídico expuesto en el capítulo anterior, la siguiente propuesta organiza la apertura de servicios por grupos funcionales y complejidad. Se mantiene una lógica de secuencia progresiva: primero

ordenamiento jurídico-administrativo y alistamiento, luego ancla ambulatoria-territorial con consulta externa y EBS, después expansión hospitalaria y de complejidad intermedia, y finalmente consolidación de líneas de alta complejidad sujetas a prefactibilidad específica.

Fase	Servicios prioritarios	Objetivo operativo	Prerequisitos
Fase 0 (0-4 meses)	Ruta jurídico-administrativa del activo (debida diligencia, inventario, avalúo y esquema para eventual compra, administración o negocio equivalente); autoevaluación REPS y cierre de brechas críticas; alistamiento del bloque ambulatorio visible en auditoría: recepción, sala de espera, consultorios, terapias y vacunación; diseño de microterritorios, agenda y contratación inicial de EBS.	Asegurar soporte jurídico del activo y dejar habilitable el arranque ambulatorio-territorial del HUSJDMI en Cartagena.	Análisis documental del inmueble, matrices de brechas, PMA definitivo, levantamiento as-built, PGIRASA, plan de dotación/contratación, esquema de referencia y tablero inicial.
Fase I (5-12 meses)	Consulta externa priorizada y de rápida implementación según auditoría: medicina general, enfermería, psicología/salud mental ambulatoria, consulta materno-perinatal y pediatría ambulatoria según red/contratación; terapias y vacunación visibles en auditoría; toma de muestras, laboratorio fase preanalítica o de soporte básico y farmacia ambulatoria; ecografía y procedimientos menores sólo donde el cierre de brechas lo permita; despliegue operativo inicial de EBS con agendas protegidas y contrarreferencia a la clínica.	Instalar el ancla ambulatoria y territorial de la sede, ordenar demanda, captar riesgo y madurar operación antes de expansión hospitalaria.	Portafolio definido e inscrito/actualizado en REPS según corresponda; talento humano; bioseguridad, residuos, historia clínica, referencia/contrarreferencia, indicadores y coordinación EBS-RIAS.
Fase II (13-24 meses)	Urgencias adultos y pediátricas; hospitalización general y gineco-obstétrica seleccionada; cirugía general resolutiva/trauma; laboratorio 24/7; Rx/ecografía/TAC si factible; apoyos materno-perinatales y de salud mental de mayor intensidad.	Escalar desde el ancla ambulatoria-territorial hacia un núcleo resolutivo intrahospitalario y de complejidad intermedia.	Operación estable de consulta externa y EBS; farmacia/esterilización; CRUE; gases medicinales; mantenimiento; validación de equipos/redes y cierre de hallazgos críticos.
Fase III (25-36 meses)	UCI/UCIN, expansión de imágenes, hemodinamia/angiografía, oncología ambulatoria integral, intervencionismo ampliado y radioterapia sólo con prefactibilidad técnica, financiera, operativa y normativa independiente.	Consolidar una sede regional de mayor complejidad sin comprometer sostenibilidad ni cumplimiento regulatorio.	Modelo financiero, cartera, licenciamiento, tecnología de alto costo, alianzas de red y aprobación institucional de prefactibilidad.

Los EBS se articulan a esta fase inicial no como complemento tardío, sino como dispositivo prioritario de entrada territorial. Desde la fase 0 deben quedar definidos microterritorios, rutas, agendas, responsables, tableros de seguimiento y mecanismos de referencia/contrarreferencia; y en la fase I deben iniciar caracterización familiar, búsqueda activa, captación de gestantes, seguimiento de hipertensión/diabetes, pesquisa de riesgos psicosociales, vacunación y derivación regulada hacia la consulta externa de la clínica. De esta manera, consulta externa y EBS operan como un único frente de APS ampliada, inducción de demanda, continuidad y maduración operativa del proyecto.

En términos funcionales, la consulta externa priorizada de la fase I debe organizarse alrededor de medicina general, enfermería, seguimiento de cohortes crónicas, consulta materno-perinatal y pediatría ambulatoria según contratación, psicología/salud mental ambulatoria, terapias de soporte, vacunación, toma de muestras y farmacia ambulatoria; ecografía y procedimientos menores sólo deben entrar cuando sus exigencias específicas de dotación, bioseguridad, limpieza/desinfección, privacidad y soporte biomédico queden cerradas. Esta secuencia es coherente con la lógica de habilitación, porque concentra el arranque en servicios de menor riesgo locativo relativo y mayor capacidad de ordenar demanda.

De acuerdo con la auditoría anexa, el componente con mayor potencial de apertura temprana es el ambulatorio, por la presencia visible de recepción, sala de espera, consultorios, áreas de terapias y vacunación, farmacia ambulatoria y bloques de apoyo diagnóstico que podrían ponerse en servicio de manera progresiva una vez cierren sus brechas críticas. Por ello, la fase 0 debe dejar habilitable el bloque de consulta externa y la fase I debe usarlo como primer frente asistencial operativo del proyecto.

Prioridad operativa de la Fase 0 y la Fase I: consulta externa y EBS

Cronograma referencial editable para la implementación progresiva

El cronograma siguiente es una herramienta operativa editable para las etapas posteriores de planeación. Su función es ordenar hitos, dependencias y ventanas de decisión, integrando la ruta jurídico-administrativa del activo, el alistamiento normativo, la apertura de consulta externa priorizada, el despliegue inicial de EBS y la preparación de fases hospitalarias posteriores; no sustituye el cronograma ejecutivo definitivo ni los planes de obra, dotación y contratación.

Fase / hito	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Fase 0 Ruta jurídico - administrativa y alistamiento	■	■	■	■								
Fase I Consulta externa priorizada + EBS				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Fase II Núcleo hospitalario y								■	■	■	■	■

expansión intermedia												
Fase III Alta complejidad diferida / prefactibilidad										■	■	■
Gates de decisión		**Gate**		**Gate**				**Gate**				**Gate**

Nota: el eje mensual es indicativo y puede sustituirse por semanas, meses calendario o hitos contractuales según el instrumento de planeación que adopte el HUSJDMI.

7. Lectura técnico-funcional por pisos y condiciones de habilitación

Desde la Dirección de Prestación de Servicios, con base en los planos arquitectónicos aportados y en el Programa Médico Arquitectónico interno, la edificación tiene una configuración compatible con un hospital de complejidad intermedia-alta, siempre que se verifique que los ambientes existentes y sus áreas útiles cumplen los criterios vigentes de infraestructura, dotación, accesibilidad, residuos, gases y seguridad humana.

Nivel	Programa observado en PMA / planos	Lectura técnica preliminar
Sótano	Tanques de agua potable y reserva; cuarto de bombas; planta eléctrica; subestación.	Base adecuada para soporte crítico, pero debe verificarse capacidad real, mantenimiento y compatibilidad con nuevas cargas.

Nivel	Programa observado en PMA / planos	Lectura técnica preliminar
Primer piso	Accesos, administración, cafeterías, morgue, cirugía ambulatoria, laboratorio clínico, imagenología Rx, farmacia, consultorios de cardiología, ortopedia, ginecobstetricia y rehabilitación, urgencias adultos y pediátricas.	Es el nivel natural para urgencias, acceso ambulatorio y diagnóstico. Debe priorizarse el ordenamiento de flujos público-asistenciales y limpio/sucio.
Segundo piso	Cirugía (6 salas), central de esterilización, UCI adultos (4 cubículos en PMA preliminar), ginecobstetricia y partos, cirugía séptica, consultorios de cirugía, áreas académicas y de apoyo.	Compatible con un piso quirúrgico-crítico. Requiere validación estricta de circulación estéril, recuperación, anestesia y apoyo transfusional.
Tercer piso	Hospitalización medicina general; 2 estaciones de enfermería; cuartos técnicos; 3 ascensores; 3 escaleras.	Adecuado para hospitalización de adultos; revisar número real de camas, aislamiento y soporte.
Cuarto piso	Hospitalización gineco-obstétrica con áreas de apoyo.	Favorable para hospitalización obstétrica/postparto si existe conexión funcional segura con partos y UCIN.
Quinto piso	Hospitalización pediátrica y unidad de neonatología: 8 cubículos UCIN, 16 intermedios, 8 de aislamiento y sala de juegos (según PMA).	Es el piso con mayor valor estratégico para la línea materno-infantil; exige verificación detallada de infecciones, climatización, gases y seguridad del paciente pediátrico.
Sexto piso	Hospitalización gineco-obstétrica adicional con habitaciones privadas y consultorios de examen.	Puede servir para expansión hospitalaria, alojamiento

Nivel	Programa observado en PMA / planos	Lectura técnica preliminar
		conjunto o reserva de crecimiento por fases.
Cubierta	Soportes técnicos y áreas no asistenciales.	Útil para equipos, pero debe verificarse mantenimiento, accesibilidad y seguridad.

Conclusión preliminar: sí existe una lógica de hospital general con bloques de urgencias, cirugía, internación, obstetricia, pediatría y neonatología. Eso hace viable un proyecto escalonado. Sin embargo, la viabilidad final de cada servicio dependerá del levantamiento as-built y del cruce puntual con la Resolución 3100 de 2019 y sus modificatorias, la Resolución 591 de 2024 para residuos y demás normas aplicables.

8. Propuesta puntual de EBS y articulación con RIAS

La apertura de servicios en Cartagena debe ir acompañada desde la fase 0 por un componente territorial. El ASIS 2025 describe 116 territorios y 499 microterritorios, y el Plan Territorial de Salud insiste en el fortalecimiento del nivel primario, los EBS y la coordinación de redes. En consecuencia, la sede El Bosque debe operar como nodo intramural y territorial: la fase 0 estructura microterritorios, agendas, rutas y soporte logístico; y la fase I pone en marcha el despliegue inicial de EBS articulado con consulta externa, RIAS y referencia/contrarreferencia.

Componente	Propuesta puntual	Resultado esperado
Microterritorios prioritarios	Fase 0: georreferenciar una primera ola de cobertura sobre el corredor El Bosque-Alto Bosque-Nuevo Bosque-San Isidro, con expansión a Olaya/Fredonia/Nuevo Paraíso y al corredor Mamonal-Albornoz-Pasacaballos según contratación. Fase I: iniciar despliegue operativo y visitas priorizadas.	Demanda inducida ordenada, captación territorial temprana y menor llegada tardía a urgencias.
Núcleo mínimo por EBS	Configurar desde fase 0 el núcleo mínimo por EBS: médico/a, enfermero/a, auxiliar de enfermería, psicólogo/a y gestor/a comunitario/a/trabajador social. Perfiles complementarios compartidos para fase I: nutrición, fisioterapia, salud oral, bacteriología/toma de muestras, enfermería obstétrica y apoyo en salud pública.	Caracterización familiar, seguimiento de cohortes y enlace real con la consulta externa de la clínica.

Componente	Propuesta puntual	Resultado esperado
Modalidades	Fase 0: definir ruteo, soporte logístico y protocolos. Fase I: operación urbana extramural, jornadas móviles, atención domiciliaria para cohortes priorizadas y visitas post-alta; incluir soporte de teleorientación/teleexperticia cuando la red lo requiera.	Continuidad del cuidado, mejor uso de consulta externa y menor reconsulta evitable.
Funciones críticas	Búsqueda activa de gestantes, captación temprana prenatal, control HTA/DM, tamizajes de promoción y mantenimiento de la salud, pesquisa de TB/VIH, seguimiento de vacunación y detección de riesgo psicosocial/SPA, con remisión regulada a las agendas protegidas de fase I.	Mejor oportunidad diagnóstica, adherencia a rutas y articulación real EBS-APS-consulta externa.
Sistema de referencia	Establecer desde fase 0 agenda protegida de primera respuesta en consulta externa para pacientes priorizados por EBS; en fase I formalizar contrarreferencia, plan domiciliario y cierres de caso cuando aplique.	Reducción de tiempos de acceso, continuidad del cuidado y trazabilidad asistencial.

Articulación con RIAS y programas prioritarios:

- Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud: valoración integral por curso de vida, tamizajes, riesgo cardiovascular, salud oral, planificación familiar y seguimiento de vacunación, de acuerdo con la Resolución 3280 de 2018.
- Ruta Materno-Perinatal: captación temprana, control prenatal, riesgo obstétrico, partos seguros, referencia oportuna, continuidad puerperal y seguimiento del recién nacido.
- Cohortes crónicas prioritarias: hipertensión, diabetes, enfermedad renal crónica, falla cardiaca y riesgo cardiovascular, con apoyo de laboratorio, imágenes y hospital de día cuando se justifique.
- Programa de salud mental y SPA: detección temprana, intervención breve, manejo ambulatorio, hospitalización parcial y enlace comunitario con familias y redes de apoyo.
- Programa de infecciosas y vigilancia: dengue, TB, VIH/sífilis, IRA y eventos de interés en salud pública, con trazabilidad desde territorio hasta laboratorio y hospitalización.
- Programa de detección temprana de cáncer: énfasis en mama, cuello uterino, colon y próstata conforme capacidad instalada, RIAS y red diagnóstica/terapéutica.
- Soporte remoto y complementariedad de red: incorporar teleorientación, telemedicina interactiva y telexperticia para medicina familiar, nutrición, psicología y especialidades priorizadas, especialmente cuando la oportunidad de agenda o la localización del usuario hagan necesaria una respuesta coordinada entre territorio, sede intramural y nodos regionales de mayor complejidad.

Indicadores operativos mínimos sugeridos para el modelo EBS-sede: porcentaje de familias caracterizadas, captación de gestantes antes de la semana 12, tiempo de primera consulta prioritaria, control de HTA/DM, tasa de reingreso a urgencias a 72 horas, porcentaje de contrarreferencias cerradas, tasa de no asistencia y evolución de PQRD relacionadas con oportunidad y autorizaciones.

9. Gobernanza institucional y correspondencia con la estructura del HUSJDMI

El Decreto 0010 de 2025, que adopta la estructura del HUSJDMI, incluye dependencias directamente alineadas con este proyecto: Subdirección de Atención Primaria, Subdirección de Servicios Ambulatorios, Subdirección de Servicios Hospitalarios, Subdirección de Urgencias, Subdirección de Apoyo Terapéutico y Dirección Territorial y Atención Multimodal, además de la Dirección de Infraestructura y Patrimonio, la Secretaría General y la Oficina Jurídica. Esa estructura respalda que la sede Cartagena no sea concebida sólo como un hospital intramural, sino como un nodo integrado de APS, ambulatorio, hospitalario y territorial; y permite asignar responsables diferenciados por fase.

- La propuesta de Cartagena es consistente con el objeto del HUSJDMI de prestar servicios de mediana y alta complejidad, desarrollar atención integral y fungir como articulador técnico, académico y territorial.
- La apertura por fases replica una lógica institucional de crecimiento progresivo de capacidades y talento humano, evitando sobreapertura, subutilización, riesgo financiero y desviaciones frente al marco de habilitación.
- La fase 0 debe ser liderada de manera conjunta por Infraestructura y Patrimonio, Secretaría General y Oficina Jurídica para ordenar la disponibilidad del activo, la ruta contractual/administrativa, la planeación de adecuaciones y el soporte documental de habilitación.
- La fase I debe ser conducida principalmente por la Subdirección de Atención Primaria, la Subdirección de Servicios Ambulatorios y la Dirección Territorial y Atención Multimodal, porque consulta externa y EBS constituyen el frente prioritario de apertura y maduración operativa.
- Las Subdirecciones de Servicios Hospitalarios, Urgencias y Apoyo Terapéutico deben activarse progresivamente a partir del cierre de fase I, cuando exista madurez suficiente para escalar al núcleo resolutivo intrahospitalario y a la complejidad intermedia.

10. Conclusiones, condicionantes y recomendaciones

9. Bajo este esquema, el informe consolidado concluye que sí existe soporte para avanzar con el proyecto, siempre que el Hospital adopte formalmente una ruta por fases, utilice el cronograma y las matrices editables como herramientas de gestión, y mantenga el informe de auditoría como anexo técnico de respaldo al análisis principal.

8. Los servicios de alta complejidad - en especial UCI/UCIN, hemodinamia, intervencionismo, oncología avanzada y radioterapia - deben mantenerse sujetos a prefactibilidad técnica, financiera, operativa y normativa independiente, para evitar inversiones prematuras o aperturas sin sostenibilidad.

7. El escalamiento a urgencias, hospitalización base, cirugía resolutiva y complejidad intermedia debe condicionarse a la estabilidad operativa de la fase I, al cierre de hallazgos críticos y a la verificación específica de redes, equipos, gases medicinales, seguridad humana, farmacia, esterilización y talento humano.

6. Los servicios con mayor pertinencia para arranque son los ambulatorios y territoriales: consulta externa priorizada, terapias y vacunación observadas en auditoría, toma de muestras, apoyos diagnósticos básicos y despliegue inicial de EBS, de modo que la clínica opere primero como ancla de gestión del riesgo, ordenamiento de demanda y continuidad del cuidado.

5. La fase 0 debe incorporar expresamente la dimensión jurídico-administrativa del activo, incluyendo la ruta de adquisición contractual o administrativa en caso de eventual compra o negocio jurídico equivalente, junto con la autoevaluación de habilitación, el levantamiento as-built, la planeación de dotación y la matriz de brechas.

4. En consecuencia, la viabilidad del proyecto descansa en una regla de ejecución: cada fase sólo podrá activarse cuando se verifique el cierre de brechas del grupo de servicios correspondiente y exista evidencia suficiente de ambiente apto, dotación, procesos prioritarios, talento humano, interdependencias, soporte documental y coherencia con REPS.

3. La auditoría de campo, incorporada únicamente como anexo de soporte, fortalece el documento principal al confirmar que existe una base locativa amplia, modular y potencialmente funcional, especialmente en componentes ambulatorios y de apoyo. Su alcance, sin embargo, es el de un concepto favorable condicionado, no el de una habilitación automática.

2. El análisis consolidado no respalda una reapertura total e inmediata de la sede. Sí respalda, en cambio, una ruta de apertura progresiva y controlada, técnicamente más segura, jurídicamente más defendible y operativamente más viable, cuya prioridad inicial recae en consulta externa de rápida implementación y EBS.

1. La Clínica El Bosque presenta valor estratégico real para el HUSJDMI, porque combina necesidad sanitaria objetiva, localización funcional en Cartagena, una configuración física con potencial de reaprovechamiento institucional y la posibilidad de desplegar un nodo regional articulado con APS, consulta externa, operación territorial y expansión hospitalaria progresiva.

Recomendación operativa final

Como resultado del análisis consolidado, se recomienda adelantar el proyecto mediante una fase 0 de ordenamiento jurídico-administrativo y alistamiento preoperativo, seguida de una fase I centrada en consulta externa priorizada y despliegue inicial de EBS, antes de escalar al núcleo hospitalario y a la complejidad intermedia. Esta recomendación permite convertir el concepto favorable condicionado en una ruta de implementación institucionalmente gestionable, técnicamente verificable y jurídicamente sostenible.

Referencias bibliográficas y anexos de soporte

Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias. (2024). Plan Territorial de Salud 2024–2027. https://planeacion.cartagena.gov.co/sites/default/files/2024-04/3.%20PLAN%20TERRITORIAL%20DE%20SALUD%202024-2027.pdf

Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias, Departamento Administrativo Distrital de Salud [DADIS]. (2025). Análisis de situación de salud 2025 con el modelo de determinantes sociales de salud. Repositorio Institucional Digital del Ministerio de Salud / documento oficial avalado por DADIS. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=%28%28dcaudience%3A%22ASIS+Cartagena%22%29%29

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 3100 de 2019. https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluci%C3%B3n%20no.%203100%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Lineamientos para la organización y operación de los equipos básicos de salud. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamientos-operacion-equipos-basicos-salud-resolucion-2788-2022.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024a). Lineamiento técnico-operativo de equipos básicos de salud. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-tecnico-operativo-equipos-basicos-salud-modelo-pp.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024b). Resolución 591 de 2024. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%20591%20de%202024.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025a). Resolución 465 de 2025. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%20465%20de%202025.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025b). Resolución 1597 de 2025. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%201597%20de%202025.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Concepto técnico de actualización del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de la Red ESE – Departamento de Bolívar (PTRRMR) [Documento oficial, radicado 202223101484601 del 28 de julio de 2022; archivo oficial aportado por la entidad].

República de Colombia. (2025). Decreto 0010 de 2025 por el cual se adopta la estructura del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/AllItems.aspx?PageFirstRow=2401&Paged=TRUE&View=%7BF3921BD5-9940-4F43-91DD-9463CB607B4C%7D&p_Created=20250328+22%3A34%3A59&p_ID=8369&p_SortBehavior=0

Superintendencia Nacional de Salud. (2024). Abecé reporte de reclamos en salud de las EPS. https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/OtrosDocumentosMetodologias/Abec%C3%A9%20reporte%20PQRD.pdf

Superintendencia Nacional de Salud. (2025a). RQ-PQRD y solicitudes de información diciembre 2025 [Base de datos]. https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/EstadisticasPQRD/RQ-PQRD%20y%20solicitudes%20de%20informaci%C3%B3n%20diciembre%202025.xlsx

Superintendencia Nacional de Salud. (2025b). RM-Informe ejecutivo de diciembre de 2025 [Base de datos]. https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/Informe%20PQRD%20Mensual/RM-Informe%20ejecutivo%20de%20diciembre%20de%202025.xlsx

- República de Colombia. (2023). Decreto Ley 1959 de 2023 por medio del cual se crea el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil.
- República de Colombia. (2007). Decreto 4747 de 2007. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=27905
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Resolución 544 de 2023. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%20544%20de%202023.pdf

Anexos de soporte

Anexo 1. Informe de visita de auditoría - Clínica El Bosque Cartagena (13 de abril de 2026). Documento técnico complementario utilizado como soporte del análisis principal, base para la priorización de consulta externa, apoyos ambulatorios, EBS y concepto favorable condicionado de implementación por fases.

Nota de integración documental: el anexo de auditoría no se desarrolla como cuerpo principal del presente informe. Su función es respaldar la lectura consolidada sobre viabilidad condicionada y la ruta de implementación progresiva por fases.