



Los Nogales
Clínica

Informe de Gestión 2024

Científicamente avanzados,
humanamente cálidos.

Carta de la Alta Dirección



Maria Paz Azula Granada

Directora General
Clínica Los Nogales

**“ Cada éxito
obtenido es el
resultado de la
colaboración y
el espíritu
innovador que
caracteriza a
nuestra
institución.**

”

Es un honor presentarles el informe de gestión de Clínica Los Nogales correspondiente al año 2024. Este documento no solo refleja los logros alcanzados y los resultados obtenidos, sino que también es un testimonio del compromiso, la dedicación y el esfuerzo conjunto de cada uno de los miembros de nuestro equipo de trabajo.

El año 2024 ha sido un periodo de grandes desafíos y oportunidades. Gracias al trabajo incansable y la pasión de nuestros colaboradores, hemos logrado superar obstáculos y alcanzar metas que parecían inalcanzables. Cada éxito obtenido es el resultado de la colaboración y el espíritu innovador que caracteriza a nuestra institución.

Queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a todos aquellos que han contribuido a estos logros. Desde nuestros médicos, personal de enfermería y otros profesionales de la salud, hasta el personal administrativo y de apoyo, cada uno de ustedes ha desempeñado un papel crucial en la construcción de un entorno de excelencia y cuidado. Su dedicación y profesionalismo han sido fundamentales para brindar una atención de calidad y seguridad a nuestros pacientes.

A los entes de control, agradecemos su continuo apoyo y supervisión, que nos han permitido mejorar y crecer como institución. Su orientación y colaboración han sido esenciales para mantenernos en el camino de la excelencia y la innovación clínica y tecnológica.

Estamos convencidos de que, con el mismo espíritu de colaboración y compromiso, continuaremos alcanzando nuevos horizontes y ofreciendo servicios de salud de la más alta calidad. Este informe es solo el comienzo de un futuro prometedor, lleno de nuevas metas y desafíos que estamos preparados para enfrentar juntos.

Gracias por su atención y por ser parte de este viaje hacia la excelencia en la atención médica integral de nuestros pacientes, familias y cuidadores.

Un abrazo.



Los Nogales
Clínica

Admisiones y Referencia

Los Nogales | Torre 2



Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C
Autopista Norte, Costado Oriental.



www.clinicanogales.com



(601) 593 70 00

OBJETIVO GENERAL

Admisiones

Brindar una atención humanizada, oportuna, segura y eficiente al paciente y su familia en los diferentes procesos administrativos derivados de toda atención en salud; proporcionando asesoría y acompañamiento, mediante la aplicación de procesos estandarizados de admisión, autorización, referencia y contrarreferencia, siendo costo efectivo para la institución.

Referencia

Gestionar al paciente la accesibilidad para la atención continua, segura y eficaz mediante la organización del flujo de pacientes a través de los procedimientos del sistema de referencia y contrarreferencia.

1. RESUMEN EJECUTIVO

- Continuar con el convenio con Airliquide para entrega oportuna de equipos de oxígeno a los pacientes de Salud Total en un tiempo igual o inferior a 24 horas (Indicador efectividad en el alta temprana por oxígeno domiciliario).
- Se incrementó el porcentaje de ingresos efectivos de pacientes en un 22%, comparado con el año 2023.
- Se incrementó el porcentaje de aceptación de pacientes remitidos por los aseguradores, a través de referencia, en un 26 %, comparado con el año 2023.

En unión con el servicio de cirugía, la programación se logró incrementar en un porcentaje de preadmisión de pacientes en un 135%.

- Junto con gestión del riesgo se estableció seguimiento a la asignación de citas de los procedimientos o consultas solicitadas por los diferentes aseguradores a la clínica, se estableció hoja en la matriz de referencia, a diario se realiza seguimiento y revisión especialmente con nuestra aseguradora principal Salud Total, quien desde Referencia Nacional asignó a una funcionaria para enlazarlos en este.
- En colaboración con el coordinador médico de UCI, se creó un drive compartido con la UCI, el cual permite revisar al personal de UCI y a Referencia, en una hoja la solicitud de traslados de pacientes a hospitalización y en otra hoja un cuadro de UCI



donde están registrados las solicitudes de cama de UCI, las remisiones, las solicitudes que aún no cuentan con asignación y los traslados informados.

Cuadro asignación UCIS

HORA DE SOLICITUD DE CAMA	ORIGEN	PACIENTE	POSICIÓN	ESTADO	ASIGNACIÓN	ASIGNACIÓN	FECHA DE ASIGNACIÓN	HORA DE ASIGNACIÓN	CONVENIO	CONVENIO	CONVENIO	CONVENIO	CONVENIO	CONVENIO
08:00 AM	UNA	CHENY CAROL REYES SUAREZ	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA
08:00 AM	UNA	CARLOS DANIEL POVEDA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA
08:00 AM	UNA	NATALY CORREA TORRES	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA
08:00 AM	UNA	LUZ VIVIANA GARCIA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA

Fuente: Admisiones y Referencia

Solicitud camas para traslado a Hospitalización

HORA DE SOLICITUD	ORIGEN	PACIENTE	POSICIÓN	ESTADO	ASIGNACIÓN	ASIGNACIÓN	FECHA DE ASIGNACIÓN	HORA DE ASIGNACIÓN	CONVENIO	CONVENIO	CONVENIO	CONVENIO	CONVENIO	CONVENIO
08:00 AM	UNA	CHENY CAROL REYES SUAREZ	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA
08:00 AM	UNA	CARLOS DANIEL POVEDA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA
08:00 AM	UNA	NATALY CORREA TORRES	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA
08:00 AM	UNA	LUZ VIVIANA GARCIA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA

Fuente: Admisiones y Referencia

Esto nos permite realizar seguimiento oportuno de las necesidades específicas del servicio.

- Junto con el área de infecciones se realiza revisión de aislamientos y cohorteización de pacientes para optimización de camas, reasignación de camas y traslados de pacientes con requerimientos de aislamientos o levantamiento de este. Así mismo la confirmación de los diferentes aislamientos solicitados.

HORA DE SOLICITUD	ORIGEN	PACIENTE	POSICIÓN	ESTADO	ASIGNACIÓN	ASIGNACIÓN	FECHA DE ASIGNACIÓN	HORA DE ASIGNACIÓN	CONVENIO	CONVENIO	CONVENIO	CONVENIO	CONVENIO	CONVENIO
08:00 AM	UNA	CHENY CAROL REYES SUAREZ	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA
08:00 AM	UNA	CARLOS DANIEL POVEDA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA
08:00 AM	UNA	NATALY CORREA TORRES	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA
08:00 AM	UNA	LUZ VIVIANA GARCIA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA

Fuente: Admisiones y Referencia

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1 Indicadores de efectividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Nuestro porcentaje de cumplimiento en el indicador de efectividad en la gestión de alta temprana por oxígeno domiciliario es más baja en el año 2024 comparado con el año 2023; en el año 2023 tuvimos un porcentaje de 94.51% y en el año 2024 un porcentaje de 93.60%.

Continuamos con la entrega de equipos de oxigenoterapia para los usuarios de la aseguradora Salud Total, con la IPS AIR LIQUIDE, con unos tiempos de oportunidad inferiores a 24 horas y las principales razones de desviación e el cumplimiento son: Destete del oxígeno antes del egreso, o por tener una enfermedad crónica ya tienen equipos en el domicilio y no lo informan a los médicos o por condición clínica se cancela el trámite.

La oportunidad en la entrega de equipos de oxígeno nos permite colaborar con el giro cama, disminución de las estancias hospitalarias y permitir la paciente volver a su ámbito familiar y personal para su recuperación.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Nuestro porcentaje de cumplimiento en el indicador de efectividad en la gestión de alta temprana PHD domiciliario es más baja en el año 2024 comparado con el año 2023. En el año 2023 tuvimos un porcentaje de cumplimiento de 77.02% y en el año 2024 un porcentaje de 76.57%. Las principales razones de desviación en el cumplimiento de este indicador son: cambio de condición clínica, la cual cambia durante la espera del trámite y otras porque en la espera del trámite terminan el antibiótico o le faltan menos de dos días para terminarlo. Buscando trabajar en opciones de mejorar la efectividad y subsanar las barreras que afectan el egreso hospitalario por PHD se reactivaron los comités de estancias prolongadas.

1.1. Indicadores de ingresos



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el indicador de ingreso de pacientes efectivos a la Clínica, aceptados por referencia, se evidencia una tendencia de crecimiento en el año 2024 comparado con el año 2023. En el 2023 se aceptó un promedio mes de 357 usuarios, en el año 2024 un promedio de 435

usuarios. El mayor número de pacientes aceptados e ingresos efectivos es de la EPS Salud Total.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Al realizar la comparación 2023/2024 de este indicador se observa en la gráfica una tendencia creciente en el número de pacientes aceptados por referencia del PBS. En el año 2023 se aceptó un promedio de 418 usuarios mes, en el año 2024, 527 usuarios promedio mes, con un porcentaje de variación anual del 26.04. En el 2024 se definió priorizar la aceptación y atención de los pacientes del grupo empresarial. Se debe trabajar en fortalecer la aceptación de pacientes de medicina prepagada, pólizas y planes complementarios, se realiza en los EPM de referencia sensibilización frente al tema.

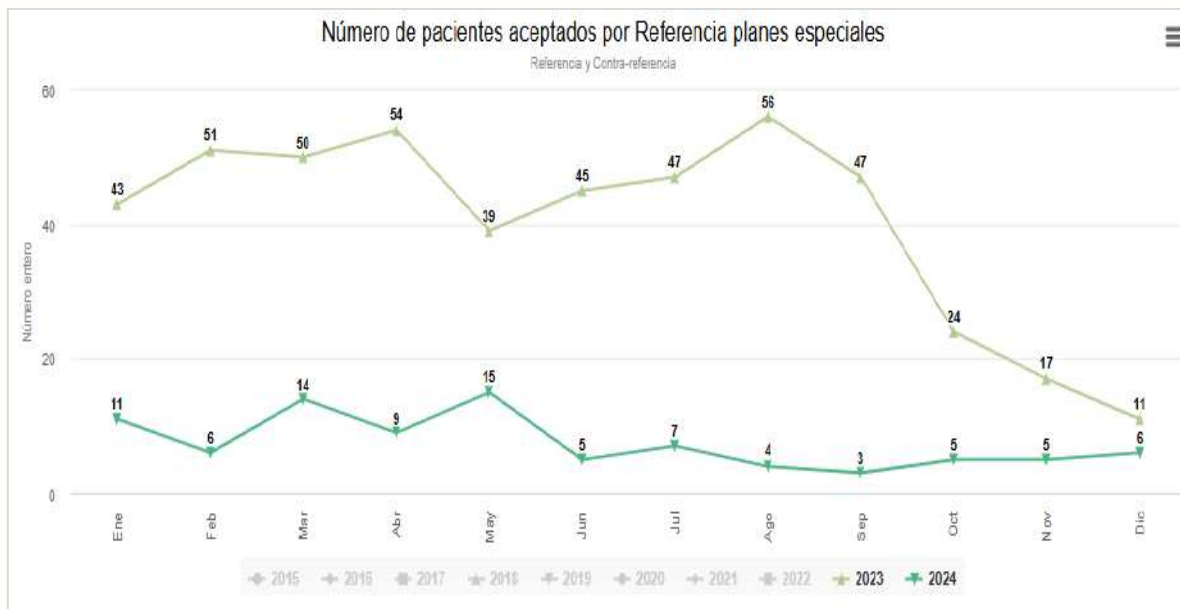


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Al realizar la comparación 2023/2024 en el indicador número de usuarios negados por referencia del PBS se observa una tendencia a la disminución, curva que muestra se priorizo la aceptación de pacientes de nuestro principal asegurador y se puede evidenciar en la

tendencia. En el año 2023 tenemos un promedio mes de 1341 pacientes negados, en el año 2024 disminuyó a 1310, con una variación acumulada de -2.30.

Para mejorar la oportunidad y disminuir los pacientes negados, institucionalmente trabajamos en aumentar el número de altas tempranas y disminuir el número de estancias prolongadas, este es un trabajo conjunto con la coordinación médica de hospitalización, UCIS y urgencias y auditoría interna



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

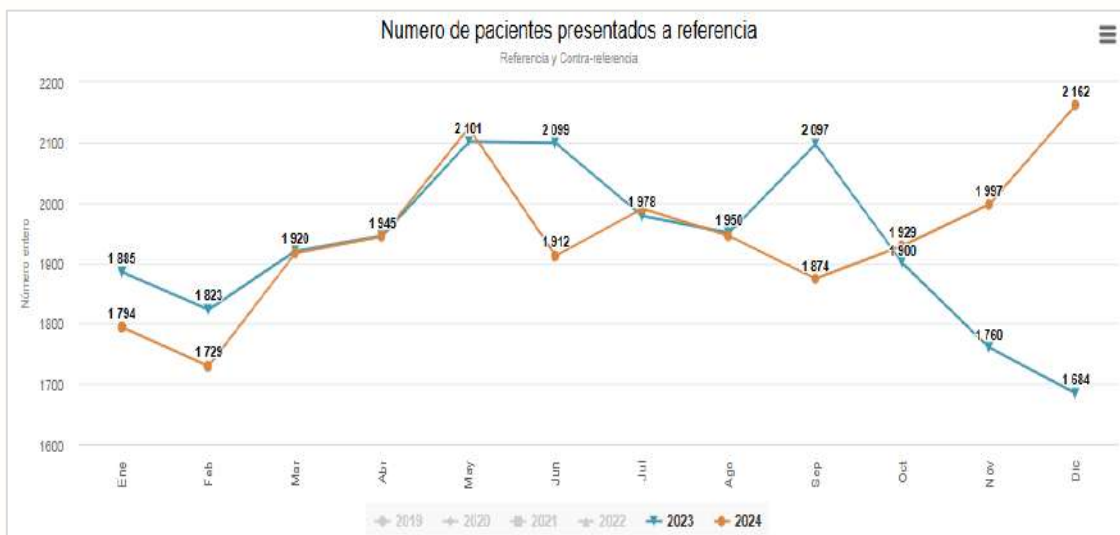
Al realizar una comparación 2023/2024 con el indicador número de pacientes aceptados por referencia del PBS se observa una tendencia a un mayor número en el 2023, con una tendencia marcada a la disminución en el año 2024.

Se debe trabajar en fortalecer la aceptación de pacientes de medicina prepagada, pólizas y planes complementarios, se realiza en los EPM de referencia sensibilización frente al tema y la importancia de la aceptación de estos pacientes, la asignación de cama oportuna, y el trato buscando la satisfacción con el servicio prestado.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

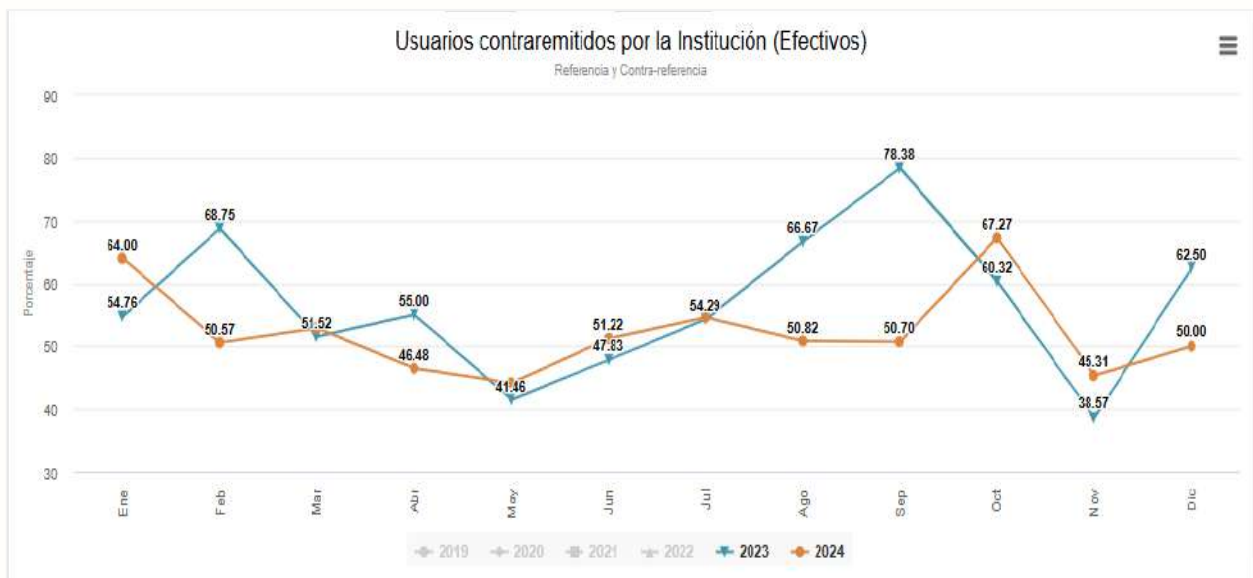
Al realizar la comparación 2023/2024 del indicador número de pacientes negados por referencia planes especiales se evidencia una disminución en la tendencia de aceptación y una tendencia de ascenso en la negación , nuestra principal razón de negación es por no disponibilidad de especialidad como Pediatría, Psiquiatría, Ginecología y Neonatos; otras razones como POP de otras instituciones , paciente multi infectados, dificultades administrativas, como estrategia institucional estamos trabajando en priorizar la aceptación y atención de nuestros usuarios del grupo empresarial.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En la comparación del año 2023/2024 del comportamiento del indicador de número de pacientes presentados a referencia observamos una tendencia al ascenso en el número de pacientes presentados en el 2024, se observa una leve disminución en algunos meses que coincide con los meses en los cuales se encuentran los periodos vacacionales de nuestro país.

En este indicador se encuentra la sumatoria de pacientes presentados del PBS y de pacientes presentados por medicina prepagada, pólizas y planes complementarios.

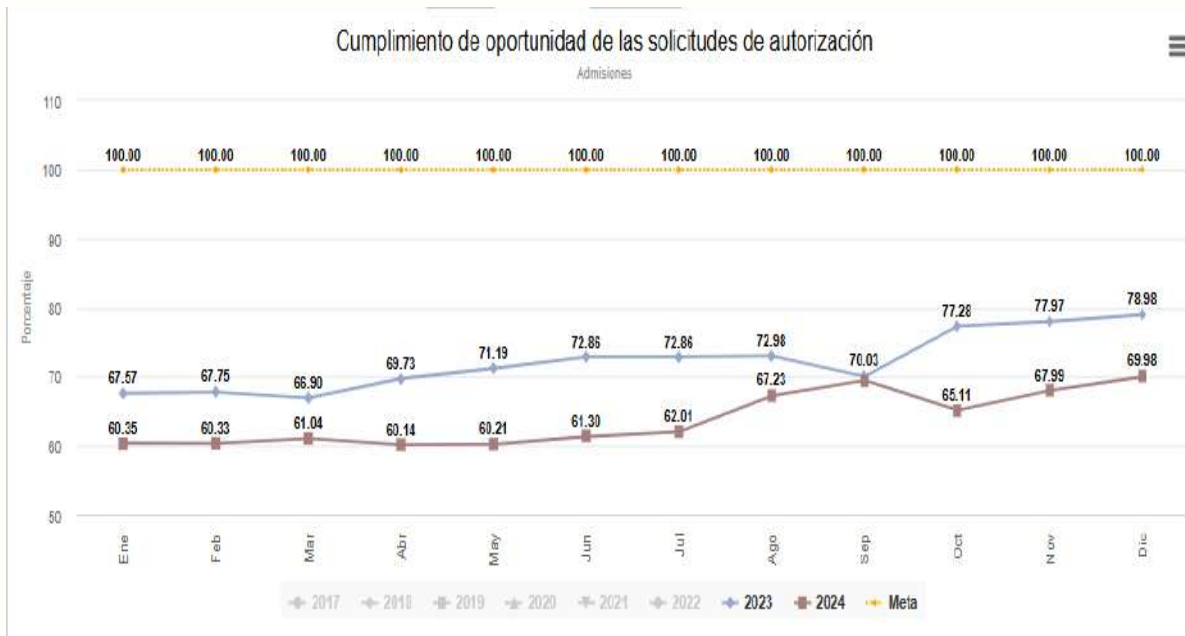


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En este indicador durante el año 2024, la tendencia observada muestra una disminución. Al comparar los porcentajes del año 2023, el promedio es de 56.67% de pacientes contra remitidos y el año 2024 presenta un promedio de 52.33 %. Los motivos por los cuales se reinicia la remisión o contra remisión son: No disponibilidad de la especialidad, no disponibilidad de camas, solicitud del asegurador y dificultades administrativas.

Las principales razones para no culminar este proceso son: Generan egreso, condición clínica, Solicitud del asegurador y/o paciente fallece.

2.3 Indicadores de productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

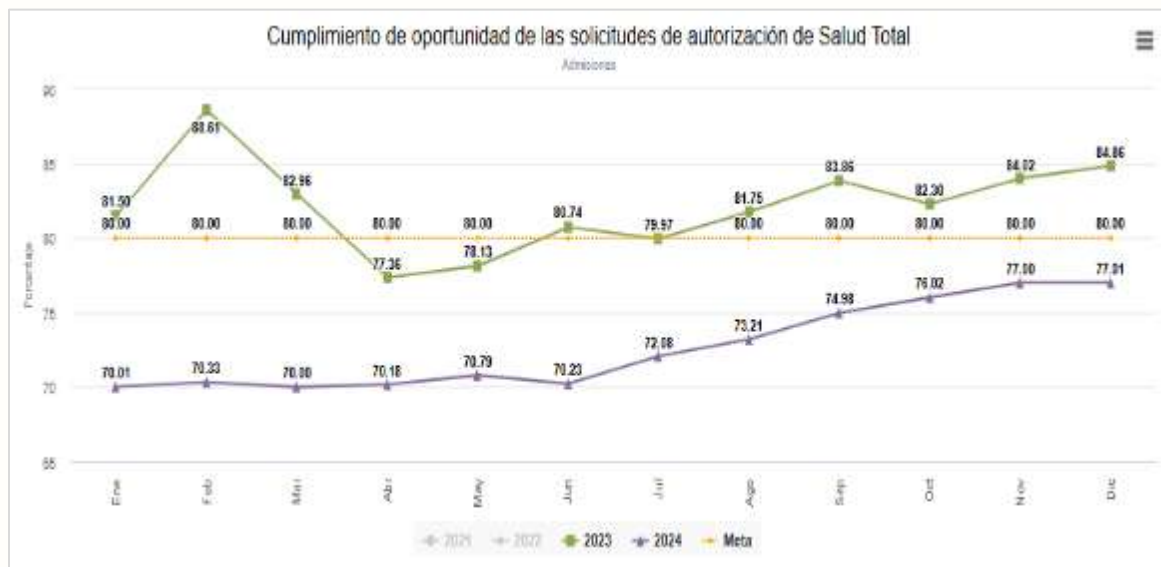
En el año 2024 evidenciamos en este indicador una tendencia a la disminución en el cumplimiento en la oportunidad de solicitudes de autorización de otras aseguradoras, se identificaron algunas dificultades que generaron las desviaciones como son : el tiempo prolongado de las aseguradoras para generar la autorización, algunas aseguradoras identificadas son: Famisanar, Compensar, Sanitas, Sura, y Positiva, se gestionaron alternativas para acercarnos al cumplimiento de este indicador, las cuales no fueron muy fructíferas. El tiempo establecido para la respuesta oportuna de la autorización en este indicador es de 30 minutos y las dificultades en el cumplimiento las encontramos en aseguradoras diferentes a Salud Total, debido a que no se da una respuesta oportuna en el tiempo establecido. A partir de estas novedades se definió dividir este indicador en dos nuevos indicadores.

- Cumplimiento de oportunidad de las solicitudes de autorización de otras aseguradoras - Oportunidad 6 horas.
- Cumplimiento de oportunidad de las solicitudes de autorización de Salud Total - Oportunidad 30 minutos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024 evidenciamos en este indicador una curva con tendencia al descenso del cumplimiento en la oportunidad de solicitudes de autorización de otras aseguradoras, el tiempo establecido para la respuesta oportuna es de 6 horas, sin embargo, presentamos novedades especialmente con algunas aseguradoras cuya autorización es generada en tiempos superiores, al evidenciar cuales son, encontramos a los aseguradores: Famisanar, Compensar, Sanitas, Sura y Positiva. Algunas de estas ya no tienen convenio vigente con la Clínica y con las otras hemos realizado acuerdos para agilizar la gestión.

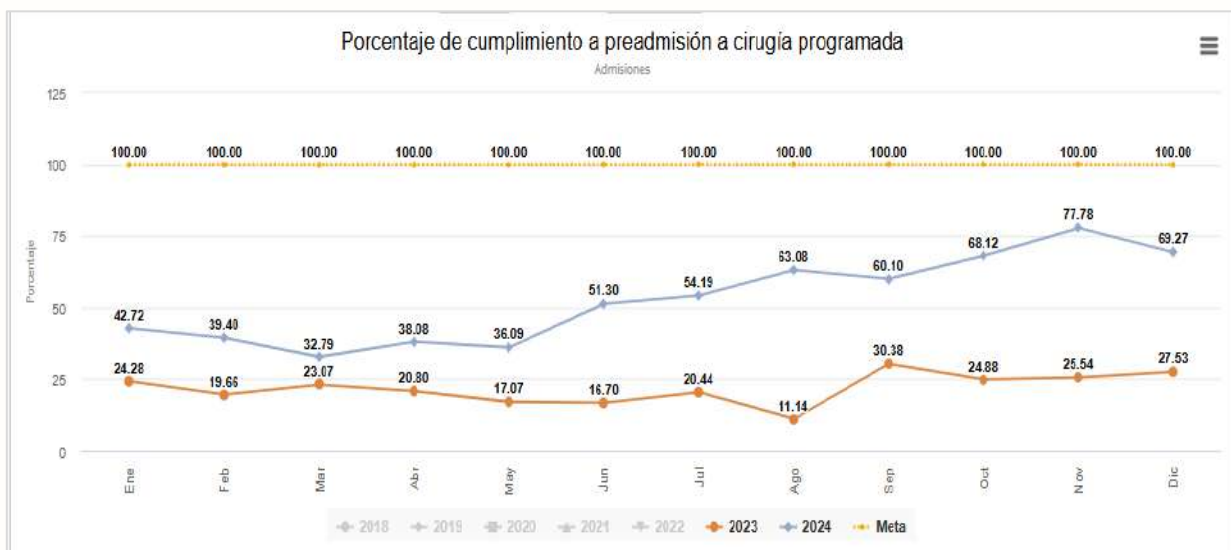


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Al revisar el cumplimiento del indicador en el año 2024 encontramos una tendencia que evidencia una tendencia a la disminución en el cumplimiento de la meta, la oportunidad de este indicador es de 30 minutos en la solicitud de autorización al asegurador Salud Total, que es nuestro principal asegurador y el cual nos ofrece una respuesta inmediata a través de la página, y cuando se evidencian novedades estas se deben solicitar por línea telefónica.

Desde la Dirección médica se realizó la solicitud y se trabajó en el desarrollo en el software de IT Salud para generar una plantilla que nos permitiera identificar desde varios filtros los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos solicitados por servicio, por fecha, por paciente, para así realizar seguimientos de estos y buscar brindar la oportunidad en la solicitud y generación de las autorizaciones por parte del personal de admisiones.

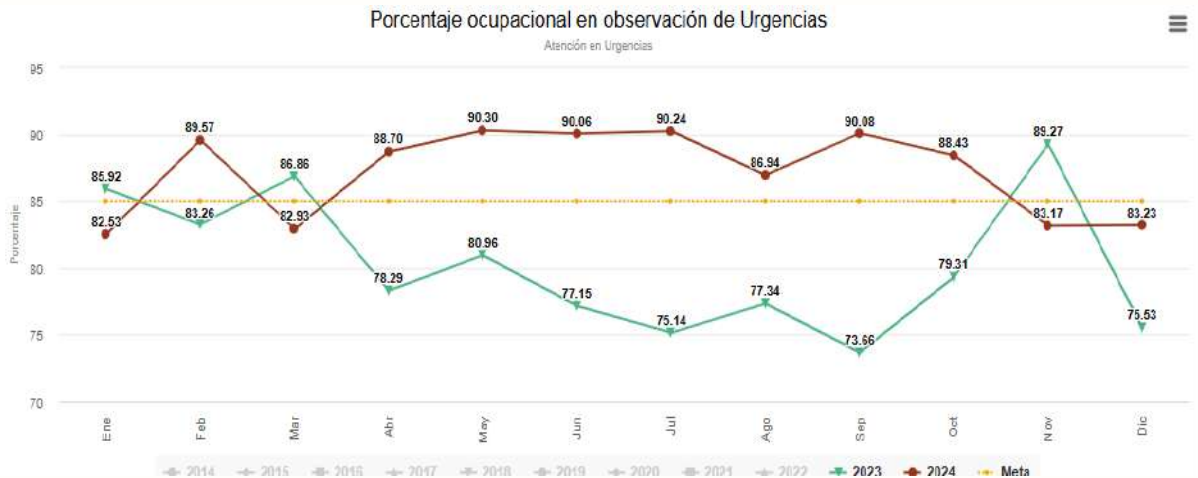
Al revisar la curva de cumplimiento se observa un leve aumento en el cumplimiento de este indicador, especialmente a partir del mes de Julio.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Al realizar la comparación de este indicador 2023/2024 evidenciamos una tendencia al ascenso y cumplimiento del indicador. Se estableció un plan de mejora junto con la coordinación de salas de cirugía, el cual se evidencia inicia a dar resultados positivos, desde la coordinación de salas se realizan llamados a los pacientes que no asistieron a la preadmisión indagando las razones e indicando que el no realizar el proceso adecuado podría generar dificultades para la realización del procedimiento quirúrgico.

Mediante este buscamos medir el impacto de lograr que el paciente cumpla con todos los requisitos administrativos necesarios para proceder a la realización de su procedimiento quirúrgico y disminuir el número de cancelaciones por razones administrativas.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el indicador de porcentaje ocupacional en observación urgencias evidenciamos un aumento del 7% en la comparación 2023/2024. Se evidencia una tendencia en el aumento del número de pacientes aceptados para el servicio de urgencias y así mismo se evidencia una mayor afluencia de pacientes que ingresan por sus propios medios.

Se incrementó el número de pacientes aceptados por referencia para el servicio de urgencias, especialmente pacientes de cirugía, urología, gastroenterología, neurología, cardiología.

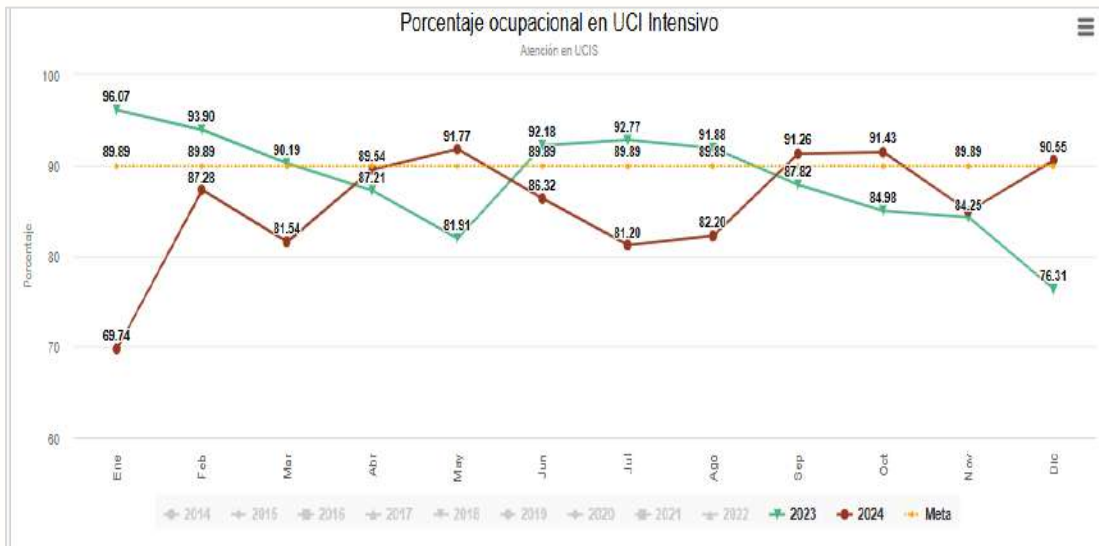
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2023	284	264	252	257	239	276	264	222	289	334	316	352
2024	363	275	291	294	274	297	324	333	383	313	380	493

Fuente de Información Portal BISAAD



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En este indicador de porcentaje de ocupación en UCII se evidencia un descenso de 3.1%, se define un plan de trabajo para agilizar el giro cama y la aceptación ágil de pacientes.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En este indicador de porcentaje de ocupación en UCIA se evidencia un descenso aproximado de 3%, se define un plan de trabajo en conjunto con la Dirección médica, la SAS de UCI, la SAS de emergenciólogos y la Coordinación de salas para agilizar el giro cama y la aceptación ágil de pacientes, así mismo la reserva de camas solicitadas para los POP institucionales.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En este indicador de porcentaje de ocupación en hospitalización se evidencia un aumento del 2% para el año 2024, se trabajó en agilizar el egreso hospitalario, buscando aumentar el giro cama, disminuir las estancias.

2.2 Avances de proyectos en curso

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Implementación módulo de SIRC para referencia y contrarreferencia	Creación de funcionalidad que le permita a la IPS realizar seguimiento a sus casos de referencia y contrarreferencia, enlazados con referencia y contrarreferencia de Salud Total	50%	Dificultades con la comunicación asertiva y efectiva con el equipo de IT de Salud Total	En ejecución	En el momento cada una de las IPS del grupo empresarial debe realizar pruebas en el módulo Angular.

2. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

2.1. PQRS informe mensual

Servicio	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Total general
IN-ADMISIONES Y REFERENCIA	0	6	4	5	0	8	4	3	5	5	1	0	41
Total general	0	6	4	5	0	8	4	3	5	5	1	0	41

Fuente: Coordinación de admisiones y referencia

- Atributos afectados en cada mes

ATRIBUTOS POR MES									
	Actitud de Servicio	Barreras de Acceso	Oportunidad	Percepción Manejo Entendible y Comprensible	Seguridad Del Paciente	Información/ tramites administrativos	Confort e Infraestructura	Demora en la atención	
Ene									0
Feb	1	1				1	1	2	6
Mar	0	0	0	0	0	3	1	0	4
Abr	1					1		3	5
May									0
Jun	1	1				5	1		8
Jul	1						1	2	4
Ago						1	1	1	3
Sept	1					3	1		5
Oct	1	1					1	2	5
Nov						1			1
Dic									0
Total	6	3	0	0	0	15	7	10	41

Fuente: Coordinación de admisiones y referencia

TOP 5 Atributos Afectados 2024		
1	Información trámites administrativos	15
2	Demora en la atención	10
3	Confort e infraestructura	7
4	Actitud de servicio	6
5	Barreras de acceso	3

Fuente: Coordinación de admisiones y referencia

Al revisar la información arrojada por X-Xcustomer encontramos que nuestro mayor atributo afectado es:

- **Información de trámites administrativos** que corresponde a un 36.6 %, la inquietud que más es expuesta por los pacientes y sus familias está relacionada con el pago del copago al inicio de la hospitalización, la cual es una directriz institucional.
- **Demora en la atención** con un porcentaje de 24.4%, lo cual este derivado de no entregar oportunamente la paz y salvo, sin embargo, esta novedad se genera por demora en la generación de la factura, no cargue adecuado y completo a nuestro software de historias clínicas, lo cual no nos permite realizar el cierre del registro de admisión.
- **Confort e infraestructura** con una afectación de 17.1%a lo cual le trabajaremos junto con la coordinación de enfermería y coordinación de ambiente físico.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

Las capacitaciones programadas fueron:

- Capacitación validador Colsanitas
- Inducción al modelo de Coomeva Medicina Prepagada
- Capacitación autorizaciones Salud Total
- Capacitación autorización urgencias Seguros Bolívar
- Capacitación ARL Axa Colpatria

- Proceso de autorización de Sura
- Inducción Modelo de Atención a los Usuarios de Coomeva Medicina Prepagada
- Capacitación Plan Complementario Salud Total
- Capacitación modelo autorizaciones HDI SEGUROS COLOMBIA (LIBERTY SEGUROS)
- Se trabaja actividades de competencias blandas, trabajo en equipo, inteligencia emocional, comunicación verbal y no verbal, con acompañamiento psicólogo Felipe Tocancipá

4.2 Evaluación del Clima Organizacional

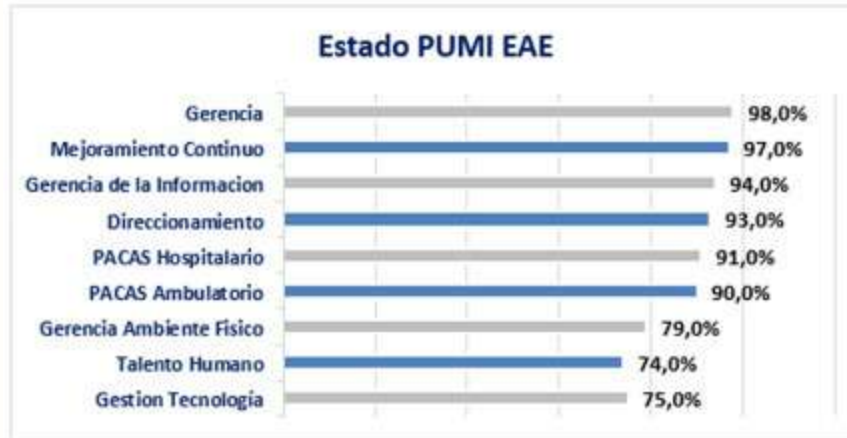
- Realizar la admisión, solicitar las autorizaciones para el ingreso.
- Informar al paciente y su familia del copago, realizar el recibo y confirmar el pago.
- Verificar a diario el censo de los pacientes asignados, comprobadores derechos, de presentar novedades gestionarlás.
- Validar las solicitudes de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos en la plantilla de IT y autorizar con el asegurador respectivo. Compromiso 100% de autorizaciones durante el proceso de atención en salud.
- Al egreso, revisar el sistema IT para realizar el cierre de registro, cuándo el sistema no permite cerrar el registro por pendientes de cargue de insumos, medicamentos, interpretaciones de ayudas diagnósticas, se deben comunicar con el personal asistencial solicitando ayuda gestionando los pendientes para así lograr cerrar el registro y entregar la paz y salvo.
- Si el paciente debe pagar adicionales, es el personal de admisiones de explicarle al paciente, entregar el recibo y verificar el pago previo a la paz y salvo, de presentarse inconformidades con la facturación debe explicarle al paciente y tener empatía ante la reacción del usuario y/o su familia.
- Al terminar el proceso de egreso del paciente, deben entregar a facturación la carpeta con el seguimiento realizado y el total de las autorizaciones requeridas.
- Otra de las novedades de la rotación es la remuneración percibida.



5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio, los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe de Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024

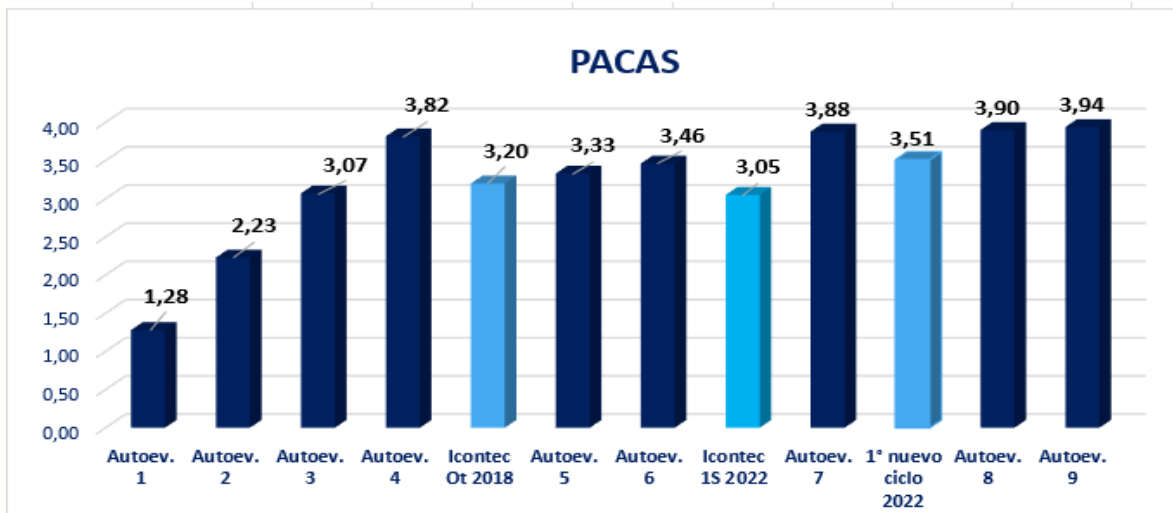
Admisiones Referencia y Contrarreferencia,



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

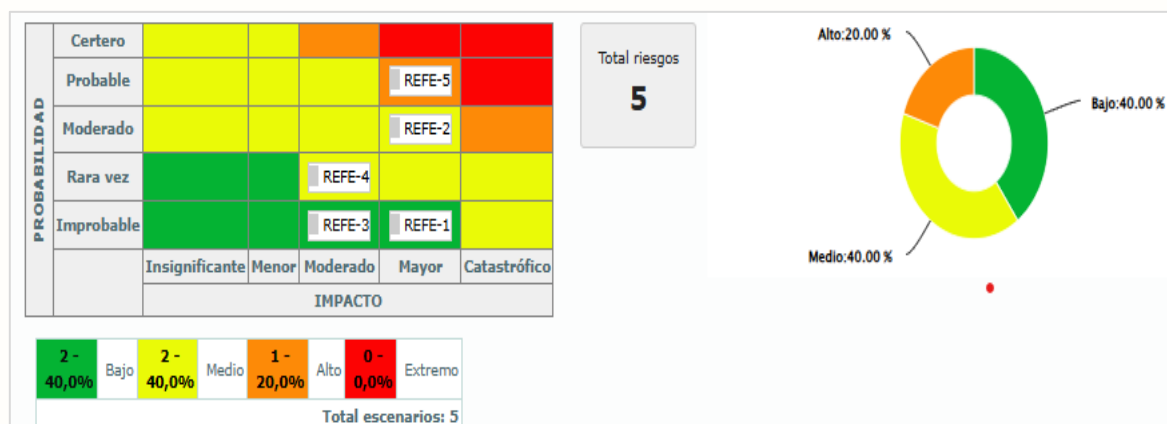
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

Los Nogales

CLÍNICA

POA 2024 Admisiones, Referencia y Contrareferencia

Código

2024-SPB-10.6

Vigencia

2024

Estado

Ejecución

Responsable

Coordinación de Admisiones y Referencia

Fecha Inicio

2024-01-01

Fecha Fin

2024-12-31

Resumen cronogramas:

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Fortalecer el grupo de colaboradores en una comunicación efectiva y asertiva como grupo , que genere un ambiente de trabajo donde las decisiones importantes sean claras para todos, creando así un entorno que promueva planeación de acuerdo a los valores y objetivos de la organización.	80,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	80,0%
Fomentar la adherencia de los colaboradores para la prestación de servicios de salud con efectividad, calidad, seguridad y con sentido humano, que genere un trato digno y calido.	80,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	80,0%
Generar en nuestros colaboradores el compromiso de prestar servicios que permitan que el paciente y su familia prefiera nuestra clínica para la atención en salud.	80,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	80,0%
Gestionar con las áreas que corresponden la mejora en las herramientas climáticas que nos permitan una continua comunicación efectiva, para la oportunidad en la gestión clínica.	85,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	85,0%
Generar estrategias de educación continuada institucional que aumenten el conocimiento y las buenas practicas institucionales .	45,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	45,0%
Colaborar en el desarrollo digital que genere la articulación de información para la atención integral del paciente.	75,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	75,0%
Establecer las necesidades y demandas de insumos que permitan su adecuado uso.	78,9% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	78,9%
Fortalecer las estrategias establecidas relacionadas con procesos de autorizaciones y altas tempranas en coordinación con las áreas asistenciales y administrativas para cumplir con los objetivos trazados.	80,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	80,0%
TOTAL	75,70% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	75,7%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- La importancia de tareas asignadas a un responsable, el seguimiento a ellas- Seguimiento que se realiza a autorizaciones de pacientes de hemodinamia hospitalizados, a radiología intervencionista.
- Por esta misma razón desde hace unos meses la supervisora de admisiones realiza la revisión de las cuentas de Fresenius, esto nos permite validar lo que se factura y confirmar que contemos con la autorización de la aseguradora.
- Se definió cambio de método de trabajo en el área de admisiones, en el pasar de los días y con la rotación se evidencia que cada funcionario que se iba dejaba una cantidad importante de cuentas sin revisar porque no contaban con factura, a partir del 2025 se implementara el método de colmena para así revisar y tener listas las cuentas antes de 24 horas, entregándolas mediante correo a facturación, buscando así agilizar el proceso y disminuir los pendientes.

9. PROYECTOS 2025

- Iniciar el nuevo método de trabajo en Colmena, con el equipo de admisiones con el fin de optimizar el tiempo laboral, por tareas específicas.
- Implementar el módulo de SIRC para Referencia y Contrarreferencia.
- Mantener la ocupación de la Clínica en 95% y crecer en la ocupación de las Ucis al 94 %.
- Trabajar de la mano con el Departamento de Enfermería y la coordinación de hospitalización y la jefe de egreso seguro para realizar la medición de los tiempos de egresos efectivos y así generar un plan de mejoramiento que impacte en el traslado oportuno de los pacientes con requerimiento de asignación de camas.
- Trabajar junto con el área de sistemas en un informe que nos permita realizar seguimiento a la oportunidad de las autorizaciones y la prestación de los servicios de salud.
- Fortalecer el equipo de admisiones y referencia buscando disminuir la rotación, fortalecerlos en comunicación asertiva y efectiva, empatía, clima laboral y atención al cliente.
- Trabajar junto con nuestro asegurador principal en el fortalecimiento de las altas tempranas, con el fin de brindar oportunidad de atención de 4 nivel a usuarios en proceso de remisión.



Servicios de Hospitalización

Los Nogales | Torre 2

OBJETIVO GENERAL

Prestar atención en salud basado en el Modelo de Atención Integral Institucional, cumpliendo con atributos de oportunidad, eficacia, eficiencia y humanización; propiciando en los colaboradores sentido de pertenencia por la clínica y con enfoque en la seguridad del paciente y gestión del riesgo.

1. RESUMEN EJECUTIVO

- Fortalecimiento de la donde se realiza la identificación de riesgos del paciente para generar el plan de tratamiento durante la estancia hospitalaria.
- Se consolidó el Equipo de Respuesta Rápida como resultado del trabajo articulado con Líder de Gestión del Riesgo y los líderes de Intensivistas y Emergenciólogos.
- Los eventos adversos ocurridos en el servicio tuvieron una disminución de 18,5% con relación al año anterior, resultado de múltiples estrategias para la contención de eventos.
- Durante el año 2024 se realizaron jornadas de capacitación en temas de alto impacto en Hospitalización, con una cobertura del 95% de los colaboradores.
- Incremento en el índice ocupacional de hospitalización con un incremento del 2%.
- Fortalecimiento de los colaboradores en la comunicación asertiva y respetuosa con una escucha activa que fomente toma de decisiones importantes de manera conjunta, promoviendo la creatividad e innovación de acuerdo con los valores y objetivos de la organización, en un entorno innovador.
- Pese a un giro cama no favorable durante el año 2024 y una ocupación mayor al 92%, se registró un aumento del 2,5% en el número de egresos, que se relaciona con incremento en la complejidad de los pacientes que atendemos como centro de referencia para nuestro principal asegurador (Salud Total).
- Fortalecimiento en la implementación de estrategias para mejorar la comunicación con familiares y pacientes.



2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores de productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Con una meta de 6, en el año 2023 el indicador estuvo en 5,37 y en el año 2024 con un resultado de 5,39 no presento mejoría importante, relacionado con aumento de estancias de población oncológica y sus comorbilidades propias, las cuales se evaluaron y generaron estrategias para altas tempranas.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencia un comportamiento favorable en comparativo con el año 2023 pasando de 90,52% a 92,52% para el año 2024, para lo cual se generaron estrategias en conjunto con referencia en oferta de camas disponibles para los aseguradores.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2024 se evidencia una disminución leve en promedio de días a comparación del año 2023 pasando de 6,71 a 6,61 días para cual se generó articulación con Auditores concurrentes en seguimientos de conductas clínicas y pertinencia de estancias.



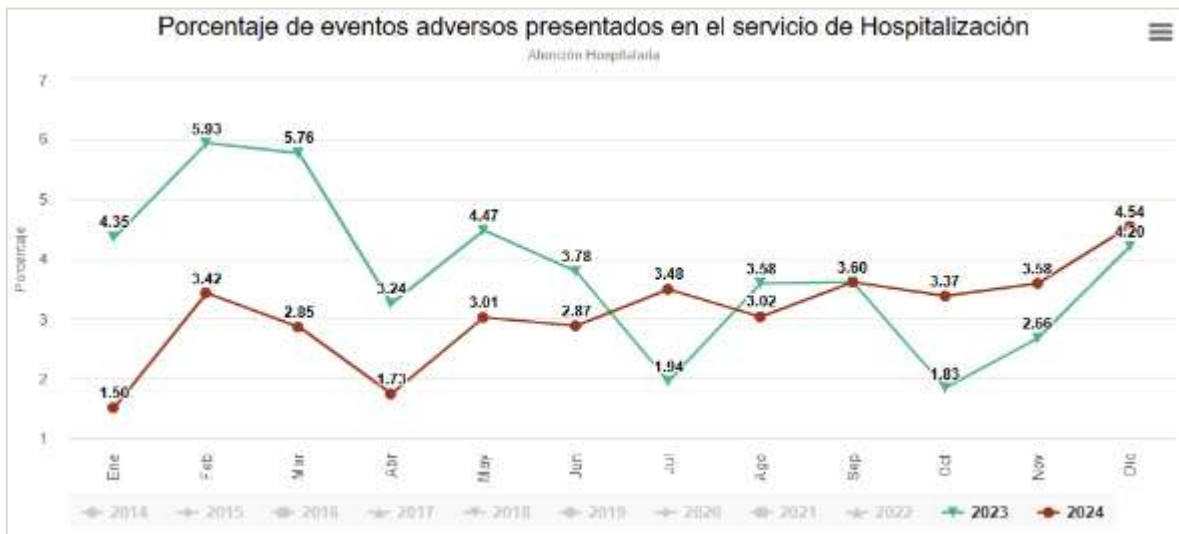
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2024 se presenta un comportamiento positivo del número de egresos con relación al año 2023, pasando de 10.922 a 11.197 de acuerdo con las metas proyectadas para cual se fortalecieron acuerdos con asegurador y estrategias desde líder egreso seguro sobre información de prealtas hospitalarias generando egresos efectivos, con un incremento de 2,5%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La tasa de reingreso de pacientes hospitalizados pasó de 0,18 x cien a 0,14 x cien, que obedece a fortalecimiento en la calidad de los egresos, garantizando la complementariedad de los recursos que nuestros pacientes requieren de manera pertinente para continuar manejo extra institucional, incluyendo la educación al cuidador y acompañamiento ante casos de fin de vida.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024 con un promedio mensual de 3,08% de ocurrencia de eventos adversos, se evidencia una favorable disminución en comparación con el 3,78% de eventos adversos ocurridos en el año 2023.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La Tasa de caída del año 2023 pasó de 0,88x mil a 0,97x mil, y aunque su incremento no es resultado esperado, se relaciona con un incremento en el reporte, desde el fortalecimiento de la cultura del reporte de eventos de seguridad, debido a que en el año 2024 se realizaron múltiples estrategias de educación en seguridad del paciente, en cultura de reporte y análisis de casos en conjunto con colaboradores involucrados para sensibilizarlos, con el fin de identificar las causas y generar planes de mejora que mitiguen los eventos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2024 se evidencia un comportamiento favorable en comparación con el año 2023, pasando de 19,32x mil a 17,68x mil esto dado a la articulación de las diferentes especialidades y cuidado paliativo, generando altas hospitalarias en planes domiciliarios con el fin de generar confort y acompañamiento a paciente y familia en etapas de fin de vida y también a consolidación de equipos de respuesta rápida.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se presenta un incremento del 5,5% en la adherencia al protocolo de cuidados de catéter central, resultado del fortalecimiento de buenas prácticas en el seguimiento y pertinencia del uso de los dispositivos.

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Fortalecimiento en habilidades de comunicación asertiva y respetuosa hacia pacientes y familiares.	Garantizar calidad en la atención basados en equipos con comunicación asertiva que promueva la humanización de la atención en el servicio de hospitalización.	100%	Resistencia al cambio de algunos colaboradores a la mejora continua.	Diciembre 2024	Se establecieron estándares de mejora continua de la calidad de la comunicación en la que se reflejen los resultados clínicos, operativos y administrativos del servicio y mejorar la experiencia en el servicio y con ello, alcanzar la máxima la satisfacción del paciente y su familia durante su experiencia, fidelizándolos con nuestra institución.
Actualización del modelo de atención con el seguimiento a estancias	Optimizamos la calidad, eficiencia y la accesibilidad a servicios para responder a las necesidades del	100%	Dificultades en la comunicación entre los actores auditores.	Diciembre 2024	La actualización del modelo de auditoria concurrente que pretende garantizar que el servicio sea más eficiente, seguro, humanizado y de calidad, desde la sinergia para

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
	paciente según la condición clínica, desde la sinergia de la auditoria concurrente con los equipos asistenciales y administrativos del servicio para incrementar la eficiencia del proceso de atención y lograr mayor satisfacción del paciente y su familia.				generar mejores resultados en salud y utilización de los recursos.
Creación de alta temprana	Espacio creado para la movilización temprana de pacientes con egreso cuyas condiciones clínicas permiten que el paciente espere su proceso de egreso (2,5 horas) en una sala de espera con sillas hasta el egreso de la institución.	100%	Dificultad en la adherencia de los equipos para el reporte de prealtas, poca eficiencia en la definición de egresos, dificultad en la comunicación entre los especialistas y poca identificación de casos susceptibles de egreso.	Diciembre 2024	Se logró la implementación de la estrategia que permitió agilizar los egresos, logrando optimizar la utilización de la capacidad instalada y el por tanto el giro cama.
Fortalecimiento de la red de computadores en el servicio	La atención en salud está ligada a los registros en la historia clínica del paciente, los cuales deben ser lo más simultáneos	100%	Adherencia de los médicos especialistas, médicos generales y enfermería al uso y	Diciembre 2024	Se logró que los profesionales en salud del área que están involucrados con el cuidado del paciente cuenten con equipos suficientes para el registro oportuno en la historia clínica del paciente.

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
	posible a la atención asistencial. De modo que para facilitar dichos registros por cuerpo médico y de enfermería, el servicio se vio robustecidos con equipos en las áreas de estar médico y de enfermería en 5 pisos de hospitalización.		aprovechamiento de los equipos destinados para el fin.		Con esto se logró que los especialistas y profesionales de otras áreas, dispusieran de más equipos para realizar los registros clínicos. Y se garantiza la disponibilidad del registro oportuno para la gestión clínica del paciente.
Estrategias de Ahorro en Hospitalización	Son una serie de estrategias que propenden por garantizar la sostenibilidad del servicio, optimizando los recursos disponibles sin afectar la calidad de la atención, desde la distribución de insumos por turno inventariados para el Control de costos operativos como reducción de tiempos de espera, procesos que agilicen la atención, para evitar sobre costos.	80%	Resistencia al cambio de algunos colaboradores a la estrategia de ahorro por desapego en las buenas prácticas y no adherencia a lineamientos operativos.	En curso	En coherencia con la situación actual en términos de ahorro y economía en el momento que vive el sector salud, nos comprometemos con estrategias enfocadas en el ahorro y máximo aprovechamiento de los recursos con los que contamos para garantizar la sostenibilidad de la unidad funcional de hospitalización.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La satisfacción del usuario en el servicio de hospitalización en el año 2023 fue de 97,76% y en el 2024 de 99,40%, una importante mejora en el indicador resultado de múltiples intervenciones encaminadas a la optimización de la atención a nuestros pacientes con resultados clínicos, estrategias para mejorar la oportunidad, confort, humanización y seguridad del paciente.

 Hospitalización	Año	Satisfacción	% PQRS
	2023	98%	8%
	2024	99%	4%
	TOP 5 Atributos Afectados 2024		
	1	Información administrativa	5
	2	Actitud de Servicio	4
	3	Demora en la atención	4
	4	percepción manejo asistencial	4
	5	confort e infraestructura	1
Indicador NPS			
	Año 2023	70%	
	Año 2024	96%	

Fuente: Coordinación de gestión del servicio

Se presentó la disminución en el porcentaje de quejas del 50% en el año 2024 con relación al año inmediatamente anterior y se reflejó en el incremento del indicador del NPS que del 70% en el año del 2023 se incrementa al 96% en el año 2024.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Se abordaron múltiples temáticas interdisciplinarias con propósitos clave, orientados a mejorar la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la eficiencia de las acciones de los colaboradores que redundan en mejora del proceso. Nos enfocamos en estrategias de formación no solo para mejorar la capacidad de desempeño del personal y fomentar mayor resolutivez y eficiencia, sino para reforzar la capacidad de la unidad para alcanzar sus objetivos estratégicos y operativos:

- Mejorar la competencia del personal.
- Promover la estandarización de los procedimientos.
- Fomentar la respuesta rápida y eficaz de los equipos.
- Garantizar la seguridad del paciente.
- Desarrollar habilidades de trabajo en equipo.
- Alinear la misión y la visión del área para el cumplimiento de las metas de la unidad.
- Adaptación a necesidades específicas del servicio.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio, los resultados son los siguientes:

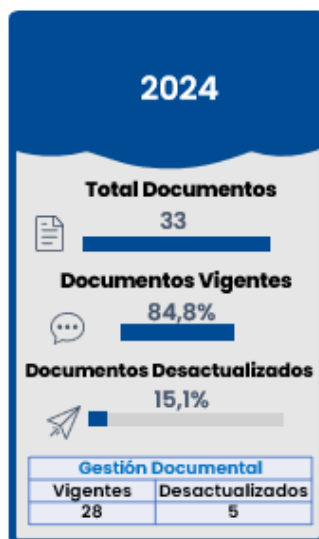




Fuente: Informe de Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.

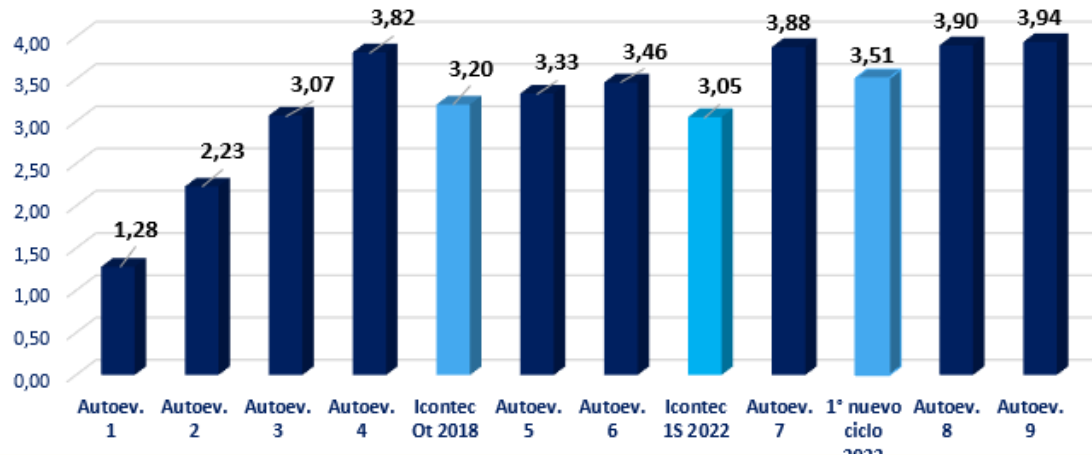


Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas al estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.

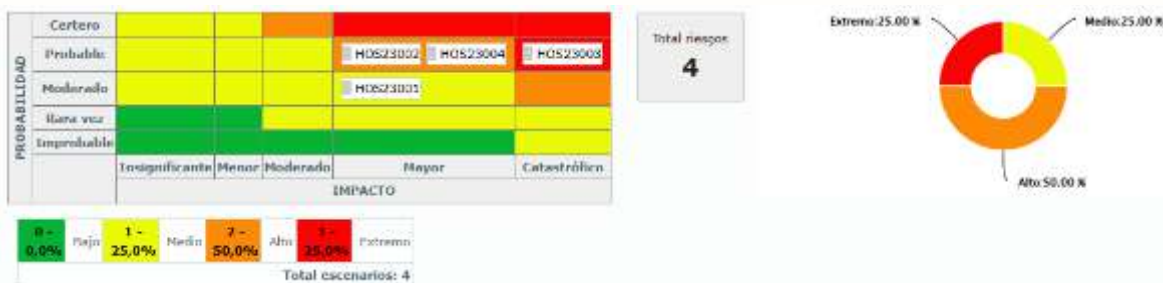
PACAS



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

		Clinica Los Nogales POA 2024 Atención Hospitalaria		Código 2024-SFR-07-1 Vigencia 2024 Estado Ejecución	
Responsable: Coordinador de Hospitalización				Fecha Inicio: 2024-01-01 Fecha Fin: 2024-12-31	
Resumen Cronogramas					
Cronograma		Avance	Inicio	Fin	Completamiento
Fortalecimiento de colaboración en comunicación abierta y respuestas con una actitud activa que fomente toma de decisiones importantes creando entornos que promuevan creatividad e innovación de acuerdo a los valores y objetivos de la organización.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Fomentar adherencia a lineamientos institucionales de seguridad de paciente, gestión de el riesgo y líneas de humanización que conlleven a una atención con efectividad clínica.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Generar una transformación por medio de procesos positivos que fomenten la preferencia del usuario a nuestro servicio.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Fortalecer herramientas de gestión clínica que generen la continuidad, oportunidades en la atención clínica con efectividad clínica.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Fomentar propuestas de investigación y adherencia a las estrategias de educación continuada institucional que aumenten el conocimiento y las buenas prácticas asistenciales.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Promover por medio de un sistema digital que genere la utilización clínica administrativa para la atención integral, segura y con vanguardia de paciente.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Establecer un análisis cuidadoso de la necesidades y demandas que permitan generar medidas controladas del uso adecuado de insumos.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Generar estrategias de optimización de recursos que fomente la restructuración de acuerdo con la condición clínica, que promueva la planeación oportuna de los recursos.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL		100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Proyecto Altas Tempranas logró la implementación de una estrategia que permitió agilizar los egresos, logrando optimizar la utilización de la capacidad instalada y el por tanto el giro cama. Se requiere un marco estructurado de liderazgo, supervisión y seguimiento continuo para mejorar los resultados.
- El fortalecimiento del compromiso de cada colaborador con la calidad de la atención y los resultados clínicos, a través de conductos regulares y con enfoque clínico, operativo y administrativo para agilizar el servicio, son las bases para promover la excelencia en la práctica médica, mejorar la experiencia en el servicio y con ello, alcanzar la máxima la satisfacción del paciente y su familia durante su experiencia en hospitalización, fidelizándolos con nuestra institución y la eficiencia en el aprovechamiento de la capacidad instalada y los recursos disponibles.
- A través de la Actualización del Modelo De Atención con el Seguimiento A Estancias, el modelo de auditoria concurrente propendió por garantizar que el servicio sea más eficiente, seguro, humanizado y de calidad, desde la sinergia para generar mejores resultados en salud y utilización de los recursos, que amerita perpetuarse para seguir mejorando resultados.
- Fortalecimiento de la red de computadores en el servicio, con esto se logró contener la demora en la toma de decisiones y ejecución de planes de manejo, para los profesionales y demás colaboradores. De modo que se garantiza la disponibilidad del registro oportuno en la historia clínica, para la gestión clínica del paciente.

- Estrategias de Ahorro que en coherencia con la situación actual en términos de ecología por el bienestar del medio ambiente y en cuanto a la economía en el momento que vive el sector salud, nos comprometemos con estrategias enfocadas en el ahorro y máximo aprovechamiento de los recursos con los que contamos para garantizar la sostenibilidad de la unidad de hospitalización.

9. PROYECTOS 2025

- Medición de resultados clínicos institucionales desde el seguimiento hospitalario de Casos STROKE (liderado por Neurología y enfermería) articulado con urgencias.
- Fortalecimiento en estrategias en habilidades de comunicación y trabajo en equipo que genere una percepción cálida en la prestación del servicio, de acuerdo con los valores y lineamientos institucionales y alineados con los resultados esperados.
- Creación de estrategias por medio de espacios de comunicación efectiva que generen articulación de las diferentes especialidades desde el modelo asistencial para mejores desenlaces clínicos.
- Fortalecimiento en mobiliario hospitalario para el confort de paciente y familia.
- Disminución de estancia por medio de estrategias de seguimiento a la oportunidad y pertinencia con desenlaces óptimos para el paciente.
- Fortalecimiento en la optimización de recursos y pertinencia de insumos de acuerdo con la condición clínica y la identificación de las necesidades del paciente durante la estancia hospitalaria.
- Incremento de número de egreso en articulación con líder de egreso seguro e identificación de prealtas hospitalarias y seguimiento de planes domiciliarios con el fin de generar egresos efectivos y de calidad que brinde continuidad.
- Estrategias que fomenten la cultura de seguridad de paciente con el fin de mitigar incidentes y eventos adversos.
- Mantener por encima del 98% la satisfacción del usuario, a expensas de transformar la experiencia en hospitalización para nuestros pacientes, logrando un proceso cada día más fluido, seguro, empático, pertinente y eficiente.



- Incluir estrategias digitales con equipo portátil para la ronda médica con la finalidad de que las determinaciones del análisis de cada caso sean inmediatamente incluidas a la historia clínica del paciente y agilizar los procesos (ordenamiento, cancelaciones, etc.)
- Incremento de monitoria a través de cámaras de vigilancia.
- Educación y capacitación continua a los equipos interdisciplinarios.
- Fortalecimiento de los equipos de enfermería.

UCI

Los Nogales | Torre 2



Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C.
Autopista Norte, Costado Oriental.



www.clinicanogales.com



(601) 593 70 00

OBJETIVO GENERAL

Garantizar una atención oportuna, idónea, segura, humanizada del paciente que ingresa al servicio de cuidado crítico.

1. RESUMEN EJECUTIVO

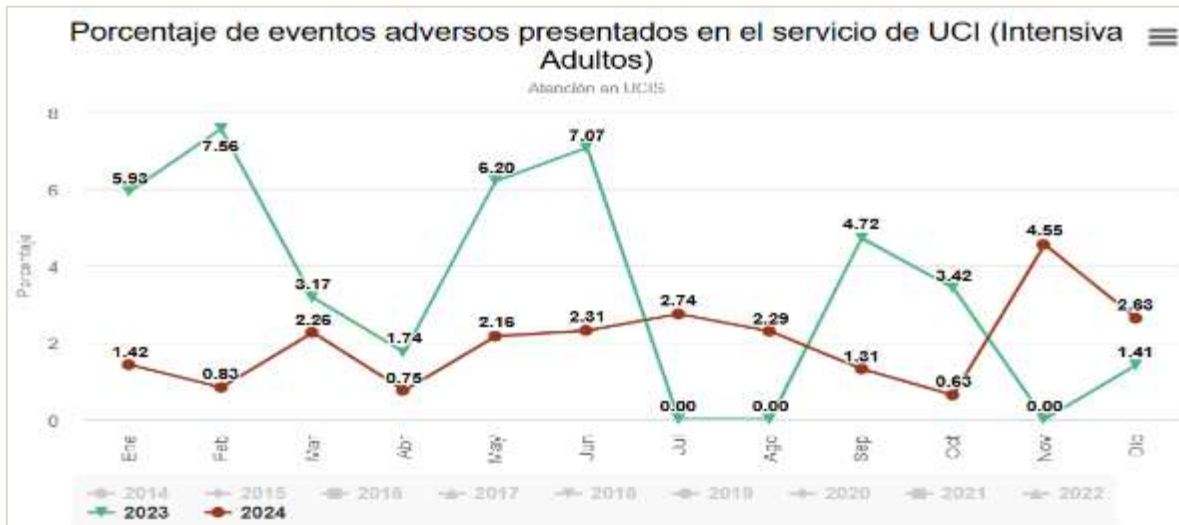
PRINCIPALES LOGROS 2024

- Cumplimiento del 90% del POA 2024 enfatizando en mejora a la seguridad del paciente, incremento del giro del giro cama de las unidades.
- Se mejoró la satisfacción del servicio de las ucis con respecto al 2023 esto con, interconsultas previas por trabajo social y psicología para pacientes, familias y cuidadores.
- Incremento en la oportunidad de las juntas multidisciplinarias para definir tratamiento, disentimientos o fin de vida.
- Entrega de medicamentos, dispositivos e insumos, en horarios de menor necesidad de cuidado, garantizando tratamiento oportuno.
- Cambio del modelo de enfermería para mejora atención y resultados disminución de estancia y giro cama del paciente cardiovascular.
- Oportunidad en la Solicitud de camas al servicio a hospitalización o egresos desde las ucis a casa.
- Aumento en un 50 % del reporte de eventos adversos e incidentes en los últimos 4 meses de año 2024 con respecto al 2023.
- Diminución del 1.5 % de las caídas en el servicio de UCI comparado con el año 2023.
- Recibo y entrega de turno articulada con el personal auxiliar cumpliendo el protocolo.
- Administración segura de medicamentos con sistema de monitoreo de infusiones en la UCI cardiovascular.

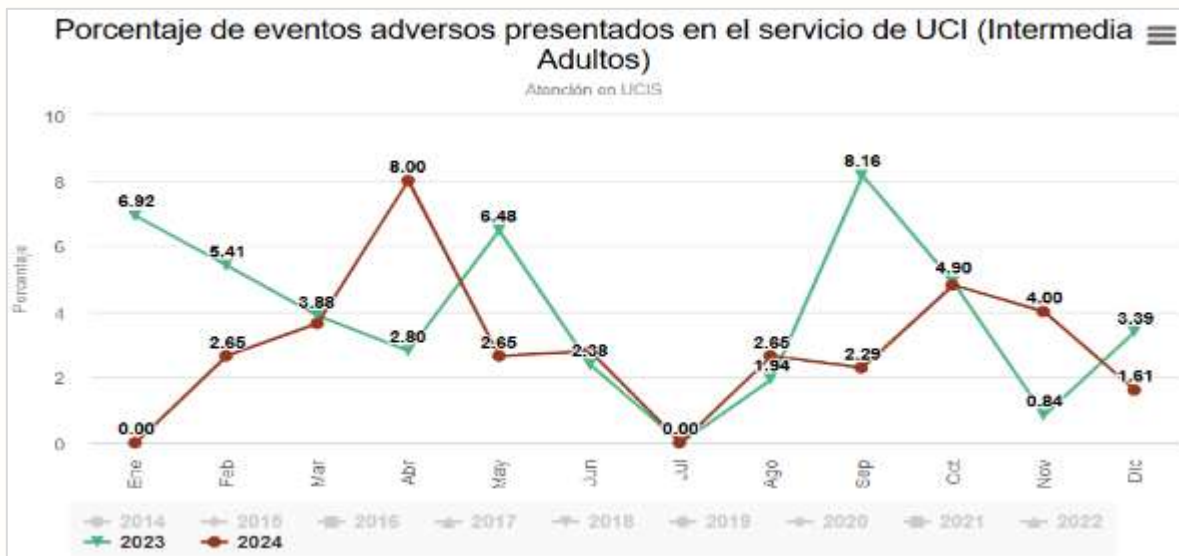


2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores de Calidad



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

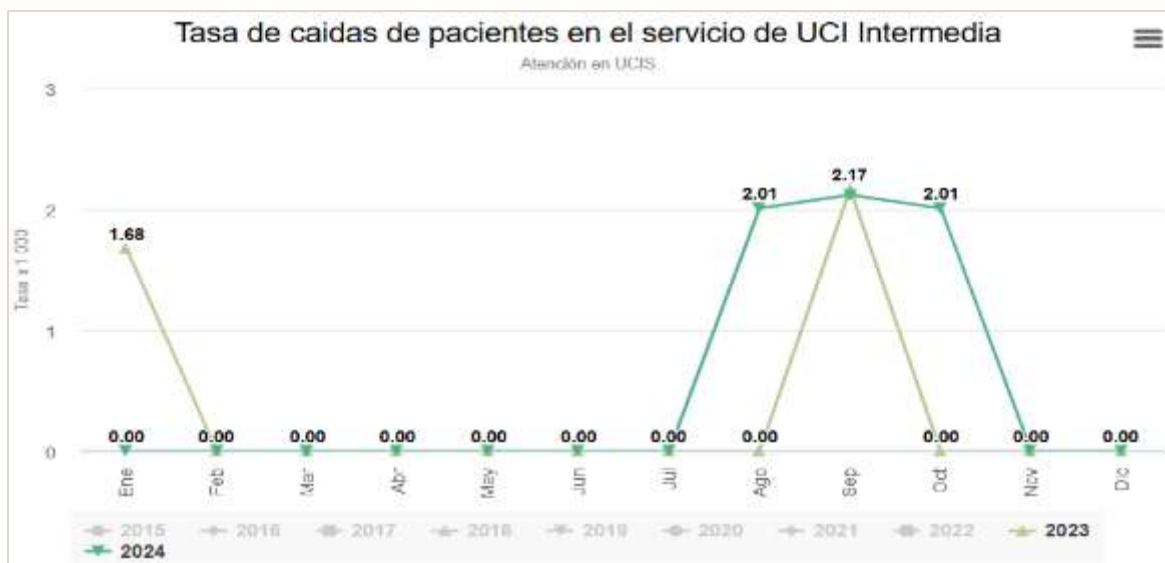


Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Los eventos adversos aumentaron en comparación con al año 2023 en 2%, viendo reflejado el aumento en el número de reportes en las unidades en los últimos 4 meses del año. Los eventos con mayor incidencia son las lesiones por presión, MARSIS y flebitis mecánicas. Sin eventos centinelas en año 2024.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

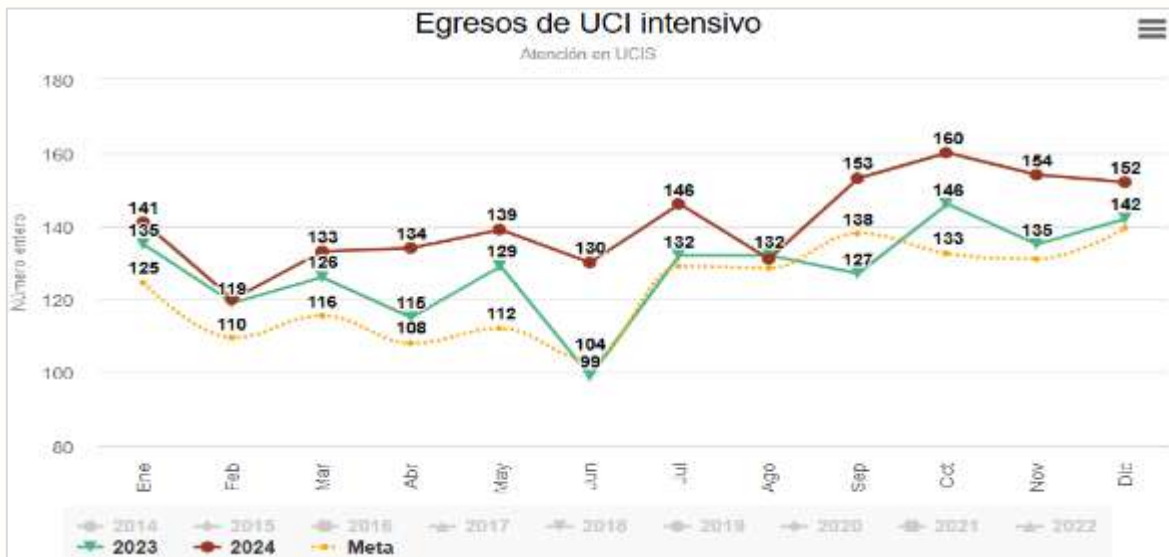


Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

En las unidades de cuidado intensivo e intermedio a lo largo del año se presentaron un total de 6 caídas con un crecimiento 0,5 en la tasa en comparación con el año 2023. Dentro de la desviación se encontraron periodos y ubicaciones geográficas similares donde ocurría el evento.

A partir de septiembre se intensifican rondas de enfermería y auxiliares, ubicación de pacientes con delirium o alto riesgo de caída en frente de las estaciones de Enfermería.

2.2. Indicadores de Productividad



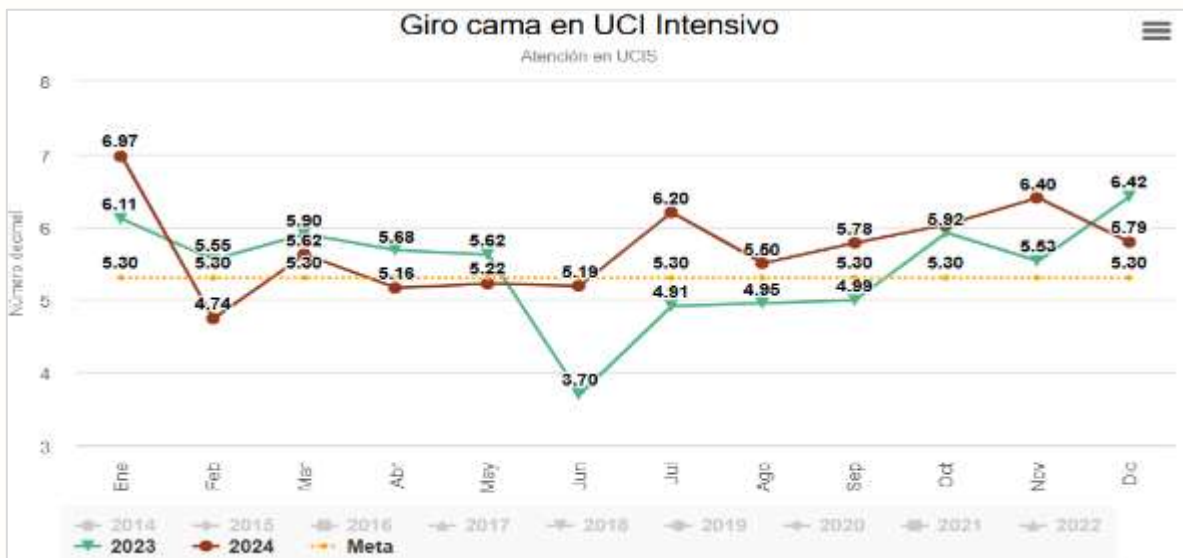
Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Para el año 2024, se presenta un comportamiento positivo del número de egresos en el servicio de UCI INTENSIVA, sobre las metas proyectadas, 1693 egresos totales con un promedio de 141 egresos mensuales, variación positiva del 10% comparado con el año 2023.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Los egresos de la uci intermedia en el año 2024 aumentaron en 1% con respecto al año 2023, alcanzando las metas de manera consecutivas desde el mes de agosto. Desde esa fecha se realiza un cambio en el modelo médico de atención. Garantizando evolución de especialista en la mañana y la tarde.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Aumento del giro cama en el año 2024 en la UCIS en comparación con el año 2023 se ve el aumento de 5%; se intensificaron la estrategia de rondas por las coordinaciones para gestionar de manera oportuna procedimientos y mejorar tiempos de oportunidad en toma

de decisiones para lograr una atención de calidad, disminuyendo el tiempo de estancia en las Unidades, que resulta en mayor disponibilidad de camas.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

El promedio de días de estancias en las Ucis cumplió con la reducción según la Meta propuesta para el 2024, este año se intensificó en procesos de egresos temprano desde la Unidad hacia el domicilio y generación de PHD o unidades de cuidado crónico. Para agilizar el proceso.

2.1.3 Indicadores de Efectividad

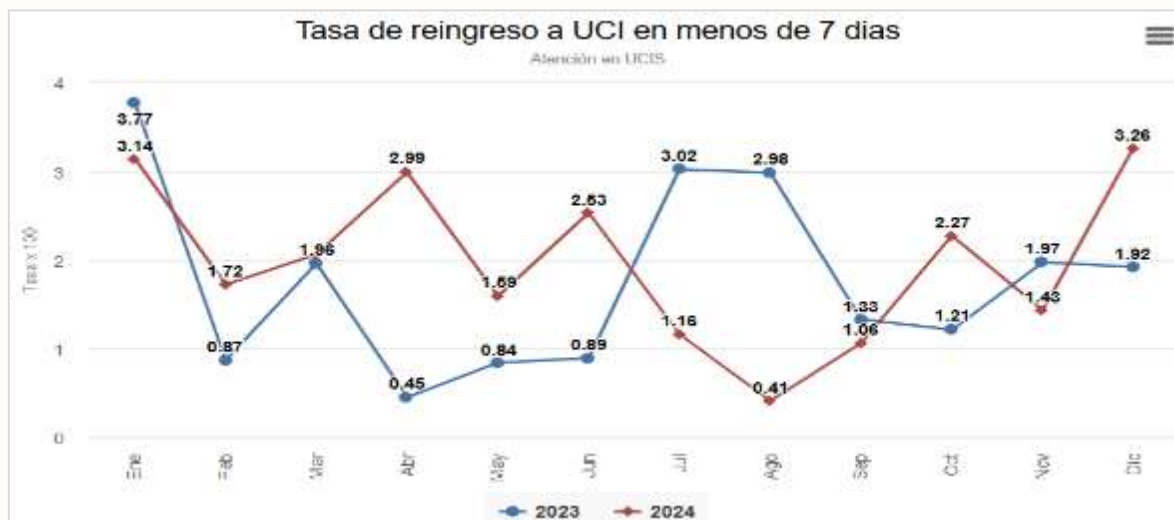


Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

La mortalidad de nuestras unidades se sitúa normalmente entre el 14 %y el 17%, que obedece al ingreso de un importante número de paciente con enfermedades oncológica que permanecen en UCI, con una estancia y mortalidad significativas antes de las 24 horas, Algo parecido ocurre con los accidentes cerebrovasculares, sobre todo de tipo hemorrágico, que son los que solemos ingresar y que pueden llegar a tener tasas de fallecimiento de hasta el 48% en algunos subtipos. Entre el año 2023 y 2024 la tasa de mortalidad aumento 9 por cada mil egresos.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

De los pacientes 3050 egreso vivos de la UCIS durante el año 2024 60 pacientes (1,9%) para fueron reingresados en UCI con aumento de 0.2% comparado con el año 2023, en este momento no contamos con el riesgo ajustado para saber la causa de los reingresos.

Los factores de riesgo encontrados varían ampliamente, pero debe hacerse análisis de estos para validar la prevalencia de mortalidad de la población que reingresa.

2.2 Avances de Proyectos en Curso

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Implementación Modelo como eje central el proceso de Atención centrada en el paciente y la familia en la unidad cuidados intensivo	Mejorar la calidad en la prestación de la atención en la unidad de cuidados intensivos, fortaleciendo el enfoque de atención centrada en el paciente como eje transversal de la atención	40%	Relación enfermera-paciente. Conocimiento de calidad y desempeño en cultura de seguridad. Elaboración del modelo de atención centrado en el paciente. Recolección de datos para los indicadores del proceso.	Junio 2025	Se requiere fortalecer la formación a los profesionales de la uci del modelo. Generar indicadores de impacto, pero también herramientas para obtención de los datos. Fortalecer el sentido de pertenencia y compromiso de cada colaborador.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

- Indicador NPS UCIS



Fuente: Coordinación de UCI

ATRIBUTOS IMPACTADOS 2024 POR MES

ATRIBUTOS	Oportunidad	Demora en la Atención	Actitud de Servicio	Barreras de Acceso	Información / Trámites Administrativo	percepción Manejo Entendible y Comprensible	Confort e Infraestructura	Seguridad Del Paciente
Ene			2		2			
Feb			2					1
Mar						5		
Abr								
May			1	1				
Jun	1		2		1			
Jul			1			1		
Ago				2				
Sept			1					
Oct			2	1	1	1		
Nov								
Dic	1		3		1			
Total	2	0	14	4	5	7	0	1

Fuente: Coordinación de UCI

Se obtuvo un 99.82% de satisfacción resultado similar con respecto al año 2023, disminuyendo un 0.18% con respecto al mismo periodo del año anterior, el atributo más impactado es actitud de servicio representado en un 50% de la PQRS de 33 presentadas para el año 2024, para lo cual se realiza seguimiento y retroalimentación al personal para brindar una atención cálida y humanizada a nuestros afiliados.

La mejoría importante fue el Net Promoter Score, NPS de 99% subimos un 11% nuestro grado de satisfacción, y por ende la recomendación del usuario a otros familiares de la atención en la Uci y en la clínica nogales.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1 Formación y Desarrollo del Talento Humano

Se abordaron múltiples temáticas interdisciplinarias con propósitos clave, todos orientados a mejorar la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la eficiencia de las acciones de los colaboradores que redundan en mejora del proceso. Nos enfocamos en información no solo para mejorar la capacidad de desempeño del personal y fomentar mayor resolutivez y eficiencia, sino para reforzar la capacidad de la unidad para alcanzar sus objetivos estratégicos y operativos:

- Mejorar la competencia del personal.
- Promover la estandarización de los procedimientos.
- Fomentar la respuesta rápida y eficaz de los equipos.
- Garantizar la seguridad del paciente.
- Desarrollar habilidades de trabajo en equipo.
- Alinear la misión y la visión del área para el cumplimiento de las metas de la unidad.
- Adaptación a necesidades específicas del servicio.

A continuación, se describe los temas relacionados de educación médica y del personal de enfermería.

- 17 charlas académica virtuales por parte del personal médico de la unidad desde julio a diciembre del 2024.
- 10 charlas al personal de enfermería 4 virtuales y 6 presenciales desde el mes de septiembre a diciembre del 2024.

Actividad académica Médica.

Fecha	Temas Tratados En Reunión Médica	% Asistencia
19 de Julio	1. Hemorragia subaracnoidea aneurismática	60%
26 de Julio	2. Síndrome de lisis tumoral	50%
2 de agosto	3. Pancreatitis	73%
9 de agosto	4. Síndrome antifosfolípidos	80%
14 de agosto	5. Anemia de células falciformes	63%
23 de agosto	6. Abordaje del paciente con infarto agudo de miocardio y sangrados digestivo.	82%
28 de agosto	7. Trombo embolia pulmonar	85%
4 de septiembre	8. Cor pulmonale	85%
11 de septiembre	9. Estatus epiléptico	82%
18 de septiembre	10. Síndrome riñón pulmonar	90%
27 de septiembre	11. Delirium	90%
30 de octubre	12. Endocarditis	85%
13 de noviembre	13. Embolia gaseosa	75%

Fuente: Coordinación de UCI

Actividad Académica Médica Y De Enfermería

Fecha	Temas Tratados en Conjunto	% Asistencia
9 de octubre	1. Abordaje inicial al Neuro monitoreo en UCI	85%
6- Noviembre	2. Uso adecuado de hemoderivados protocolo institucional	92%
20 de noviembre	3. Bioética en redireccionamiento terapéutico. Septiembre	95%
11 de diciembre	4. Transfusión de hemoderivados en ucis evidencia actual	90%

Fuente: Coordinación de UCI

Actividad Académica De Enfermería

Fecha	Temas De Enfermería Desde De Septiembre	% Asistencia
16 y 17 de septiembre	1. Protocolo de recibo y entrega de turno en UCIS.	100%
30 de septiembre	2. Manejo y cuidados de la consola de balón de contrapulsación intraaórtico.	85%
14 y 15 de octubre	3. Valoración objetiva de la sedación profunda BIS NIRS, Escalas de Sedación.	95%
28 de octubre	4. Hipotermia en Ucis, manejo de mantas de calentamiento.	95%
27 y 28 de noviembre	5. Manejo inmediato del paciente pop cardiovascular.	85%
16 de diciembre	6. Manejo de bomba de Nutrición Enteral.	60%

Fuente: Coordinación de UCI

Evidencia actividades académicas

Manejo de residuos en las ucis durante el mes de diciembre se abordó en los diferentes turnos sobre el manejo de residuos con énfasis en los elementos que se pueden reciclar.



Fuente: Coordinación de UCI

4.2 Evaluación del Clima Organizacional

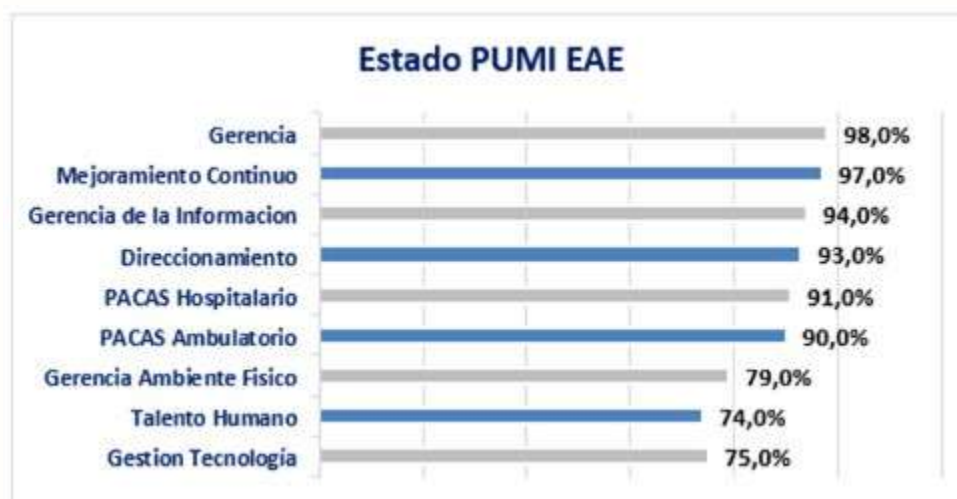
EL clima laboral en las UCI no solo repercute en el bienestar del personal, sino también en la calidad del cuidado brindado a los pacientes, por lo que un clima laboral positivo se ha asociado con mejores resultados en los pacientes, una menor incidencia de errores médicos y una mayor satisfacción del paciente dentro de las estrategias desarrolladas durante el periodo 2024 fueron:

- Identificar elementos claves del clima laboral de las Ucis resultado del diagnóstico de la evaluación de la gestión del del talento humano, para generar estrategias.
- Incentivar al 100 % del personal de la UCIs que realizara la encuesta de clima organizacional enviada por talento humano.
- Disminuir la sobrecarga laboral y promover trabajo colaborativo se realizó cambio de modelo de atención en la uci cardiovascular.
- Mejorar la comunicación se realiza intervención de elementos claves de comunicación asertiva entre los profesionales de la salud.
- Promover la participación de los profesionales, teniendo en cuenta las opiniones a la hora de tomar decisiones, haciendo que sientan que su criterio es importante para la institución.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe de Mejoramiento

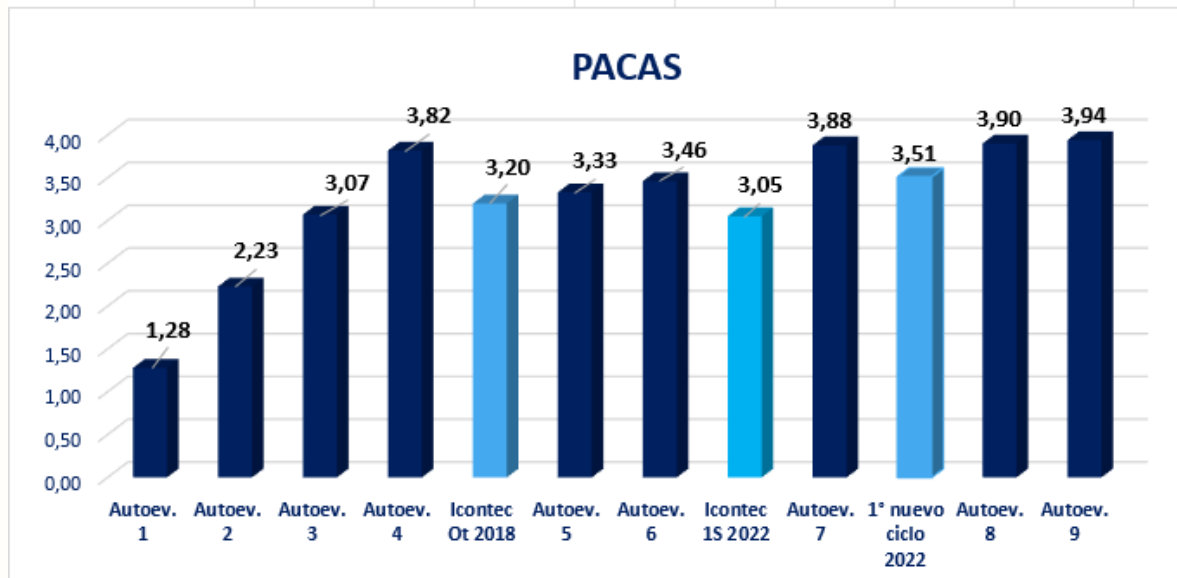
5.2. Sistema de Gestión Documental



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

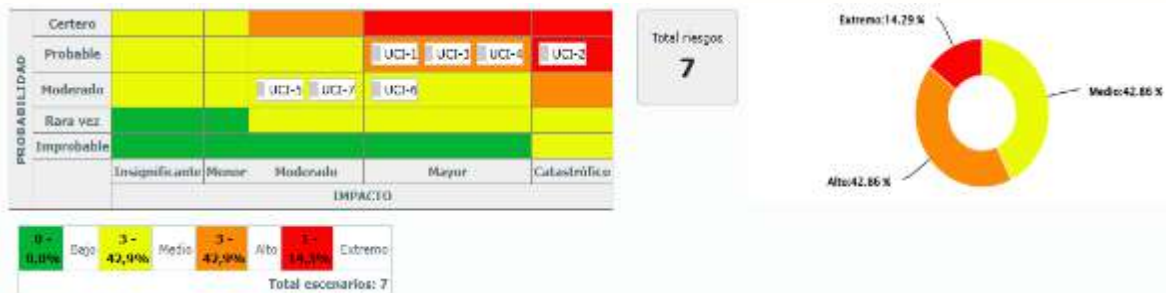
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos Clínicos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024



Los Nogales

Clínica

POA 2024 UCI

Código

2024-SPI-07.2

Vigencia

2024

Estado

Devuelto

Responsable: Coordinación de UCIs

Fecha inicio

2024-01-01

Fecha Fin

2024-12-31

Resumen cronogramas

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Fidelizar al personal sustento de las unidades de cuidados intensivos.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Prevenir la aparición de eventos que afecten la seguridad del paciente de las unidades de cuidados intensivos e intermedios.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Sensibilizar de manera focalizada la atención dirigida al paciente y su familia en las unidades de cuidado intensivo e intermedio.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Garantizar por medio de estándares de calidad, la atención oportuna de las necesidades de la población atendida en las unidades de cuidado intensivo e intermedio.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Incrementar la productividad asistencial, promoviendo la investigación participando activamente en las capacitaciones programadas.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Fortalecer las competencias digitales que permitan mejorar la atención de los pacientes atendidos en las unidades de cuidado intensivo e intermedio.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Analizar de manera eficiente y estratégica los recursos disponibles, mejorando la calidad de la atención de las unidades de cuidado intensivo e intermedio.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Reconocer el rendimiento de las atenciones realizadas en los procesos administrativos y asistenciales en las unidades de cuidado intensivo e intermedio.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Se consolidó la fluidez de información a través de nuevas tecnologías como es el tablero de mando para la solicitud de cama (no WhatsApp, no llamadas telefónicas), en donde la información se maneja de manera instantánea y disminuir los problemas de comunicación asertiva.
- Se alineó el objetivo institucional y de nuestro principal asegurador con respecto a la recepción y atención de pacientes con criterio de ingreso a la Unidad.
- Se mejoró la comunicación interdisciplinaria, facilitando las juntas médicas y juntas familiares para disminuir las quejas por atención, los costos de atención y la disminución de estancia hospitalaria.
- Se aumentó la tasa de egresos seguros desde la Unidades y se cambió el paradigma de egreso desde las unidades a casa.
- Mejoría en el registro de las transfusiones y medicamentos en historia clínica así impactando en el cobro y la adherencia a historia clínica.
- Notas estructuradas del personal de enfermería que respalda la atención.

- Rondas de seguridad por enfermería cada dos horas que garantizan el monitoreo de los pacientes.
- Inicio oportuno de tratamiento a los pacientes con cambio de horario en la entrega de medicamentos.
- Gestión de imágenes diagnósticas o procedimientos para disminuir tiempo en la toma de decisiones y continuidad del tratamiento.
- Optimización de tiempos de estancias y giro cama.
- El retraso del ingreso de los pacientes a las UCIS por temas logísticos o cambios geográfico disminuyó significativamente mejorando los flujos de trabajo en la aceptación de los pacientes.
- Es necesario iniciar una transformación cultural progresivamente, para integrar los demás procesos de la institución, además mejorar las competencias en los protocolos y procedimientos en cuidado intensivo, e incorporar una cultura de evaluación integral del riesgo para mejorar los resultados, la humanización y el costo de atención.

8. PROYECTOS 2025

- Alinear las estrategias y metas de reanimación en los diferentes escenarios de choque con valoración objetiva, con la Monitorización hemodinámica Invasiva y Mínimamente Invasiva.
- Fortalecer las rondas diarias con los diferentes equipos asistenciales por parte de enfermería.
- Alinear el POA 2025 de las ucis con el programa de seguridad del paciente y trabajar de forma integrada con esta área y así optimizar la gestión y la cultura de seguridad para nuestros pacientes.
- Implementar modelo de atención centrado en el paciente y su familia teniendo en cuenta la valoración del dolor y necesidades espirituales y de confort.
- Realizar y mejorar la adherencia de guías de analgesia sedación y manejo de delirium guiados por enfermería, protocolo de sujeción terapéuticas, movilización temprana y de las guías de atención de las 5 causas de ingreso UCIS. IAM, Fibrilación auricular, manejo sepsis y choque séptico y falla cardíaca.



- Aumentar en 2% la satisfacción de los usuarios en el servicio de la UCIS, mediante la estrategia de Educación, valoración de las necesidades y fortalecimiento de la comunicación, paciente familia y personal asistencial.
- Implementar el modelo de entrega y recibo de turno con la técnica de valoración integral del paciente por el personal de enfermería con la estrategia “Fast hugs in ben please”, en la UCIs.
- Unidades cohortizadas por patologías grupos de paciente en áreas, crear la UCI coronaria para garantizar más cobertura de la red de este tipo de pacientes.
- Disminuir los tiempos entre valoración y la intervención de los pacientes de cirugía cardiovascular, para disminuir días de estancia y mejorar la atención del paciente.
- Estratificación del riesgo clínico del 90 % de los pacientes atendidos con definición de objetivos y metas terapéuticas a largo y corto plazo durante el turno o la estancia en las UCIs, estandarizar la atención.
- Establecer medidas para tener una atención Costo- eficiente con indicadores de calidad y económicos.
- Combinar la atención con la investigación, incentivar al personal asistencial a un protocolo de investigación en el 2024.
- Fortalecimiento en estrategias que fomenten al talento humano generar espacios de ambientes innovadores que promuevan la comunicación y el trabajo en equipo.



Urgencias

OBJETIVO GENERAL

Prestar atención en salud, basado en el Modelo de atención integral institucional, cumpliendo con los atributos de oportunidad, eficacia, eficiencia y humanización; propiciando en el colaborador sentido de pertinencia por la clínica y con enfoque en la seguridad del paciente y gestión del riesgo.

1. RESUMEN EJECUTIVO

- Actualización del Modelo Médico que desde el mes de junio cuenta con especialista en Emergencias 24/7 y con el que se implementa desde la Coordinación Médica, el Gobierno Clínico en Urgencias con enfoque en excelencia en la gestión clínica desde la oportunidad, seguridad y eficiencia de la atención de los profesionales en la toma de decisiones y la implementación de prácticas basadas en la evidencia científica para mejores resultados clínicos.
- Fortalecimiento y consolidación del modelo de atención en urgencias, desde la iniciativa POA que basada en la reorganización de los equipos de trabajo impactó en la dinámica y gestión en las actividades, labores y asignaciones diarias que, con el compromiso individual y colectivo, condujo a la consolidación de un equipo interdisciplinario que gestiona y coordina la dinámica del servicio de Urgencias, reflejado en los positivos resultados de la unidad.
- Se registró un incremento del 14% en el número de triage realizados y de 13% en el número de consultas realizadas. Con un importante crecimiento en la participación de pacientes de medicinas prepagadas y aseguradoras de riesgos laborales.
- El total de pacientes que ingresaron al servicio de Urgencias remitidos de otras instituciones tuvo un incremento de 20% con relación al año anterior.
- El porcentaje de ocupación del área de observación tuvo un crecimiento del 9% y se inició el seguimiento al giro cama en observación con una mejora constante a lo largo del año 2024 pasando de un giro cama de 13,95 a 18,27.
- Se evidencia mejora en el Tiempo promedio de espera global para la atención entre clasificación triage y consulta que pasa de 70 minutos a 68 minutos.
- Con la implementación del digiturno se optimizó el proceso de admisión de los pacientes de Salud Total y Salud Total Planes Complementarios.



- Se realizaron jornadas de capacitación continua al personal médico y de enfermería en manejo de emergencias con enfoque en el fortalecimiento de los colaboradores.
- Se consolidó el Equipo de Respuesta Rápida.
- Mejora en la comunicación con familiares mediante el fortalecimiento de la comunicación asertiva.
- Durante el año 2024 se realizaron 96 jornadas de capacitación en temas de alto impacto en Urgencias, con una cobertura del 95% de los colaboradores.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1 Indicadores Productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024 con un promedio mensual de 2,676 triage realizados, se evidencia un incremento del 14% en comparación con el promedio mensual de 2.356 triage realizado en el año 2023.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024 se atendieron en promedio 2.086 consultas al mes, que supera en 13% el promedio de 1.845 consultas al mes que se realizaron en el año 2023.

Se considera que estos dos indicadores presentan un incremento a expensas de mayor afluencia de pacientes de ARL y Medicina Prepagada. También un importante volumen de pacientes de aseguradores como Sanitas, Famisanar y Nueva EPS.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El porcentaje ocupacional promedio en Observación durante el año 2024 fue de 87,18% y presenta un incremento no favorable del 9% con relación al año 2023 en cual fue de 80,22%. Se superó la meta esperada de ocupación, que se logra controlar con el cese de contrato a

Sanitas, Famisanar y Nueva EPS quienes nos aportaban pacientes con estancias prolongadas secundarias a no direccionamiento en su red.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2023 se observa en promedio la estancia en observación fue de 51,33 horas, que en el primer semestre del año presentó un desfavorable incremento a 71,89 h. Ante lo cual, y basados en numerosas estrategias asistenciales y administrativas implementadas, el promedio de estancia en observación de Urgencias presenta una importante disminución en el segundo semestre del año 2024 a 40,7 horas disminuyendo 43,3% con relación al semestre anterior, que aun distante de la meta evidencia la optimización en los procesos y determinación de conductas con los pacientes. Sin embargo, este indicador no es específico, porque tiene en cuenta pacientes que ya están hospitalizados y que permanecen en el servicio de observación por no disponibilidad de camas en el servicio de hospitalización y no obedecen a los procesos de Observación.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Importante indicador que se empieza a seguir y que refleja la eficiente gestión clínica y administrativa del servicio.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se presenta un registro de tasa de mortalidad global en urgencias en el año 2023 de 2,39 x mil que pasa a 2,94 x mil en el año 2024; dato que se relaciona con incremento en el número de casos con techo terapéutico que son atendidos en el servicio de Urgencias en su fin de vida y traídos por familiares, a su vez reflejo de la complejidad de los pacientes atendidos, en su gran mayoría pacientes en procesos oncológicos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El 100% de los pacientes triage I, sin atendidos inmediatamente. El paciente triage II fue atendido en promedio a los 31 minutos en el año 2023, mientras en el año 2024 este tiempo

promedio tiene una discreta disminución a 30 minutos promedio, sin embargo, se evidencia en el segundo semestre del año 2024 que el tiempo promedio de atención disminuye a 27,5 minutos garantizando atención oportuna en pacientes con riesgo vital importante.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El paciente triage III fue atendido en promedio a los 55 minutos en el año 2023, mientras en el año 2024 este tiempo promedio fue de 60 minutos promedio cumpliendo la meta, sin embargo, se evidencia en el segundo semestre del año 2024 que el tiempo promedio de atención disminuye, optimizando el promedio a 54 minutos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el paciente triage IV el tiempo de atención en promedio fue de 87 minutos en el año 2023, y fue igual en promedio para el año 2024 cumpliendo la meta, sin embargo, se

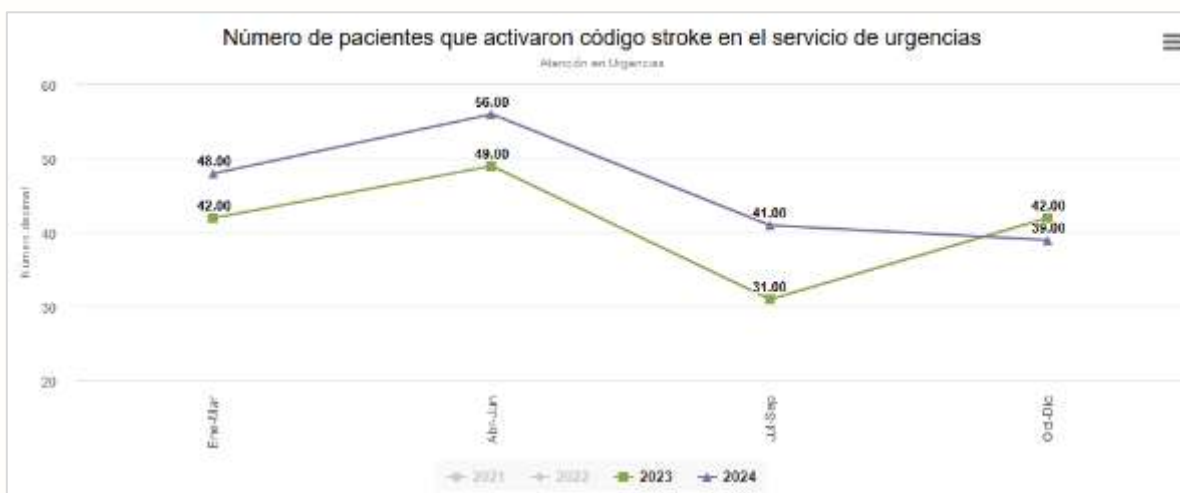
evidencia en el segundo semestre del año 2024 que el tiempo promedio de atención disminuye favorablemente a 81 minutos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el paciente triage V el tiempo de atención en promedio fue de 111 minutos en el año 2023, y en promedio para el año 2024 fue de 114 minutos cumpliendo la meta, sin embargo, se evidencia en el segundo semestre del año 2024 que el tiempo promedio de atención disminuye favorablemente a 104 minutos.

La mejora en los tiempos promedio para atención se relaciona directamente con el inicio del modelo de Urgenciólogos 24 horas en el servicio de Urgencias.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencia un comportamiento similar en el número de pacientes Código Stroke atendidos en los años 2023 y 2024, pero incrementándose 10,9% en el año 2024 con relación al año anterior. Nos encontramos posicionados como el referente para eventos cerebrovasculares para la red Salud Total con georreferenciación al norte de la ciudad de Bogotá. La atención de pacientes se vio afectada por disminución de actividades del angiógrafo en el tercer trimestre del año 2024, secundario a renovación de tecnologías.

2.2 Avances de Proyectos en Curso

Nombre proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha Finalización	Conclusiones
Gobierno Clínico	Garantizar calidad en la atención basados en un sistema eficiente de gestión y supervisión que promueve la mejora continua y la humanización de la atención en urgencias.	90%	Resistencia al cambio de algunos colaboradores a la mejora continua.	Diciembre 2024	Se estableció un marco estructurado de liderazgo, supervisión y seguimiento continuo para mejorar la calidad de la atención y los resultados clínicos, operativos y administrativos del servicio, promoviendo la excelencia en la práctica médica, mejorar la experiencia en el servicio de urgencias y con ello, alcanzar la máxima la satisfacción del paciente y su familia durante su experiencia en Urgencias, fidelizándolos con nuestra institución.
Actualización del Modelo De Atención	Optimizar la calidad, eficiencia y la accesibilidad del servicio para responder a las necesidades cambiantes en salud de nuestros pacientes, desde la incorporación de prácticas basadas en la evidencia, optimar el uso de los recursos, mejorar la eficiencia operativa, incrementar la seguridad del paciente, cumplimiento de la normatividad y	100%	Resistencia al cambio de algunos colaboradores a la mejora continua.	Diciembre 31 del 2024	La actualización del modelo de atención de Urgencias pretende garantizar que el servicio sea más eficiente, seguro, humanizado y de calidad, desde la creación de estrategias para responder de manera óptima a los desafíos dinámicos de la atención en salud en nuestro medio.

Nombre proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha Finalización	Conclusiones
	lineamientos institucionales y despliegue de estrategias para mayor satisfacción del paciente y su familia.				
Manejo el Paciente Psiquiátrico	Mejorar la calidad de la atención dentro de la integralidad, seguridad y eficacia tanto para el paciente como para el equipo de colaboradores garantizando que el paciente reciba atención rápida, humanizada, segura y que se establezcan medidas para su recuperación y seguimiento dentro del alcance de la complejidad institucional.	90%	Resistencia del colaborador frente a la sensibilización para el manejo asertivo del paciente psiquiátrico y su familia	Diciembre 31 del 2024	Se logra mejorar el proceso de atención bajo las garantías de mejor manejo terapéutico, trato humanizado por todo el equipo y abordaje medicamentoso especializado por el Urgenciólogo.
Fortalecimiento de la red de computadores en el servicio	La atención en salud está ligada a los registros en la historia clínica del paciente, los cuales deben ser lo más simultáneos posible a la atención asistencial. De modo que para facilitar dichos registros por cuerpo médico y de enfermería, el servicio se vio robustecidos con equipos en las áreas de reanimación, hidratación y en observación.	100%	Adherencia de los especialistas médicos al uso y aprovechamiento de los equipos destinados para el fin.	Diciembre 31 del 2024	Se logró que los profesionales en salud del área que están involucrados con el cuidado del paciente en Urgencias y Observación cuenten con equipos suficientes para el registro oportuno en la historia clínica del paciente. Con esto se logró que los especialistas y profesionales de otras áreas, no ocuparan consultorios para realizar los registros clínicos. Y se garantiza la disponibilidad del registro oportuno para la gestión clínica del paciente.
Estrategias de Ahorro	Son una serie de estrategias que propenden por	80%	Resistencia al cambio de algunos	Diciembre 31 del 2024 y en curso	En coherencia con la situación actual en términos de ecología por el bienestar del medio

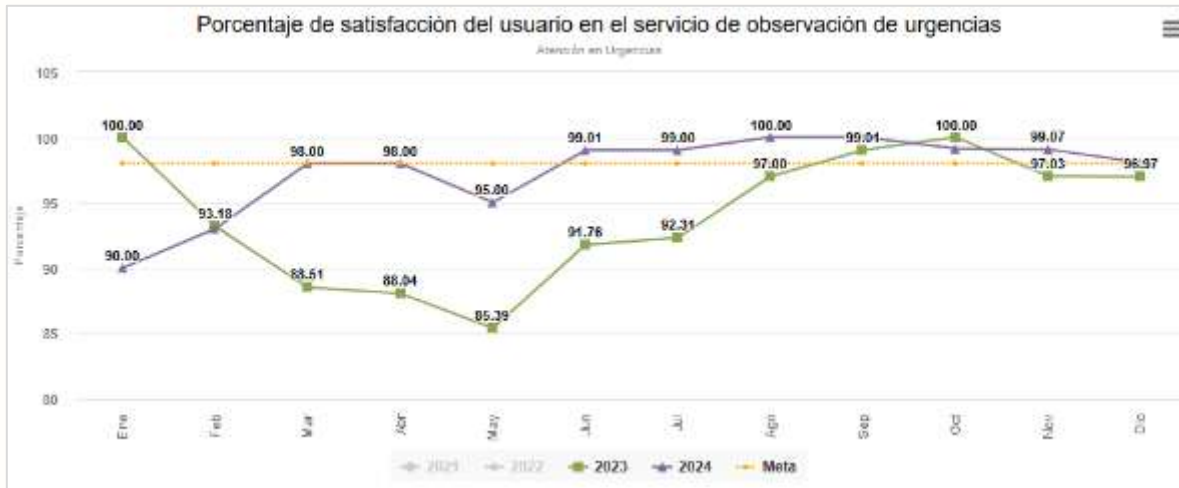
Nombre proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha Finalización	Conclusiones
en Urgencias	garantizar la sostenibilidad del servicio, optimizando los recursos disponibles sin afectar la calidad de la atención, desde la reducción del uso de insumos médicos y medicamentos (buretrol, segunda vía para medicamentos intravenosos con lactato ringer, No uso de acetaminofén IV, etc.). Control de costos operativos como reducción de tiempos de espera, procesos que agilicen la atención, pertinencia en el abordaje médico para evitar sobrecostos y reducción de uso de papel, luz y agua.		colaboradores a la estrategia de ahorro por desapego en las buenas prácticas y no adherencia a lineamientos operativos.		ambiente y en cuanto a la economía en el momento que vive el sector salud, nos comprometemos con estrategias enfocadas en el ahorro y máximo aprovechamiento de los recursos con los que contamos para garantizar la sostenibilidad de la unidad funcional de urgencias.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2023 se obtuvo un 93,82% en satisfacción del usuario, para el año 2024 este indicador presenta una valiosa mejora de más de 3 puntos con un 97,21% obtenido a partir de las estrategias para la mejora del proceso que redundan en la mejor experiencia del paciente en el servicio de Urgencias. Nos ubicamos en promedio por encima de la meta y es la base para la continuidad de planes de mejora continua en un servicio dinámico.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La satisfacción del usuario en el área de Observación en el año 2023 fue de 94,1% lo cual representó la necesidad de reestructurar la atención a pacientes fortaleciendo la ronda médica, los procesos de la atención asistencial y procesos administrativos en observación, así como la entrega de información a pacientes y familiares entre otras estrategias que en el año 2024 producen un 97,35% de satisfacción del usuario, con una especial incremento en el segundo semestre del año 2024 que con un promedio de 99,2% de satisfacción del usuario.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

Se abordaron múltiples temáticas interdisciplinarias con propósitos clave, todos orientados a mejorar la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la eficiencia de las acciones de los colaboradores que redundan en mejora del proceso. Nos enfocamos en información no solo para mejorar la capacidad de desempeño del personal y fomentar mayor resolutividad y eficiencia, sino para reforzar la capacidad de la unidad para alcanzar sus objetivos estratégicos y operativos:

- Mejorar la competencia del personal
- Promover la estandarización de los procedimientos
- Fomentar la respuesta rápida y eficaz de los equipos
- Garantizar la seguridad del paciente
- Desarrollar habilidades de trabajo en equipo
- Alinear la misión y la visión del área para el cumplimiento de las metas de la unidad
- Adaptación a necesidades específicas del servicio de urgencias
- Los temas tratados fueron

TEMA CAPACITACIÓN	TEMA CAPACITACIÓN
Actitud empatía con usuario y compañeros	Inicio modelo de enfermería 'PAE
Activación y ruta código ECV	Lavado de manos
Adherencia modelo urgencias PAE	Manejo aislamientos
Ahorro de agua cortes en Bogotá	Manejo de desechos bolsas de suero
Ajuste modelo 1 piso	Manejo de paciente psiquiátrico riesgo fuga
Cambios de turno, biométrico, ausencias	Manejo de residuos hospitalarios
Capacitación escala Rankin	Manejo paciente frágil
Cierre de registros con oportunidad	Manejo pacientes críticos en urgencias
Clasificación triage "ESI"	Manejo víctimas violencia intrafamiliar
Correcta administración de medicamentos	Marcación de muestras
Correcta marcación de muestras	Marcación y correcto envío hemocultivos
Correcta rotulación rótulos de líquidos	Medidas de seguridad del paciente
Correcto registro en hoja de triage	Protocolo transfusión hemoderivados
Cuidados del catéter central	Modelo atención 1 piso
Educación al paciente en urg. Derechos y deberes	Modelo atención urgencias
Educación tiempos promesa servicio	Modelo de atención urgencias 1 piso
Educación derechos y deberes del paciente	Modelo enfermería PAE
Entrega reconciliación medicamentosa	Presentación personal del personal
Escala nish	Protocolo transfusión hemoderivados

TEMA CAPACITACIÓN	TEMA CAPACITACIÓN
Protocolo cuidado de sondas dispositivos	Recibo y entrega de turno "ISAER"
Protocolo toma de muestras	Reconciliación medicamentosa
Protocolo transfusión	Reporte de eventos adversos ALMERA
Protocolo administración de medicamentos	Retiro 2 vía equipo ADMINIST, medicamentos
Protocolo buen trato empatía usuario	Quejas actitud protocolo buen trato
Protocolo buen trato, trabajo en equipo	Revisión carro paro reanimación
Protocolo buen trato, temas actitud	Revisión carro paro, semaforización etc.
Protocolo canalización accesos venosos	Temas actitud, empatía trato humano

TEMA CAPACITACIÓN	TEMA CAPACITACIÓN
Protocolo cuidado catéter central	Territorio silencio urgencias
Protocolo lavado de manos	Tiempos de promesa en triage
Protocolo manejo paciente psiquiátrico	Trabajo en equipo
Protocolo paso sondas, cuidado catéter central	Trato humano actitud empatía usuarios
Protocolo recibo entrega turno "ISAER".	Uso monitor pediátrico.
Protocolo toma correcta de muestras.	Uso radio de urgencias.
Protocolo transfusión de hemoderivados.	Uso correcto epp.
Protocolo ruta víctimas de violencia sexual.	Uso de dispositivos médicos.
Protocolo manejo de sondas vesicales.	Uso equipos biomédicos.
Prueba PILTO retiro buretrol.	Uso modelo de enfermería PAE.
Entrega de turno.	Uso y manejo monitor de signos vitales.

Fuente: Coordinación de urgencias

4.2 Evaluación del Clima Organizacional

Con la finalidad de fortalecer el clima organizacional en el servicio de urgencias nos enfocamos en mejorar el bienestar del personal, la colaboración al interior del equipo y generar sinergia para alcanzar mejores estándares en la atención al paciente. Algunas estrategias clave en las que se enfocó nuestra estrategia denominada Equipo Forza, fueron:

3.1.1. Fomentar el trabajo en equipo con enfoque en metas definidas

- Implementar canales claros y abiertos para la comunicación entre todos los colaboradores de urgencias y se generaron líneas de comunicación expedita con áreas con las que nos relacionamos permanentemente como fueron: laboratorio e imagenología.
- Realización de los comités primarios y reuniones extraordinarias para compartir información, resolver problemas y recibir retroalimentación de los equipos.
- Establecer protocolos dentro de las actividades de cada proceso, para gestionar conflictos de manera constructiva.

3.1.2. Reconocer y valorar al equipo

- Reconocer públicamente los logros y esfuerzos del personal de forma privada y en público en los comités primarios.
- Socialización de los resultados a los equipos para análisis en los comités primarios.

- Fomentar la cooperación, trabajo en equipo y el apoyo mutuo entre médicos, enfermeros y personal auxiliar.
- Realización capacitaciones.

3.1.3. Garantizar el bienestar del personal

- Establecimiento de horarios, asignaciones y franjas para reforzar y sumar los esfuerzos grupales.
- Se acompaña permanentemente al equipo ante desviaciones de los resultados.
- Capacitar y desarrollar al personal.
- Ofrecer oportunidades de crecimiento dentro de la institución con el paso a otros servicios de mayor interés (cirugía, hospitalización, entre otras.)

3.1.4. Asegurar recursos adecuados

- Garantizar que el personal cuente con los insumos, equipos y herramientas necesarias para realizar su trabajo de manera eficiente y con confort.
- Monitorear la asignación de los colaboradores para evitar la saturación del personal.

3.1.5. Fomentar un liderazgo cercano y motivador

- Desarrollar líderes que sean accesibles, empáticos y que inspiren confianza dentro de los equipos de trabajo y que actúen como mediadores en conflictos y refuercen la cohesión del equipo.

3.1.6. Garantizar un entorno de respeto y equidad

- Asegurar un ambiente libre de discriminación y trato injusto.
- Cumplir las políticas para abordar quejas o problemas relacionados con el entorno laboral de urgencias.

En resumen, fortalecer el clima organizacional en urgencias implica trabajar en la comunicación, el reconocimiento, el bienestar y el desarrollo del personal, creando un ambiente donde cada miembro se sienta valorado, respetado y motivado reconociendo la importancia de sus acciones para brindar la mejor atención posible.



5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio, los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe de Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

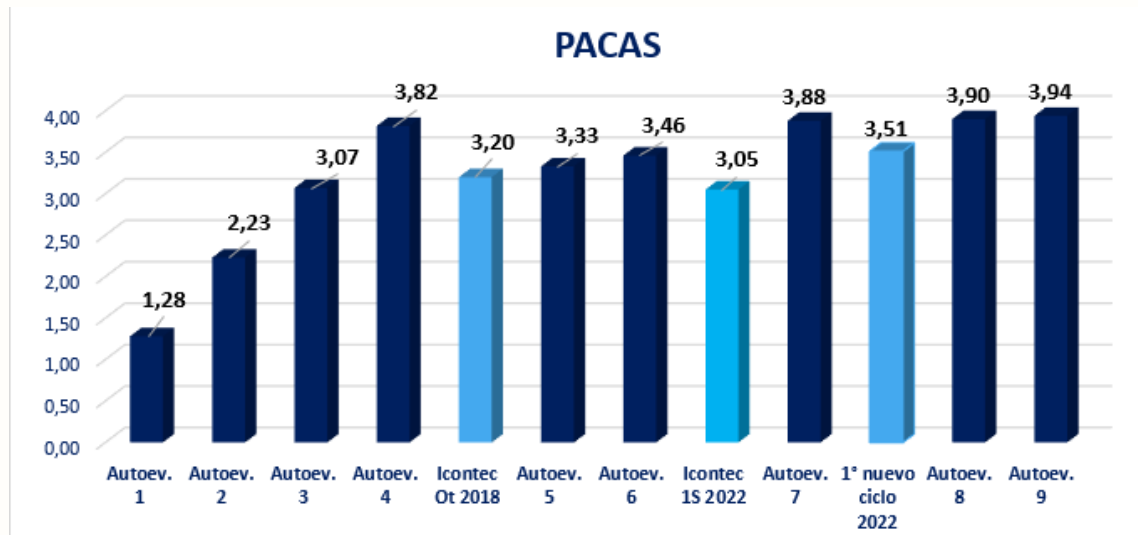
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a Diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024.

		POA 2024 Urgencias		Código 2024-SFR-06.1 Vigencia 2024 Estado Ejecución	
Responsable: Coordinación de Urgencias				Fecha Inicio: 2024-01-01 Fecha Fin: 2024-12-31	
Resumen por ítems					
Ítem		Avance	Inicio	Fin	Completitud
Proyecto PCH/24		96,8% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	96,8%
PE paciente, Nuevo paciente		92,9% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	92,9%
Cuidarte con Amor		97,1% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	97,1%
Gobierno Clínico en Urgencias, donde se optimizan los resultados de la interacción del equipo de salud basados en la toma de decisiones relacionadas con la atención, la gestión y el seguimiento a los procesos clínicos, con el cual se cumplen metas específicas que permitan optimizar los resultados en salud de los pacientes.		92,4% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	92,4%
Conformación de un equipo altamente capacitado y calificado, que se alinea al MODELO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS y se articula eficientemente con las demás áreas, implementando el conocimiento adquirido y en actualización cédica.		92,7% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	92,7%
Estrategias Digitales en Urgencias		64,9% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	64,9%
Urgencias Alarma		86,4% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	86,4%
TOTAL		90,10% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	90,1%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Se logró implementar el Gobierno Clínico en Urgencias, el cual se convierte en un marco estructurado de liderazgo, supervisión y seguimiento continuo para mejorar la calidad de la atención y los resultados clínicos, con conductos regulares de enfoque clínico, operativo y administrativo para agilizar el servicio, promoviendo la excelencia en la práctica médica, mejorar la experiencia en el servicio de urgencias y con ello, alcanzar la máxima la satisfacción del paciente y su familia durante su experiencia en Urgencias, fidelizándolos con nuestra institución.
- Con la Actualización del Modelo De Atención de Urgencias se pretende garantizar que el servicio sea más eficiente, seguro, humanizado y de calidad; en el modelo de definen las estrategias para responder de manera óptima a los desafíos dinámicos de la atención en salud en nuestro medio, unificando los procedimientos para que cada colaborador ejecute los procesos de manera estandarizada y por tanto, genere sinergia con los demás colaboradores, áreas y/ o servicios a favor de la mejor atención para nuestros pacientes.
- Se logró estandarizar lineamientos para el Manejo del Paciente Psiquiátrico al definir el proceso de atención para esta población, bajo las garantías de mejor manejo terapéutico, trato humanizado, así como el abordaje y manejo pertinentes, eficientes y seguros por todo el equipo y abordaje medicamentoso especializado por el Urgenciólogo.

- **Fortalecimiento de la red de computadores en el servicio** para que los profesionales en salud del área, que están involucrados con el cuidado del paciente en Urgencias y Observación, cuenten con equipos suficientes para el registro oportuno en la historia clínica del paciente y así contribuir a la agilidad en el proceso de atención del paciente en Urgencias. Con esto se logró que los especialistas y profesionales de otras áreas, no ocuparan consultorios para realizar los registros clínicos, también se evitó el desplazamiento de los profesionales a otras áreas o servicios que generaba demora en la toma de decisiones y ejecución de planes de manejo, para los profesionales y demás colaboradores de urgencias. De modo que se garantiza la disponibilidad del registro oportuno en la historia clínica, para la gestión clínica del paciente.
- **Estrategias de Ahorro en Urgencias** que en coherencia con la situación actual en términos de ecología por el bienestar del medio ambiente y en cuanto a la economía en el momento que vive el sector salud, nos comprometemos con estrategias enfocadas en el ahorro y máximo aprovechamiento de los recursos con los que contamos para garantizar la sostenibilidad de la unidad funcional de urgencias.

9. PROYECTOS 2025:

- Medición de resultados clínicos institucionales desde objetivos puntuales como las atenciones especiales a Casos **STROKE** (liderado por Neurología y enfermería) y **SEPSIS** (liderado por Urgenciólogos y enfermería) en urgencias con la implementación de las GPC, encaminados al inicio de la.
- Que la seguridad del paciente sea un objetivo interiorizado en cada colaborador, desde las estrategias internacionales cambiar la manera en que el servicio de Urgencias vive la seguridad del paciente.
- Mantener por encima del 97% la satisfacción del usuario en urgencias y en observación, a expensas de transformar la experiencia en Urgencias para nuestros pacientes, logrando un proceso cada día más fluido, seguro, empático, eficiente y pertinente.
- Incluir estrategias digitales con equipo portátil para la ronda médica con la finalidad de que las determinaciones del análisis de cada caso sean inmediatamente incluidas a la historia clínica del paciente y agilizar los procesos (ordenamiento, cancelaciones, etc.)
- Sistematización del sistema de llamado de pacientes en Urgencias.



- Modernización de la sala de espera de urgencias (cambio en banners, cambio de pantallas, implementación de sistemas de pantallas para la información en urgencias, puntos eléctricos de carga para celulares, etc.)
- Actualización de los equipos de TV de los cubículos, inicialmente los cubículos VIP.
- Embellecimiento del área de hidratación y procedimientos.
- Educación y capacitación continua a los equipos interdisciplinarios.
- Fortalecimiento de los equipos de enfermería.

Atención Ambulatoria

OBJETIVO GENERAL

Brindar atención especializada al paciente de consulta externa de manera oportuna, eficiente, segura y humanizada, bajo un modelo de mejoramiento continuo, con el fin de ofrecer continuidad en su tratamiento de acuerdo con lo definido por su médico tratante.

1. RESUMEN EJECUTIVO

Durante el año 2024, el servicio de consulta externa alcanzó importantes logros en la mejora de la experiencia del paciente y fortalecimiento de la productividad. Se implementaron estrategias para ampliar la oferta de agendas, reducir tiempos de espera y mejorar la satisfacción de los usuarios, alineadas con los objetivos estratégicos institucionales.

Los principales hitos alcanzados incluyen:

- Ampliación de la oferta de agendas con franjas superiores a 4 horas, lo que permitió un aumento del 6% en la capacidad de atención con respecto al 2024.
- Implementación del proyecto Don doctor, mejorando la experiencia del paciente y optimizando el flujo de atención en consulta externa.
- Medición y seguimiento de tiempos de espera.
- Incremento de la satisfacción de los usuarios, alcanzando el 98% durante 11 meses del 2024.
- Mejora del indicador de productividad, con un cumplimiento en promedio del 115% del presupuesto establecido.
- Sensibilización al equipo médico frente a la apertura anticipada de agendas a 3 meses, con el fin de facilitar la planificación de citas y mejorar la accesibilidad de los usuarios.
- Estos avances fortalecen la calidad y continuidad del servicio, mejorando la experiencia del paciente y la eficiencia operativa.



2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores Productividad:



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

El indicador del número de consultas de medicina especializada tiene una meta que varía cada mes. En el 2024, aunque el número de consultas se mantuvo por encima de la meta en la mayoría de los meses, hubo fluctuaciones mensuales, con picos en septiembre con 9606 consultas y en diciembre con 9687 consultas. En general, se evidencia que en todos los meses se superó la meta y también se evidencia incremento con respecto al 2023, lo que indica una alta demanda de servicios de consulta externa especializada.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Durante el año 2023, el cumplimiento fluctuó mensualmente, comenzando en enero con un 85.61 mostrando variaciones a lo largo del año con disminución en los meses junio, julio, agosto dado por periodos vacacionales de los profesionales. En el 2024 se evidencia indicador por encima de la meta, lo que probablemente tuvo un impacto económico positivo en la productividad, En 2024 para mejorar el cumplimiento se implementó el sistema DONDOCTOR como una estrategia de aumento de agendas a través de la confirmación y disminución de inasistencia lo que contribuyo al incremento gradual de la productividad de los siguientes meses.



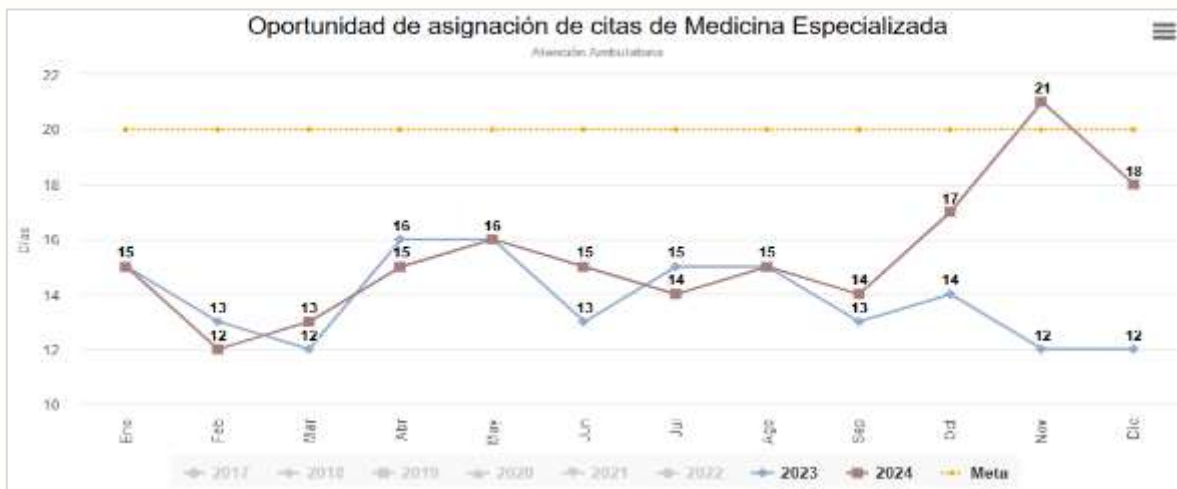
Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Durante el año 2023, la utilización varió mensualmente, partiendo de un 55% en enero, aumentando progresivamente hasta alcanzar un máximo de 83.67% en agosto, para luego descender en los meses siguientes, con un resultado acumulado de 69.84%. En 2024 el resultado acumulado descendió 12,55 puntos porcentuales, cerrando en 57,29% lo que evidencia oportunidades de mejora importantes en la planeación y seguimiento a la entrega oportuna de la disponibilidad por cada una de las especialidades, validación de franjas que no segmenten la ocupación de los consultorios generando espacios ociosos y un mejor control de las cancelaciones.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Se evidencia indicador fuera de la meta durante los años 2023 y 2024, con un resultado acumulado del 22% y sin variaciones entre estos dos periodos, evidenciando una alta demanda de usuarios, sumado a incumplimiento en la promesa de servicio de la oportunidad de asignación de citas de especialidades como cardiología, cirugía vascular, neurología, dolor, gastroenterología y neurocirugía. Se seguirá trabajando con el asegurador para realizar los ajustes pertinentes de la oferta.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Se evidencia un cumplimiento de manera global en la oportunidad de asignación de cita, siendo la meta inferior a 20 días, esto se monitoriza a través del informe de oportunidad el cual se maneja de forma semanal donde se identifica las especialidades críticas o las especialidades que la oportunidad se encuentra desviadas y a través del aplicativo Conductor.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

La implementación del aplicativo Don doctor permitió optimizar los procesos de agendamiento y recordatorio de cita, impactando positivamente. Durante el 2024 se logró mantener la inasistencia por debajo de la meta en siete meses, con mínimos históricos en septiembre (2.01%) y octubre (3.64%).



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Durante el año 2023 e inicio del año 2024 se evidencia un alto porcentaje de cancelación de citas por parte de los usuarios siendo más notorio en los meses vacacionales. Al indagar las causas indican que realizan cancelación por motivos personales, por no contar con medios de diagnóstico, autorización o no contar con cuota moderadora y copago. A partir del mes de julio 2024 se evidencia disminución del indicador resaltando como plan de mejora la implementación del aplicativo Don Doctor.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Indicador se evidencia inferior a la meta lo cual es muy positivo, desde el servicio se ha trabajado en la disminución de la cancelación de agendas por parte de los profesionales, desde la dirección médica se notificó a los profesionales que la cancelación de agendas se debe realizar 45 días previos a la misma, en caso de reprogramaciones se realiza por calamidad con indicación de fecha de atención.

2.2 Avances de Proyectos en Curso

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Don Doctor	Optimizar el proceso de agendamiento de citas en consulta externa. Esta iniciativa busca disminuir la inasistencia reducir los tiempos administrativos y garantizar una mayor accesibilidad para los usuarios	100%	Parametrización del sistema: Ajustes técnicos necesarios para alinear la plataforma con las dinámicas y requerimientos específicos de cada servicio Capacitación del personal: Adaptación a la nueva herramienta considerando variaciones en la curva de aprendizaje	Mayo 2024	La implementación de Don doctor ha permitido estandarizar y agilizar los procesos de apertura de agendas y asignación de citas, impactando positivamente la eficiencia operativa del servicio

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Durante el año 2023 la satisfacción del usuario tuvo un resultado acumulado de 97,18%. En 2024, la satisfacción continuó cumpliendo la meta con un resultado acumulado del 97,88% con tendencia al mejoramiento. En el mes de octubre se tuvo una satisfacción del 87.09% debido a la falta de oportunidad de agendas para algunas especialidades como polisomnografía, electrofisiología, ortopedia de hombro, ortopedia de rodilla, ortopedia cadera, neurología, neurocirugía y urología oncológica.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera



Fuente: Información Xcustomer

Se evidencia desviación del tiempo de promedio respuesta a PQRS, durante los meses de enero a junio. En el mes de junio de 2023 se estableció un acuerdo de servicios en donde el tiempo de respuesta se ajustó teniendo en cuenta la circular 008 del primero de julio donde se evidencia que la Clínica debe contestar en un tiempo inferior a 24 horas las PQRS de riesgo vital, riesgo priorizado y riesgo simple lo cual nos ha permitido durando 18 meses contar con un indicador dentro de la meta.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

La capacitación y actualización del talento humano fueron fundamentales en 2024 para garantizar una atención de calidad y fortalecer la relación asistencial. El personal de consulta externa a través de plataforma Unitotal se alineó con los cursos asociados al departamento de enfermería relacionados con procesos transversales organizacionales y fortalecimiento de competencias.

4.2 Evaluación del Clima Organizacional

La gestión del clima organizacional fue un eje fundamental para garantizar el bienestar del equipo y la continuidad del servicio. Se implementaron estrategias de medición y fortalecimiento, obteniendo los siguientes resultados:

- Durante el 2024 no se recibieron PQRS relacionadas con la actitud del personal del servicio de consulta externa.
- La planta de personal de enfermería del servicio de consulta externa se mantuvo estable con un total de 7 colaboradores, se presentó un único movimiento por traslado del servicio de oncología al servicio de consulta externa, lo que evidencia una rotación de personal baja y un equipo con continuidad en la prestación del servicio.
- Horarios fijos durante todo el año con el fin de generar mayor compromiso del colaborador promoviendo un ambiente organizacional más equilibrado y eficiente.

- Desarrollo de espacios de escucha activa y comités primarios mejorando la percepción de trabajo en equipo y el sentido de pertenencia.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

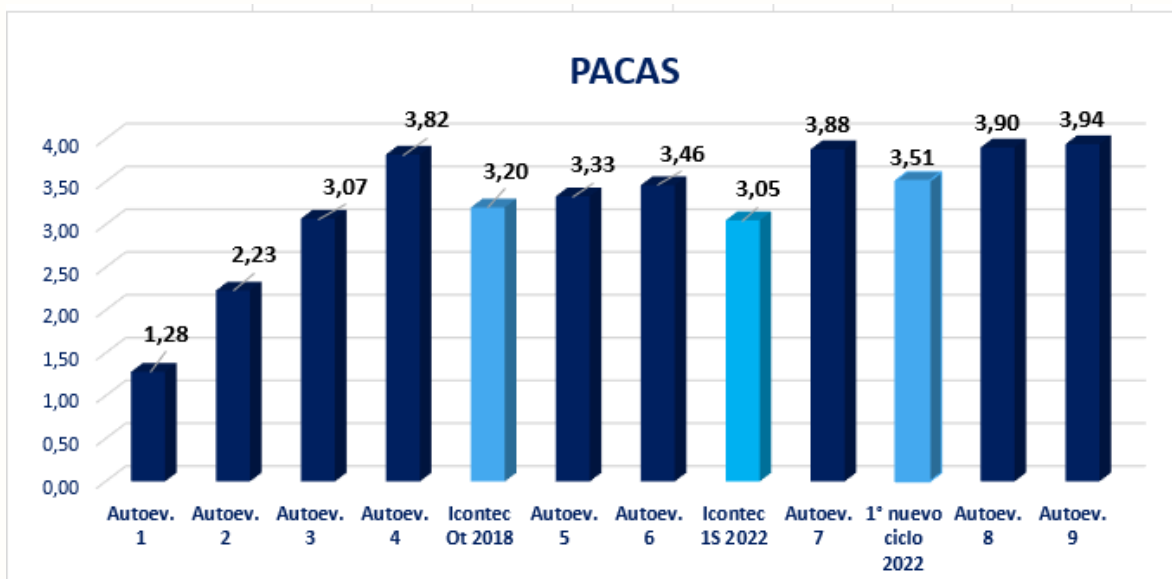
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a Diciembre 2024



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

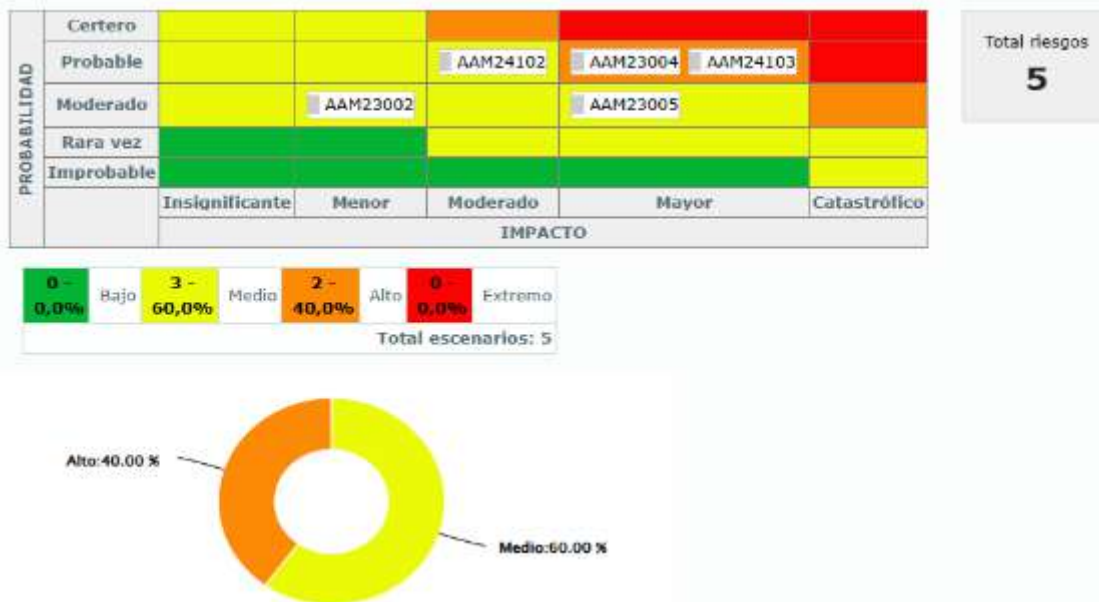
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024.

Responsable	Coordinación de Atención Ambulatoria	Fecha inicio	2024-01-01	Fecha Fin	2024-12-31

Resumen cronogramas

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Garantizar un mejor aprovechamiento de los consultorios	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Implementar capacitación continua para el personal de enfermería consulta externa	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Establecer matriz para identificar y mitigar posibles riesgos	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Garantizar un sistema de citas para mejor oportunidad de asignación de citas	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Actualizar el modelo de atención de consulta externa, un modelo centrado en el paciente	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Implementar el proyecto don doctor para mejorar la gestión de citas	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Realizar un análisis de la demanda y la capacidad instalada para optimizar la asignación de citas	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

El año 2024 representó un avance significativo en la mejora de la accesibilidad, eficiencia y satisfacción del usuario en el servicio de Consulta Externa. Los logros estratégicos alcanzados incluyen:

- Optimización de la programación de citas, facilitando el acceso oportuno a la consulta.
- Implementación de herramientas tecnológicas como Don doctor, mejorando la experiencia del paciente y la gestión operativa.
- Aumento de la satisfacción del usuario a 98%, reflejando el impacto positivo de las estrategias implementadas.

Lecciones aprendidas:

- La planificación anticipada de agendas mejora la accesibilidad y reduce tiempos de espera.
- La implementación de tecnología debe ir acompañada de formación continua para garantizar su correcto uso y optimización.
- El reconocimiento del talento humano impacta positivamente en el clima organizacional y la calidad del servicio.

- La medición de indicadores en tiempo real permite una mejor toma de decisiones y ajustes oportunos en la gestión operativa.
- El desempeño del Servicio de Consulta Externa en 2024 ha permitido alcanzar avances significativos en la accesibilidad, eficiencia y experiencia del usuario. La consolidación de procesos, el fortalecimiento del talento humano y la incorporación de nuevas tecnologías han sido claves para los resultados obtenidos. En 2025, los esfuerzos estarán dirigidos a fortalecer la humanización de la atención, optimizar la comunicación asistencial e innovar en los procesos operativos, asegurando la sostenibilidad del servicio y la excelencia en la atención.

9. PROYECTOS 2025:

Para 2025, el proceso de consulta externa se enfocará en la optimización de la capacidad instalada, consolidar la mejora en la experiencia del usuario, fortalecer la comunicación médico-paciente y dar continuidad a las innovaciones tecnológicas. Los proyectos clave incluyen:

- Agendamiento centralizado
- Aumentar los servicios auto agendables de Don doctor
- Proponer el desarrollo de herramienta tecnológica para seguimiento de pertinencia-coste médico
- Establecer un sistema de reconocimiento y recompensas basado en el desempeño de la mano del área de talento humano.
- Proporcionar oportunidades de participación en proyectos de investigación o mejora de procesos.
- Proponer programas de atención integral que incluyan prevención y seguimiento pos-consulta.
- Fomentar prácticas sostenibles para reducir costos operativos (por ejemplo, eficiencia energética, disminución de papel).
- Estos proyectos están alineados con los objetivos estratégicos institucionales y buscan consolidar un modelo de atención eficiente, innovador y centrado en el paciente.





Los Nogales
Clínica

Salas de Cirugía

Los Nogales | Torre 2



Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C.
Autopista Norte, Costado Oriental.



www.clinicanogales.com



(601) 593 70 00

OBJETIVO GENERAL

Realizar una atención de forma segura, humanizada, integral, oportuna y eficiente al paciente que asiste al servicio de cirugía.

1. RESUMEN EJECUTIVO:

Uno de nuestros objetivos estratégico del 2024 fue capacitar, brindar acompañamiento, formación y motivar nuestros colaboradores por medio de un cronograma de capacitaciones que se realizaban en los EPM del servicio según las necesidades que se iban presentando a lo recorrido del año; estas capacitaciones fueron de manera virtual para tener una mayor acogida por nuestros colaboradores con una evaluación final para saber cuál había sido el entendimiento de la información; esta actividad tubo un alcance del 85% de nuestros funcionarios y los temas transversales de la clínica fueron revisados en las jornadas de enfermería institucionales con una mayor participación llegando al 80%.

La principal actividad de nuestro plan operativo anual en el 2024 fue trabajar en quirófanos seguros dando alcance a mi prioridad es mi paciente; donde el enfoque es nuestro paciente y su familia, desenlaces clínicos, seguridad del paciente, gestión del riesgo y efectividad. Aquí planteamos con la jefe de seguridad de pacientes y la jefe de gestión de riesgos unas capsulas exprés en los quirófanos para sensibilización de nuestros funcionarios en las rondas semanales que realizan para poder tener un mayor acercamiento a nuestros funcionarios en sus actividades diarias donde promovían:

- La identificación (identidad, grupo sanguíneo Rh, alergias).
- Cirugía segura (valoración preanestésica, procedimiento, marcación del sitio quirúrgico).
- Comunicación efectiva (chequeo y doble chequeo no siglas) en las paradas de seguridad. Aquí también realizamos actualización de todos los protocolos, listas de chequeo, formatos de cirugía segura con apoyo de los jefes de seguridad de paciente y riesgos.

Para nuestro servicio en el 2024 fue importante saber y analizar las inconformidades de nuestros pacientes que pasaban por salas de cirugía; para poder implementar estrategias con el fin de optimizar la experiencia a los nuevos usuarios que nos llegaran como: televisor en la sala de espera con información del área donde se encuentran nuestros pacientes (preparación, sala, recuperación) y cuál sería su destino final, también la bitácora de información que se diligencia posterior de brindar el estado del paciente por parte del



especialista al acompañante del paciente quien firma la misma, área confortable para brindar la información a los acompañantes de nuestros pacientes y también una zona segura para cambiarse antes del ingreso a recuperación; esto trajo una satisfacción promedio del 97.3% subiendo 2 puntos porcentuales al año anterior.

Para cumplir el objetivo estratégico del 2024 que nos habla sobre ecosistema digital con enfoque al colaborador y paciente; desde el servicio de salas trabajamos sobre la sistematización de la programación y salas de cirugía para crear la herramienta o adquirir alguna herramienta iniciamos con una referenciación del sistema de monitorización que tiene en HOMI para la implementación en la clínica, posterior a esto se empezó a trabajar para la implementación de programación angular que es un software propio que mejora la versión del que se tienen en nuestro sistema de información IT salud; también se dotó la central de esterilización con todos los hardware para la implementación del sistema instacuum y por último se inició con la impresión del sticker de identificación de pacientes para optimizar tiempos del recurso humano de nuestro servicio.

Se actualizó y optimizó el procedimiento de registro de insumos especiales, más con actividades sus responsables desde el ordenamiento hasta la facturación de estos a los aseguradores con esto se contribuyeron al plan de ahorro, disminución del costo médico, aprovechamientos, disminución de desperdicios, fortalecimos la pertinencia con una adecuada facturación de insumos especiales y MAOS; este trabajo se reflejó con un porcentaje de 1.8% de cancelación por motivos de material de osteosíntesis.

Aportamos como servicio a la rentabilidad financiera con la productividad logrando una capacidad instalada en promedio del 90% durante el año 2024, con una cancelación de 3.4% acumulado anual, también se trabajó en la disminución de los tiempos de estancia a nuestros pacientes hospitalizados con la programación diferida de los procedimientos que no podíamos pasar el mismo día por ocupación en la sala de urgencias; esto con el objetivo de no tener en ayuno prolongados a nuestros pacientes con tiempos no superiores a 48 horas después de recibida la orden en preparación de salas.

Avanzamos en nuestras oportunidades de mejora derivadas de la Visita de 1° Recertificación de acreditación noviembre 2022 02. 1° Recertificación Acreditación noviembre 2022 / Icontec / 2022 que nos dejaron las cuales están con un avance del 95%:

- **1075:** Implementar controles de seguimiento a los tres momentos de parada de seguridad de la lista de cirugía segura.
- **1095:** Evaluar, en el servicio de cirugía, las causas de no cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica a los pacientes que son objeto de dicho protocolo, revisando



las circunstancias que inciden en ello, tomar los correctivos necesarios y realizar un seguimiento continuo de evaluación de resultados, siendo necesario para ello el realizar las referenciaciones requeridas con instituciones de salud de tercer nivel de atención.

- **1096:** Analizar el incremento de cirugías esperadas con ocasión del aumento de camas en la torre 2, lo cual requerirá revisar la programación de cirugías, el número de cirugías en los bloques quirúrgicos por especialidad y las adecuaciones en el área de recuperación, teniendo presente la realización de cirugías seguras, oportunas y eficientes.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores Productividad



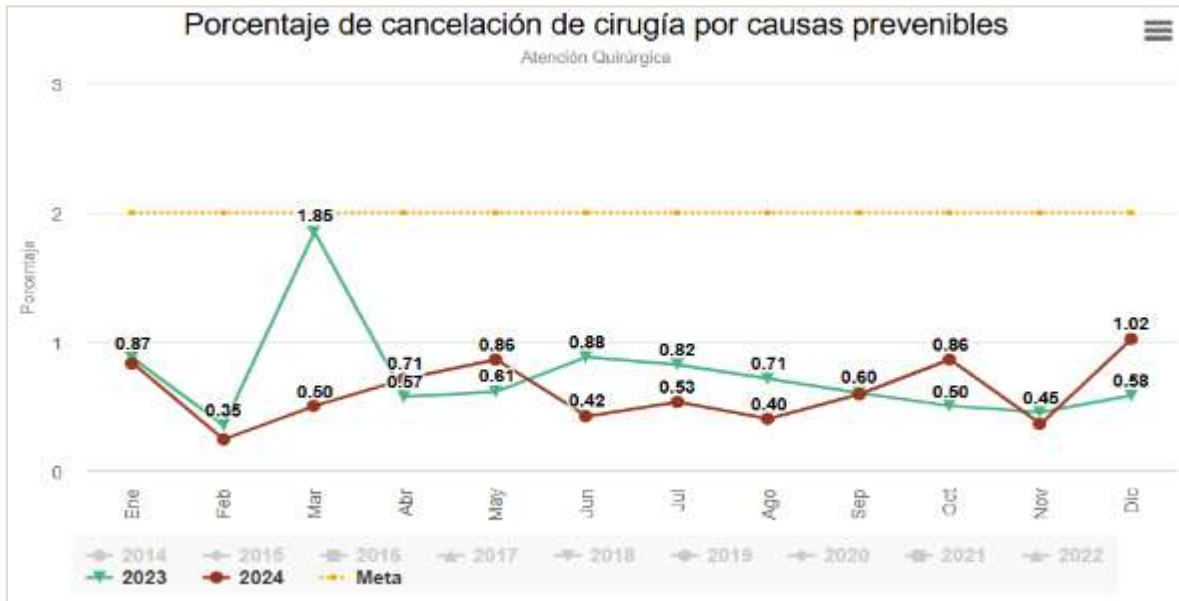
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Es un comparativo en las mismas condiciones entre el 2023 y 2024 desde el mes de junio porque tenemos igualdad de salas (12 salas más 1 de procedimientos); por esta razón los primeros cinco meses del 2023 se manejó un promedio de 2702 procedimientos y en el 2024 un promedio de 3112 con un porcentaje de variación del 15.17%; ya desde el mes de junio tenemos un promedio de cirugía para el 2023 de 3224 y para el 2024 un promedio de 3213 con un porcentaje de variación negativo de 0.34% debido a los arreglos locativos de salas en el mes de diciembre donde solo se dejaron funcionales 6 salas incluida la de urgencias. Los meses de julio, septiembre y octubre fue mayor el número de cirugías comparado con el 2023, pero los meses de agosto, noviembre y diciembre fue menor en el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Como se mencionó anteriormente nuestras estadísticas de productividad para tener un equitativo entre el 2023 y 2024 se debe realizar desde el mes de junio porque tenemos doce salas y una de procedimientos. Para el 2023 se manejaron en el segundo semestre un promedio de pacientes de 1684 y para el 2024 de 1716 con una variación de 1.9% entre los dos años durante todo el año el 2024 marca superior en la gráfica excepto en el mes de noviembre porque es donde se realiza cambio del grupo de ginecología y esta es la especialidad número uno que más tienen jornadas en nuestros quirófanos.



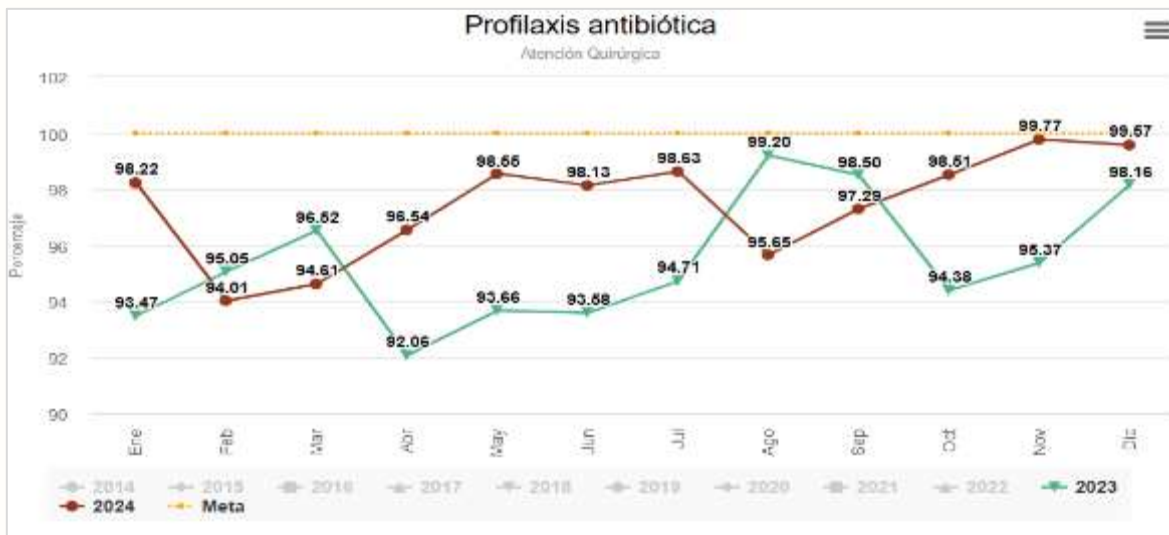
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La cancelación de cirugía en salas se mide de manera global la cual para el año 2023 se tenía en 3.83% y para el 2024 fue de 3.46% con una variación del 4% entre los dos años; la gráfica ya nos muestra las cancelación por cosas prevenibles la cual para el 2023 fue de 0.72% y para el 2024 fue de 0.61% con una variación de 1%, esto es resultado de estrategias como envíos de mensajes de texto a los pacientes con indicaciones, revisar la guía de cancelación por hipertensión arterial, llamado 24 horas antes para validación de estado de salud; permitiendo que nuestra ocupación por capacidad instalada para el 2023 fuera de 85% y para el 2024 de 90%.



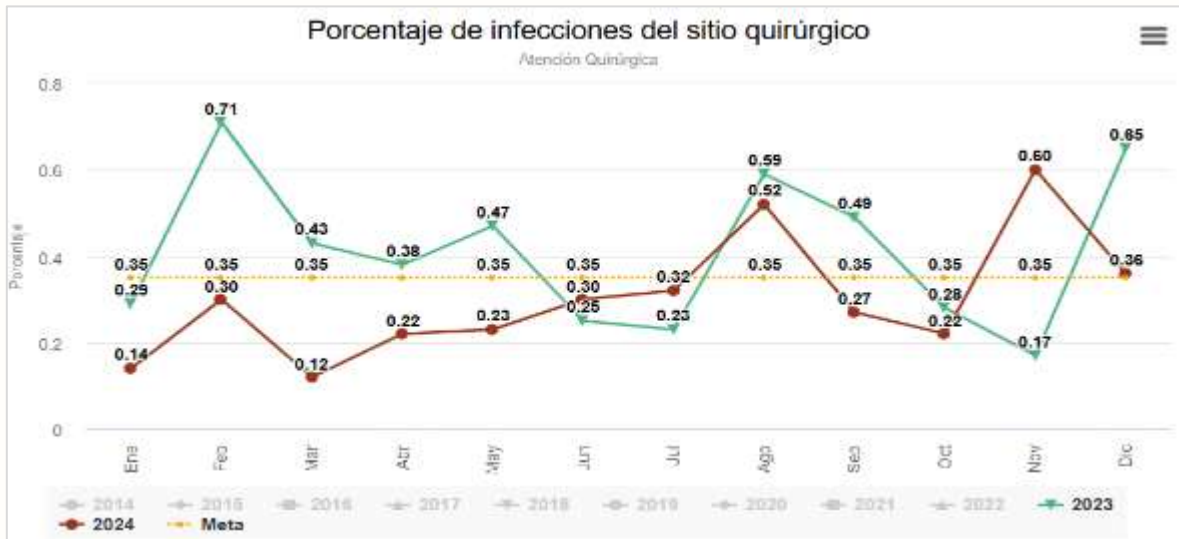
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La satisfacción de nuestros usuarios en el 2024 es mucho mejor comparada con el año 2023 donde se trabajó con todo el personal el trato humanizado de nuestros pacientes; se presentaron unos picos por cambio de personal el cual nos impactó, pero con socialización se articuló el personal, nuestro mayor número de quejas es por oportunidad en la programación de otorrino el cual se está trabajando para aumentar la oportunidad de agenda para este 2025.



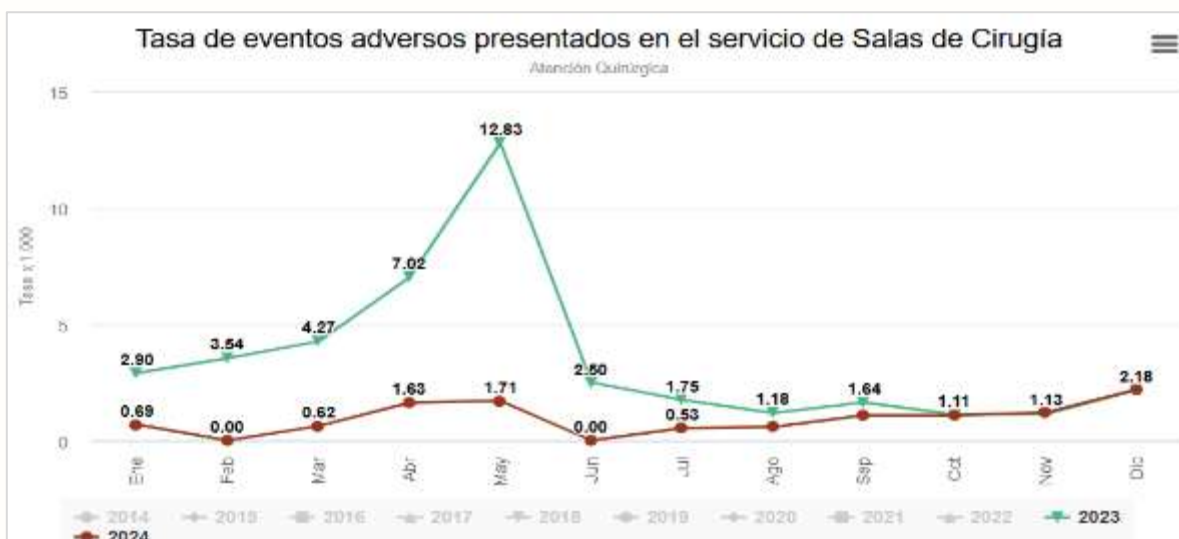
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Nuestra profilaxis antibiótica en el 2023 tuvo un acumulado de 95.3% y para el 2024 fue de 97.4% con una variación de 2.2% dando mayor cumplimiento el cual se logró primero actualizando la guía de profilaxis institucional donde nos habla de un tiempo de aplicación 30 a 60 minutos antes de la incisión quirúrgica; donde por 8 meses fue mayor adherencia en el 2024 comparado con el 2023 debido al trabajo de sensibilización por parte de infectología en los comités institucionales donde participan los líderes de las principales especialidades que operan en nuestros quirófanos, también por el trabajo de intervención para mitigar las causas de no cumplimiento como no lo dice la OM que nos dejaron en la la Visita de 1° Recertificación de acreditación noviembre 2022 02. 1° Recertificación Acreditación noviembre 2022 / Icontec / 2022.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Nuestro porcentaje de infección del sitio quirúrgico para el 2023 tuvo un acumulado de 0.41% y para el 2024 fue de 0.30% bajando once punto porcentual lo cual se logró por la integralidad entre la estrategia multimodal de lavado de manos, la adherencia de la profilaxis antibiótica y las rondas periódicas de infecciones a salas de cirugía donde se realizaban capacitaciones en caliente al personal que se encontraba realizando mal las actividades de desinfecciones: en los meses de junio y julio donde para el 2024 el porcentaje fue menor comparado con el año inmediatamente anterior se validó y trabajamos de la mano para capacitación de la asepsia y antisepsia de piel en pacientes lo cual impacto los meses siguientes:



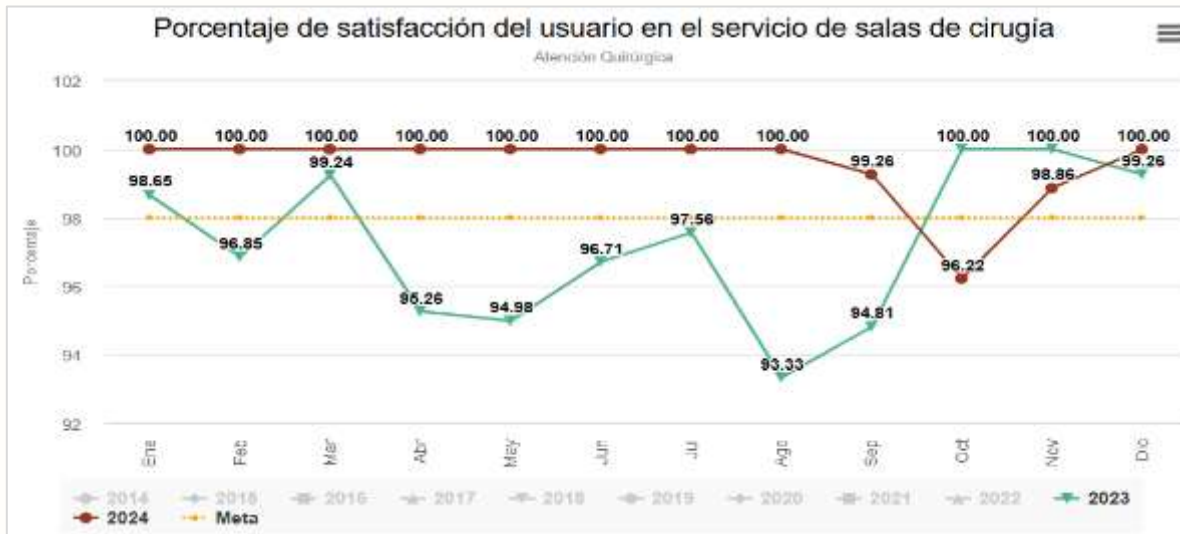
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el 2024 se trabajó en todas las estrategias de quirófano seguro para poder ofrecer mayor procedimientos seguros a nuestros pacientes, adherencia por parte de nuestro personal a las herramientas que se tienen como barreras de seguridad, rondas de seguridad por parte del personal de calidad para validación de cumplimiento de los lineamientos dados desde seguridad de paciente; con este trabajo se logró que para el 2024 se tuviera un tasa acumulada de 0.94 x mil y para el 2023 fue de 3.50 x mil, los registros de indicadores relacionados con eventos adversos encontramos: 3 caídas de pacientes en el área de recuperación post anestesia raquídea, 0 eventos relacionados con la administración de medicamentos en salas de cirugía, 0 número de cirugías en parte o paciente equivocado, 0 número de pacientes que presentaron lesión por cuerpo extraño dejado abandonado dentro del paciente, todos estos eventos se realizó su respectivo análisis en la herramienta que se tiene a nivel institucional.

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Sistematización C.E	Trazabilidad de forma sistemática de todos los procesos.	90%	Contrato	Febrero 2025	NA
Sistematización programación	No manejar métricas de Excel para la programación.	90%	Parametrización	Febrero 2025	NA
Sistematización proceso de salas de cirugía	Sistema de medición de forma automática e inmediata.	80%	Negociación	Marzo 2025	NA
Herramienta Auditoria salas de cirugía	Seguimiento a lo autorizado vs. realizado al paciente	85%	Fuentes de la información	Febrero 2025	NA
Tablero de mando salas de cirugía	Poder tener indicadores del servicio para gestión de estos.	90%	Parametrización	Febrero 2025	NA
Stickers identificación paciente	Optimizar tiempo y garantizar una adecuada marcación de datos de pacientes en formatos, patologías, muestras, etc.	100%	NA	Marzo 2024	NA
Televiso información paciente	Ubicación del paciente a sus familiares	100%	NA	Julio 2024	NA

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Como se mencionó anteriormente, nuestro porcentaje de satisfacción para el 2024 se sostuvo sobre el 100% durante la mayoría del año; pero los atributos que nos afectan al servicio de salas de cirugía es la oportunidad de su programación la cual está más marcada en la especialidad de otología por esta razón la clínica realiza la inversión en compra de instrumental para poder abrir más agendas de esta especialidad; otro atributo que nos afecta es la información de paciente la cual se mitiga con la activación del televisor en la sala de espera donde el paciente se identifica con sus tres últimos números de cedula por el tema de privacidad, sale la ubicación del paciente en salas (preparación, salas, recuperación) y destino final del paciente.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

Se realizó una articulación con la líder de anestesia para realizar un cronograma de capacitaciones a las auxiliares de enfermería para poder mejorar sus habilidades en el momento de asistir a los diferentes anestesiólogos con el fin de mejorar los tiempos quirúrgicos; la dinámica fue un tema mensual el cual se dividía en grupos pequeño que no superaban 10 personas para tener una participación dinámica, para mencionar algunos temas fueron:

- Medicamentos.
- Preparación y marcación de mezclas.
- Programación de bombas.
- Monitoria invasiva y preparación de la misma.
- Circulación para sonda vesical.
- Circulación para anestesia raquídea.
- Tips de montaje de cirugía según especialidad.

4.2 Evaluación del Clima Organizacional

Nuestra medición de clima del 2023 fue la herramienta para trabajar con el personal para subir el resultado general que fue de 64.16 para ese año; donde la faceta más baja fue ambiente social de trabajo con 59.65, la siguiente faceta es 61.62 que es desarrollo integral del talento humano y la más alta con 69.50 la faceta de servicio al cliente. Con ese resultado quedamos en zona de construcción para el 2024 donde realizamos planes de acción de corto, mediano y largo plazo para subir nuestro resultado se trabajó de la mano con el psicólogo de medical donde se realizaron sesiones con de la parte afectiva y emocional en el personal de salas de cirugía, participación como grupo de trabajo en las actividades de la clínica como Nogales Team fest, ferias de seguridad de paciente entre otros.

La caracterización poblacional del personal de salas de cirugía esta: 55% menor a un año, 27% entre 1-5 años y 18% mayores de 5 años; donde el 53% son técnicas, 44% universitarias y 3% especialistas; el 65 % menores de 30 años, 24% entre 30-40 años y 11% mayores de 40 años; nuestro recurso humano es más femenino con un 84% y un 16% masculino; la rotación de personal está clasificada:

- 27 % enfermería
- 41% Instrumentación
- 30 % Esterilización
- 22% jefes
- 5% Médicos

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

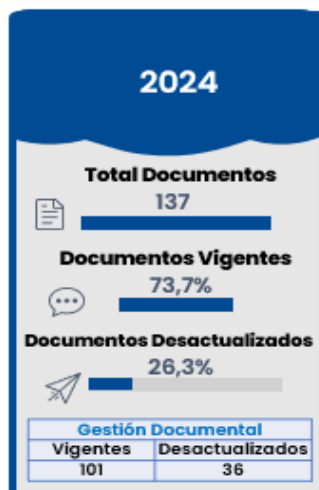
Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe de Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

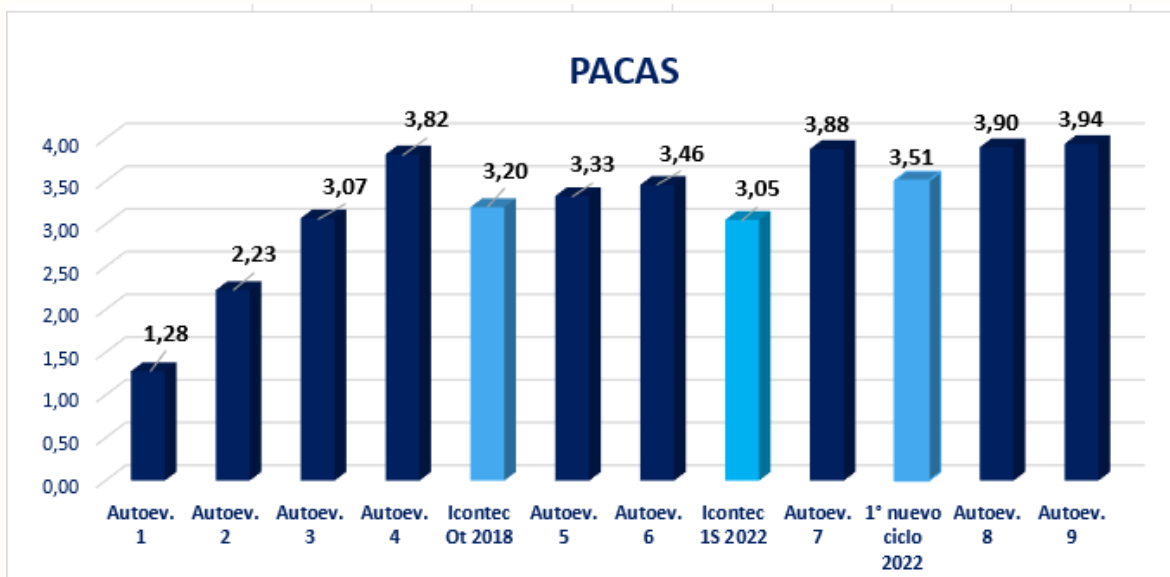
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

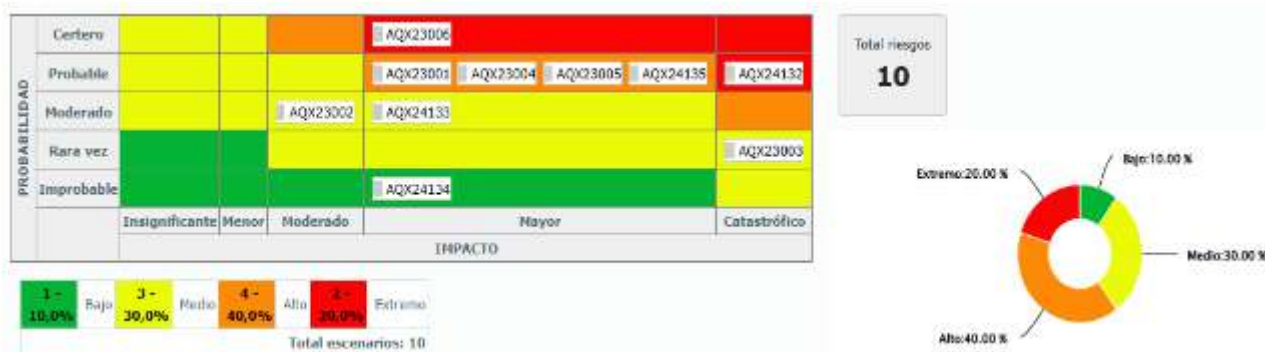
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)



Los Nogales
Clínica

POA 2024 Atención Quirúrgica

Código

2024-SPR-08.1

Vigencia

2024

Estado

Ejecución

Responsable: Coordinación de Salas de Cirugía

Fecha Inicio

2024-01-01

Fecha Fin

2024-12-31

Resumen cronogramas

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Realizar inventario de las necesidades y requerimientos de formación del personal	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Quirófanos seguros	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
X-ray	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Modelo de atención integral enfocado en los pacientes, su seguridad y la experiencia de servicio dentro de su ruta de atención	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Prescripciones de nuevos especialistas quirúrgicos en los diferentes cirugías a nivel nacional e internacional	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Sustentación de la programación y salas de cirugía	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Fortalecer la pertinencia y adecuada facturación de cirujías especiales y más	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Fortalecer la disminución de cancelaciones	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Integración con la líder de anestesia para trabajar en un objetivo común que eran nuestras salas seguras; donde se realizaron jornadas de actualización, comunicación asertiva con todos los integrantes del equipo quirúrgico, actualización de documentación como el triage quirúrgico, trabajo en equipo con el único objetivo de disminución en las cancelaciones y una mayor productividad.
- La sensibilización en el personal de salas de cirugía sobre la importancia de la meta número 4 de seguridad de paciente donde nos habla de cirugía segura y todo lo que debemos trabajar para cumplirla en las rondas periódicas por la jefe de seguridad de paciente y la jefe de riesgos quienes encontraban desviaciones del proceso e inmediato buscan los actores para hacer la retroalimentación de una manera constructiva, con firma de compromiso si era repetitivo y socialización a sus compañeros para que no cometieran los mismo errores.
- Información a los acompañantes de manera oportuna del estado de salud de su familiar o conocido con el fin de disminuir un poco la ansiedad de saber que todo salió bien a pesar de las horas de espera sin ver a su ser querido por medio del tablero.
- Lograr la ocupación de nuestras salas a un 90% y una disminución del a cancelación global a 3% es el resultado de trabajo, dedicación de todo el personal donde demostramos que el querer es poder.

9. PROYECTOS 2025:

- En el objetivo estratégico de llegando a ti donde el enfoque es el colaborador y su entorno como motivación, capacitación, acompañamiento, formación y clima laboral tenemos desde salas de cirugía la estrategia de formadores en buenas prácticas donde identificaremos líderes en temas claves con buenas prácticas comprobadas para que sean los formadores en el servicio.
- Para el objetivo generación de conocimiento donde el enfoque es el colaborador relacionado con investigaciones, publicaciones y educación continua la estrategia desde nuestro servicio será formación en cirugía segura donde realizaremos una mesa de trabajo en el EPM para definir los temas que tienen oportunidad de mejora en el personal asistencial.
- Mi prioridad es mi paciente donde el enfoque es el paciente y su familia en el desenlace clínico, seguridad de paciente, gestión de riesgo, efectividad clínica nuestra estrategia será el fortalecimiento de las paradas de seguridad definiendo los controles, implementarlos a los tres momentos de las paradas de seguridad.
- En el objetivo estratégico de ecosistema digital nuestra estrategia es la sistematización de salas de cirugía donde debemos realizar evaluación de las cotizaciones y propuestas presentadas; posterior definir cronograma de proyecto; también la estrategia de optimización del proceso de central de esterilización con la parametrización de las variables del software Instacaum.
- Para la estrategia de tu experiencia nuestro compromiso vamos a usar la estrategia cuidadores del paciente quirúrgico.
- Implementación del tablero de mando y la herramienta de auditoria para salas de cirugía; con el fin de lograr una capacidad instalada del 95% y una cancelación global del 2%.

Enfermería

OBJETIVO GENERAL

Establecer una estructura de procesos de atención basados en conocimientos, habilidades y destrezas por medio del modelo de atención de enfermería que permita llevar a cabo estrategias mediante el uso de guías y protocolos en todos los procesos asistenciales de la institución.

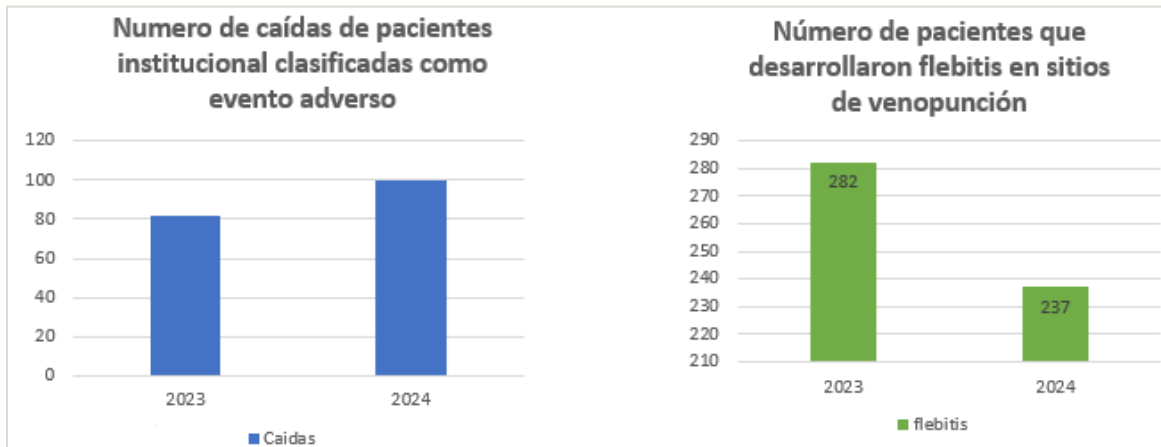
1. RESUMEN EJECUTIVO

- Acompañamiento a las coordinaciones en los servicios para verificación de proceso.
- Ajuste de personal para mayor aprovechamiento de tiempos de jornadas laborales y cumplimiento de estos con ajuste de franjas y fines de semana.
- Apoyo en revisión y ajuste de modelos de gastroenterología, urología y oncología.
- Creación de Malla de vacaciones por ciclos dando prioridad a pasivos vacacionales atrasados, con 19 periodos vacacionales.
- Se realiza lista de verificación de barreras de seguridad en acompañamiento de gestión del riesgo y seguridad del paciente para identificación de la adecuada administración de medicamentos en pacientes, riesgo de caídas, lesiones en piel.
- Se realiza cambios al formato tarjeta de medicamentos, Kardex de enfermería para una valoración integral y se ajusta formato de educación al paciente.
- Se hace necesario el ajuste y medición del modelo de enfermería por lo que se solicita el cambio de indicadores y aumenta cobertura con verificación como servicios de hospitalización, urgencias y UCI.
- Cierre de POA 2024 en 100%, se priorizan para el 2025: Yo te cuido con amor; tu experiencia es mi experiencia consolidando la estrategia cuidando con amor a todo el personal de Enfermería en la actitud de servicio, con orientación hotelería, confort y empatía; Tecnología y Cuidado de Enfermería Efectivo con registros en historia clínica sistematizada; Yo ahorro, cuido el futuro institucional con elaboración de herramienta de seguimiento.
- Verificación del desarrollo de proceso de enfermería para reducir costos.
- Creación de matriz de riesgos de enfermería.



2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores Productividad



Fuente: Coordinación de enfermería

En relación con el número de eventos presentados se evidencia un aumento en el número de caídas desde el año 2023 al año 2024, mientras que el número de flebitis para el año 2023 fue mayor que el del 2024, la mayoría son en el área de hospitalización por lo que se genera plan de mejora desde esta área ajustando los documentos relacionados con caídas del paciente y la educación al personal, paciente y familia.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El porcentaje de colaboradores de Enfermería capacitados se vio en una breve disminución al cambiar la metodología de la profesional de educación, al final del año 2024 se logra

nuevamente una mayor cobertura. El Porcentaje de cobertura a inducción específica al personal de enfermería: Se mantiene durante el año 2024 en 100 %



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

A lo largo del año 2023 se mantuvo por encima del 90% la correcta administración de medicamentos, en el 2024 se evidencia una disminución que se ve directamente relacionada a la rotación y los hallazgos de desviaciones del proceso de enfermería, se realiza seguimiento al personal y ajuste en tarjeta de medicamentos para mejorar registros clínicos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se realiza auditoria retrospectiva ya que no se encuentra soportes de validaciones anteriores, debido a esto los datos a partir de junio muestran variaciones. Se evidencia a lo largo del año no adherencia por parte del grupo de enfermería en salas de cirugía por lo que plantea para el 2025 cambio en la verificación de la información recibida por el grupo de áreas que no dependen directamente del departamento de enfermería, se identifica al líder que transmitirá la información para el seguimiento requerido.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se identifica diferencias en la medición por cada área lo que no permite un dato real a los ítems de incumplimiento para el plan de mejora al ser por lo que se define capacitación completa al personal en la valoración y realización del modelo y ajuste a los indicadores para datos ajustados a la realidad.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se realiza el seguimiento a pacientes con nutrición de forma diaria y se identifican adherencias mayores al 90%, se seguirá fortaleciendo con el grupo y las personas nuevas el ajuste y adecuada adherencia.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencian variaciones significativas durante el año, se identifica diferencias en la medición por cada área lo que no permite un dato real a los ítems de incumplimiento para el plan de mejora, algunos datos están por cantidad de listas y otras por criterios, y las cantidades de la muestra varían, por lo que se define capacitación completa al personal de coordinación y quien realice la validación de la información para el correcto registro de datos con soporte, se realiza un formato único en forms ligado a correo de departamento de enfermería para acompañamiento.

2.2 AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	%e de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Te Capacito y Aprendes: Desarrollo y Despliegue de plan de capacitación y educación institucional.	Identificar y analizar las necesidades educativas en el personal de enfermería de acuerdo con el servicio al que pertenece.	100%	No se contempla desde la planeación anual la totalidad de los documentos de enfermería propios de la gestión No participan de las jornadas educativas todo el personal	Diciembre 2024	Organizar el calendario anual de capacitaciones incluyendo los documentos de enfermería No se logra la cobertura del personal de enfermería al 100% por lo que se debe implementar que sean virtuales
Cuidado de enfermería Seguro, gestión del	Fortalecer la adherencia al personal de enfermería en el	100%	No hay un completo y adecuado seguimiento por	Diciembre 2024	Se debe crear para el 2025 cronograma para dar cobertura

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	%e de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Riesgo en la atención del paciente, familia y cuidador.	cumplimiento oportuno de guías, protocolos, manuales de buenas prácticas, técnicas y procedimientos de enfermería efectivos con seguridad clínica.		el personal de coordinación debido a la cantidad de actividades administrativa, ni listas de chequeo de todos los procesos No hay socialización de todos los protocolos		completa de capacitaciones Verificar la cantidad y la creación de las listas de chequeo necesarias para el seguimiento del proceso
Yo te cuido con amor; tu experiencia es mi experiencia	Consolidar la estrategia cuidando con amor a todo el personal de enfermería en la actitud de servicio, con orientación hotelería, confort y empatía.	100%	No se logra consolidar la estrategia durante el año 2024 Se debe reforzar la actitud de empatía en el grupo de trabajo	Diciembre 2024	Se realizará trabajo de capacitación al personal de enfermería en habilidades blandas en conjunto con el área de experiencia del paciente
Cuidamos lo que queremos: Nuestros pacientes, su familia y cuidador.	Capacitar y entrenar al personal de enfermería frente a la atención y cuidado directo de enfermería, Modelo de enfermería Autocuidado-humanista integrado al modelo de atención médica.	100%	Se realizan algunas capacitaciones y acompañamiento del personal de enfermería en el desarrollo del modelo, al verificar el diligenciamiento se identifican fallas en el adecuado desarrollo del proceso ya que no es integrado No hay un indicador de seguimiento establecido ni de cantidades	Diciembre 2024	Se reajusta los formatos del modelo de atención como Kardex, entrega de turno y educación para un mayor seguimiento, se debe realizar el acompañamiento y una adecuada verificación del desarrollo del proceso

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	%e de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
			muestras estándar		
Innovación en el cuidado de enfermería; Investigo y creo conocimiento.	Establecer las necesidades institucionales para definir plan de trabajo investigativo para la generación de conocimiento nuevo en el área de enfermería.	100%	No se logra la creación del grupo de investigación No hay articulación de convenio docencia servicio completa para la publicación de artículos	Diciembre 2024	Se debe generar la creación del grupo de investigación de la institución con los profesionales de la organización para empezar a enfocar esas actividades de investigación
Tecnología y de Cuidado de Enfermería Efectivo	Revisar y Evaluar aplicaciones - software complementarios - Inteligencia Artificial para la articulación de cuidado de enfermería efectivo con seguridad Clínica en: Administración segura de medicamentos, registros clínicos de enfermería, plan de egreso de enfermería.	100%	No se logra la articulación con aplicaciones o software de inteligencia artificial para la administración segura de medicamentos, registros clínicos y plan de egreso	Diciembre 2024	Se debe enfocar en el desarrollo del adecuado diligenciamiento de los documentos en sistema de salud IT.
Yo ahorro, cuido el futuro institucional	Fomentar la cultura optima de ahorro en insumos médicos- quirúrgicos para la disminución del gasto, relacionados con la atención directa de los pacientes a cargo.	100%	No hay una herramienta en común que permita visualizar el gasto a través del tiempo o hacer un seguimiento desde las coordinaciones de enfermería sobre el consumo mensual	Diciembre 2024	Elaboración de herramienta para llevar el adecuado acompañamiento y seguimiento de la solicitud de insumos de cada área y que sea consecuente con la ocupación clínica

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	%e de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Resultados Operacionales, Gestión Del Cuidado Directo de Enfermería	Entrenamiento al personal de enfermería en la actualización de la gestión del cuidado de enfermería clínica relacionado con el egreso oportuno y disminución de las estancias hospitalarias y nuevos proyectos institucionales de atención clínica.	100%	No está consolidado el programa de alta temprana para disminución de estancia hospitalaria. No este articulado con todas las áreas la importancia de aviso para gestión de alta temprana	Diciembre 2024	Fortalecer el programa de altas tempranas, ajuste del modelo para la integración médica y de auditoria para disminución de estancia hospitalaria. Socialización del programa de egreso para mejorar la gestión por cada área

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Se realiza validación de los indicadores según las encuestas de Xcustomer ya que no existe un solo dato general por enfermería, pero están por servicio de forma general



Fuente: Sistema Xcustomer

Las principales razones reportadas para no tener una buena experiencia son actitud, empatía y calidez del personal por lo que evidencia en el comparativo entre el 2023 y 2024, se hace necesario priorizar la estrategia cuidando con amor con un enfoque dirigido al cliente interno.



Fuente: Sistema Xcustomer

Las principales razones reportadas para no tener una buena experiencia son actitud, empatía y calidez del personal las cuales son las mismas a mejorar en el comparativo entre el 2023 y 2024, se hace necesario priorizar la estrategia cuidando con amor con un enfoque dirigido al cliente interno.



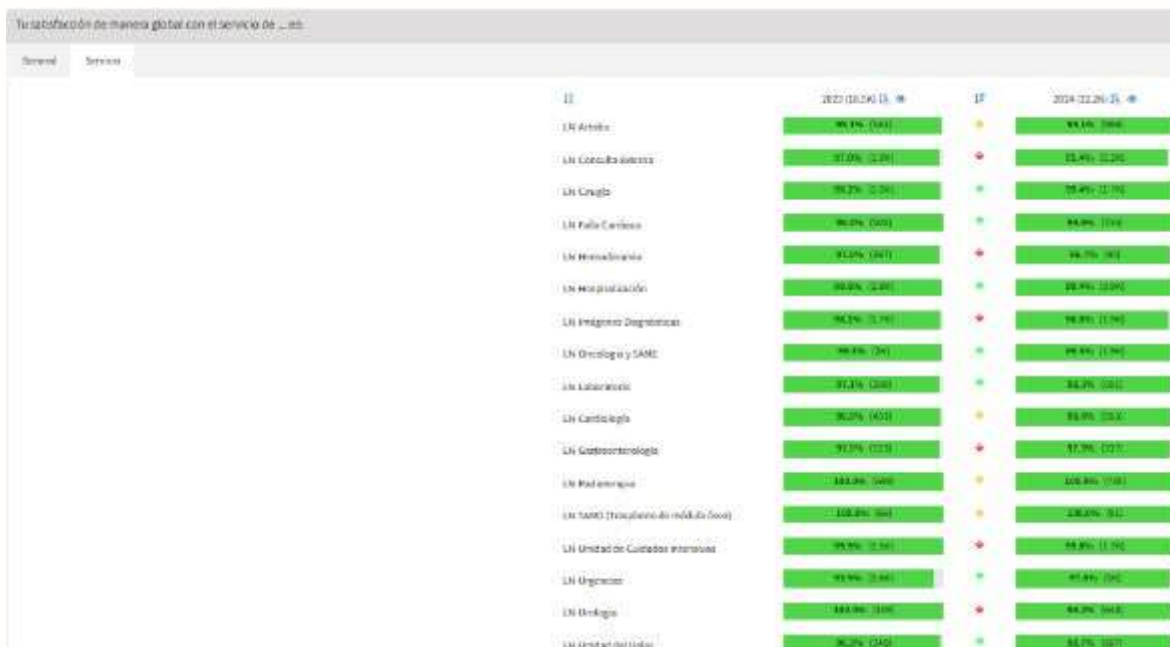
Fuente: Sistema Xcustomer

La satisfacción por la atención recibida del personal de enfermería se mantiene durante los dos años lo que podría sugerirse como la necesidad de mejoramiento.



Fuente: Sistema Xcustomer

La adherencia a procesos se puede evaluar a través de la percepción del desarrollo de los procesos por las diferentes áreas, la identificación y educación al paciente es uno de los aspectos clave.



Fuente: Sistema Xcustomer

La verificación de satisfacción global de cada servicio permite identificar las áreas a intervenir de manera prioritaria para el año 2025.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Se realizan capacitaciones al largo del año de forma virtual en UNITOTAL y presencial, a continuación, se relaciona los temas capacitados:

Evento por Realizar	Lugar Del Evento
Programa de excelencia en la atención de enfermería Primer trimestre - (Modelo de enfermería, Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, BPM, Salud y bienestar en el trabajo, Gestión ambiental: Manejo integral de los residuos).	Unitotal
Generalidades de Falla Cardíaca	Unitotal
Protocolo de recibo y entrega de turno Valoración y plan de cuidado integral de enfermería Administración segura de medicamentos Programa de excelencia en la atención de enfermería Segundo Semestre - (Procesos prioritarios: Administración de medicamentos, Plan de Atención de Enfermería (PAE) y Recibo y Entrega de Turno	Auditorio

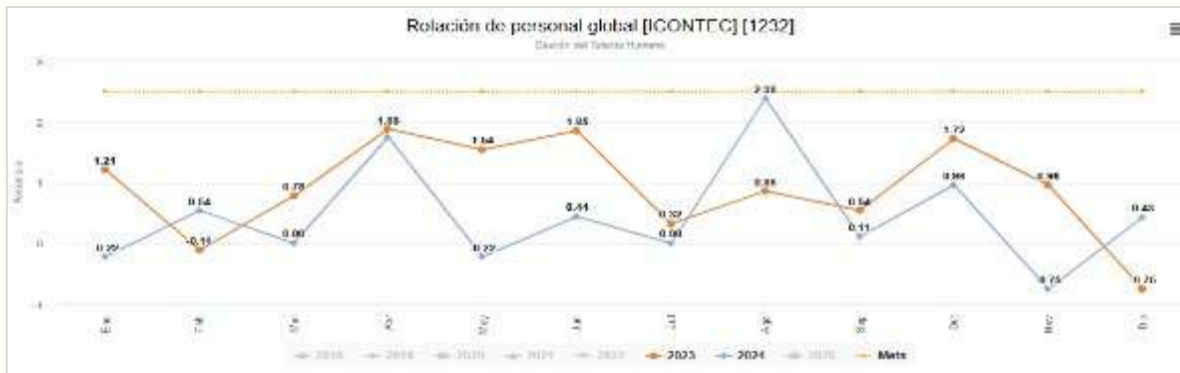
Evento por Realizar	Lugar Del Evento
Gestión de Riesgo (Escala de NEWS, Riesgo clínico y Código azul) Programa de excelencia en la atención de enfermería Segundo Semestre - (Protocolo de reanimación cardiopulmonar)	Auditorio
Jornada académica: prevención de lesiones de piel Adherencia a la nueva escala de caídas: Jornada académica Programa de excelencia en la atención de enfermería Cuarto trimestre procesos prioritarios: prevención de caídas y lesión en piel)	Auditorio
Cuidando con amor	Unitotal
Atención al paciente	Salón de juntas
Socialización cursos Unitotal e importancia de realizar cursos y capacitación	Salón de juntas
Programa de tecnovigilancia	Salón de juntas
Jornada académica: gestión integral de residuos y política ambiental	Auditorio
Jornada académica: admisión del paciente y circuito en el aspirador de secreciones	Auditorio
Jornada académica: prevención de lesiones de piel	Auditorio
Jornada académica: uso de equipos de seguridad	Auditorio
Jornada académica: manejo de catéter implantable	Auditorio
Jornada académica: BPM y Farmacovigilancia	Auditorio
Jornada académica: control de infecciones	Auditorio
Todos a bordo: empatía	Salón de capacitaciones TH
Apósito transparente en curación catéter venoso Central	Salón de juntas
Inserción de PICC	Salón de juntas
Mantenimiento catéter venoso central	Salón de juntas
Cuidados accesos vasculares, limpieza y desinfección, higiene de manos	Salón de juntas
Inserción de PICC UCIA	Salón de juntas
Riesgo de caídas	Auditorio
Jornada académica de enfermería: Charla Tecnoquímicas	Auditorio
Jornada académica de enfermería: Modelo de enfermería	Auditorio
Jornada académica de enfermería: Reactivo vigilancia y hemovigilancia	Auditorio
Jornada académica de enfermería: Salud y bienestar en el trabajo	Auditorio
Jornada académica de enfermería: Estrategia multimodal	Auditorio
Jornada académica de enfermería: Amonio cuaternario	Auditorio
Jornada académica de enfermería: Protocolo de violencia sexual	Auditorio
Jornada académica de enfermería: Ostomías	Auditorio
¡Todos a bordo!: Trabajo en equipo a camilleros	Salón de capacitaciones TH
Jornada académica: Manejo de sistema cerrado en catéter periférico	Auditorio
Jornada académica: Administración segura de los medicamentos de alto riesgo	Auditorio
Jornada académica: Uso de las librerías de medicamentos y su impacto en la seguridad del paciente	Auditorio
Jornada académica: Cuidados de enfermería catéter periférico	Auditorio
Jornada académica: Infecciones asociadas a Catéter	Auditorio
Jornada académica: Características, cuidados y método de inserción de PICC	Auditorio
Lubricación de piel	Auditorio

Evento por Realizar	Lugar Del Evento
Administración segura de medicamentos	Auditorio
Socialización del plan de gestión integral de residuos hospitalarios PGIRH	Auditorio
Protocolo de recibo y entrega de turno	Auditorio
Norma y presentación de dispositivos alimentación parenteral ENFIT	Salón de juntas
Uso adecuado de las gastrostomías	Salón de juntas
Toma de muestras	Auditorio
Estrategia multimodal	Salón de juntas
Limpieza y desinfección a equipos biomédicos, uso de cloro orgánico en toma de luminometría	Salón de juntas
Programa control de infecciones gestión del servicio	Salón de juntas
Día mundial de la higiene de manos	Salón de juntas
Manejo de residuos biosanitarios	Salón de juntas
Bioseguridad y lavado de manos	Salón de juntas
Manejo integrado de cardio desfibrilador	Salón de juntas
Modelo de enfermería	Salón de juntas
Lavado de manos, estrategia multimodal	Salón de juntas
Manejo de paciente en trasplante Alogénico - Haploidentico	Salón de juntas
Nutrición enteral	Salón de juntas
Seguridad del paciente, caídas y escala Downton	Salón de juntas
Manejo del tiempo y programa Team Nogales	Salón de capacitaciones TH
Estrategia multimodal	Salón de juntas
Socialización lista de verificación para el traslado de paciente	Salón de juntas
Socialización instructivo manejo de líquidos y traslado de pacientes	Salón de juntas
Correcto diligenciamiento de formatos de enfermería: caídas y hoja neurológica	Salón de juntas
Uso de EPP, optimización de camas y humanización del paciente	Salón de juntas
Socialización y diligenciamiento hoja de traslado en radiología	Salón de juntas
Jornada académica: metodología QISE toma de muestras hemocultivos y hoja de traslado	Salón de juntas
Jornada académica: plan de gestión integral de residuos hospitalarios	Salón de juntas
Jornada académica: administración de rescates	Salón de juntas
Jornada académica: aislamiento por KPC y estrategia multimodal	Salón de juntas
Jornada académica: manejo y mantenimiento de accesos vasculares	Salón de juntas
Jornada académica: valoración y manejo de paciente osteomizado	Salón de juntas
Jornada académica: programa de seguridad del paciente, gestión del riesgo con enfoque en prevención de caídas y eventos accesos vasculares	Salón de juntas
Jornada académica: trabajo en equipo y modelo de enfermería	Salón de juntas
Jornada académica: eutanasia	Salón de juntas
Programa control de infecciones (PCI)	Salón de juntas
Programa control de infecciones, higiene de manos y accesos vasculares	Salón de juntas
Infecciones y aislamientos	Salón de juntas
Riesgo y prevención de caídas	Salón de juntas
Jornada académica: Administración de medicamentos	Auditorio
Jornada académica: Cazadores de riesgo	Auditorio
Jornada académica: Manejo integral de residuos cortopunzantes (articulación ambiental –SST)	Auditorio

Evento por Realizar	Lugar Del Evento
Jornada académica: PROA- (hemocultivos-) KPC	Auditorio
Jornada académica: Reconstitución y dosificación de (Actilyse-Metalyse)	Auditorio
Jornada académica: Socialización modelo de enfermería- Guías de práctica clínica para uso de componentes sanguíneos- Programa POCT	Auditorio
Jornada académica: Toma de muestras de laboratorio	Auditorio
Realización Cursos Unitotal	Salón de juntas
Valoración y plan de cuidado integral de enfermería	Salón de juntas
Jornada académica: Higiene de manos – asepsia de piel	Auditorio
Propuesta antiestrés	Auditorio
Estrategia multimodal para contención de MDR (Multidrorresistentes)	Auditorio
Manejo de Bombas infusión fresenius	Auditorio
Manejo de adhesivos, Lesiones de piel por adhesivo cutáneo (MARSI)	Auditorio
Paso de catéter PIC	Auditorio
Seguridad del paciente (Identificación correcta del paciente)	Auditorio
Traslado Seguro del paciente	Auditorio
Gestión de Riesgo (Escala de NEWS, Riesgo clínico y Código azul)	Auditorio
Seguridad del paciente en el quirófano: lista de chequeo, parada segura y marcación de quirúrgica	Auditorio
Tecnovigilancia	Auditorio
Seguridad del paciente desde imágenes diagnosticas	Auditorio
KIT de derrames	Auditorio
Simulacro de Emergencias (2 de octubre 2024)	Auditorio
Programa control de infecciones y Lavado de manos	Auditorio
Hemovigilancia	Auditorio
Jornada académica: programa del dolor (manejo no farmacológico del dolor	Auditorio
Jornada académica: programa cuidados de piel	Auditorio
Jornada académica: programa de artritis/síntomas clásicos y ruta	Auditorio
Cuidados en la administración de Cetuximab	Salón de juntas
Cuidados en la administración de Pembrolizumab	Salón de juntas
Cuidados en la administración de Certolizumab	Salón de juntas
Infusores Baxter en la unidad oncológica	Salón de juntas
Jornada académica: programa de oncología-equipos fotosensibles	Auditorio
Resistencia Antimicrobiana: Jornada académica:	Auditorio
Ética del cuidado: Jornada académica	Auditorio
Intervención de enfermería con el paciente de cirugía cardiovascular: Jornada académica:	Auditorio
HOLTER, Prueba de esfuerzo y Ecocardiograma de estrés: Jornada académica:	Auditorio
Adherencia a la nueva escala de caídas: Jornada académica:	Auditorio
Consentimiento Informado: Jornada académica:	Auditorio
Formato de seguimiento de educación al paciente (preparación, cuidados y/o recomendaciones de egreso) Jornada académica	Auditorio
Jornada académica: prevención de caídas	Auditorio

4.2. Evaluación del Clima Organizacional

Descripción de las actividades realizadas durante el año para fortalecer el clima organización y su impacto en el equipo de trabajo. Analizar la rotación de personal.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante los cambios del año 2024 por el desarrollo de procesos se identifica a nivel institucional un aumento en la rotación de personal de manera global.



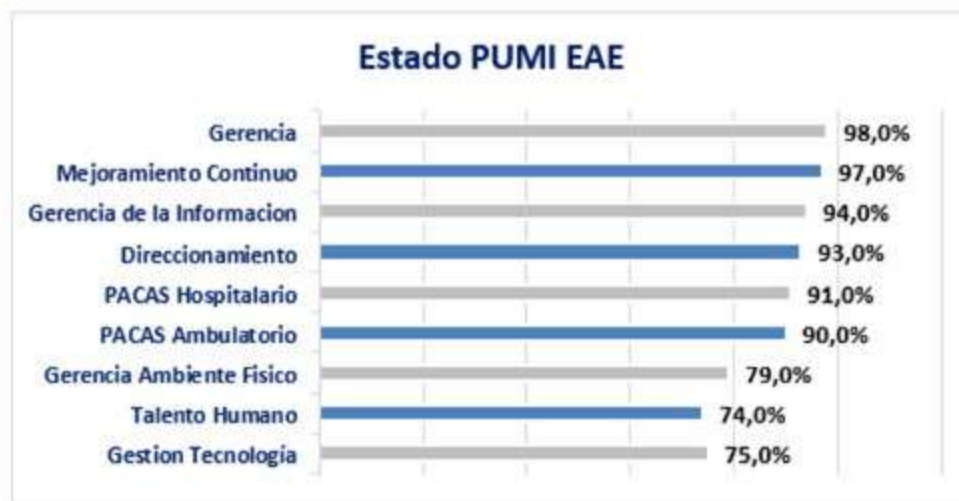
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Al hacer la identificación de perdida de personal se identifica en los análisis que a través del año se presenta situaciones de poca adherencia al personal de enfermería evidenciado por: insumos en los locker, solicitud excesiva sin adecuado manejo de insumos y medicamentos, no verificación ni administración adecuada, registros inoportunos, entrega de documentos falsos, entre otros los que genero un aumento en el último semestre.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

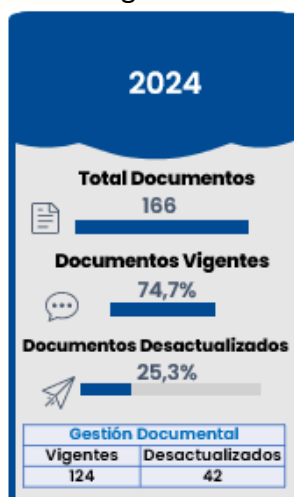
Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS hospitalario y PACAS ambulatorio, arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

5.2. Sistema de Gestión Documental

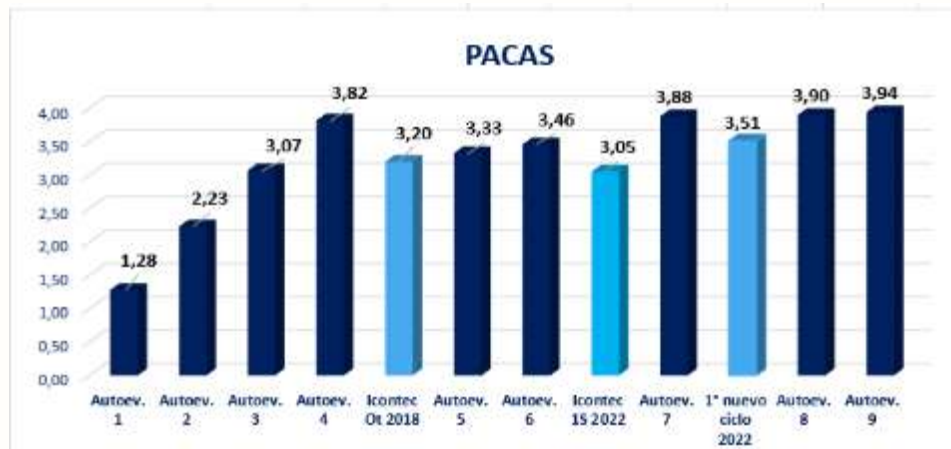
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar, proceso de atención al cliente asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024



Clinica Los Nogales

POA 2024 Enfermería

Código: 2024-SPR-01.1

Vigencia: 2024

Estado: Ejecución

Responsable: Coordinación de Enfermería

Fecha Inicio: 2024-01-01

Fecha Fin: 2024-12-31

Resumen cronogramas:

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Tr Capacito y Aprendiz: Desarrollo y Despliegue de plan de capacitación y educación institucional.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Cuidado de enfermería Seguro, gestión del Riesgo en la atención del paciente, familia y cuidador.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Yo te cuido con amor; tu experiencia es mi esencia	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Cuidamos lo que queremos: Nuestros pacientes, su familia y cuidador.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Innovación en el cuidado de enfermería: Investigación y uso consciente.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Tecnología y Cuidado de Enfermería Efectivo	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Yo aborro, cuido el futuro institucional	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Resultados Operacionales, Gestión De Calidad Directa de Enfermería	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

4. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Se hace notorio que el acompañamiento a las coordinaciones y de ellas en los servicios para verificación de proceso permite una mayor apropiación por el personal para la ejecución de actividades lo que lleva enfocar el desarrollo del modelo de atención de una forma operativa más práctica para lograr una adecuada apropiación y cuidado del paciente.

El ajuste de horario de personal permite disminuir las brechas de atención y aprovechar los tiempos, así como dar una visual de la necesidad de aumentar las capacitaciones de forma virtual para lograr que todo el personal reciba la información y entienda la importancia de las información y herramientas dadas por la institución.

Al identificar las necesidades del paciente y el personal se lleva a dar prioridad de realización de actividades donde el cliente interno se fortalezca para que esto se vea reflejado en la atención y empatía hacia los pacientes.

5. PROYECTOS 2025

- Fortalecimiento del modelo de Enfermería, Proyecto Humanización, actitud y empoderamiento.
- Optimización del consumo, disminución de estancia en UCI y mejora de la actitud de servicio. Minimizar los tiempos de atención y derivados en urgencias, disminuir estancia hospitalaria a 4.5 días, optimización del modelo de auditoria concurrente.
- Formación, capacitación y crecimiento profesional, fortalecimiento de la satisfacción de nuestros usuarios.
- Certificación Àngels, autoevaluación de acreditación, proyecto RIPS, torre 3.
- Optimización de paquetes instruccionales, administración segura de medicamentos.
- Formación de profesionales para creación de grupo de investigación.
- Verificación y proyección en ajuste de indicadores para modificación que permita seguimiento del proceso de enfermería.
- Trabajar en estrategia cuidado con amor para reforzar empatía en el personal de enfermería.



- Cambio en jornadas educativas para mejorar adherencia.
- Ajuste de principales documentos del modelo para mejorar adherencia y disminución de eventos.
- Verificación de indicadores del programa piel sala y lesiones en piel con reestructuración según guías de práctica clínica de enfermería basadas en evidencia.
- Programa de accesos vasculares: afianzar conceptos de administración segura de medicamentos con dosis unitaria y verificación de técnicas de realización de procedimientos para optimización de recursos, capacitación al personal asistencial con la universidad nacional para el mejoramiento de técnicas.
- Cambio de conciencia de Cultura organizacional.
- Fortalecimiento de comunicación efectiva e integración con otros procesos.

Educación

Los Nogales | Torre 2

OBJETIVO GENERAL

Favorecer la construcción e implementación del programa de educación en las principales líneas de acción, educación continua, convenio docencia- servicio y promoción y prevención de la salud.

1. RESUMEN EJECUTIVO

Desde el área de educación se logra durante el año 2024, establecer una ruta para el proceso de inducción de los estudiantes de diferentes disciplinas, como pregrado y especialización de enfermería, especializaciones de medicina, pregrado de psicología, fisioterapia, cito-tecnólogos, así como estudiantes de tecnología y técnicos en administración entre otros, como fortalecimiento del proceso de docencia servicio, se crea el documento DC-FO-007 Formato matriz relación y seguimiento estudiantes docencia servicio, el cual la información necesaria para la medición de los iniciadores, proporcionando la identificación para el segundo semestre del año 2024 de 254 estudiantes de 3 universidades en rotación, la programación de inducciones, la asignación de servicios y coordinaciones según a verificación de capacidad instalada por área o servicio.

Se fortalece el proceso de comités docencia-servicio por medio de la revisión de anexos técnicos y cumplimiento de los comités, realizando para el segundo semestre del año 2024 6 comités con 3 universidades del convenio y la revisión de todos los anexos técnicos de pregrado y posgrado de enfermería.

En la línea de educación continua, se fortalece desde en el periodo de septiembre a diciembre del 2024 el proceso de jornadas académicas de enfermería, por medio del desarrollo de jornadas académicas institucionales incluyendo todas las áreas médicas, los servicios tercerizados y las áreas administrativas, logrando no solo la capacitación y socialización de temas para enfermería, si no para todos los colaboradores, con el fin de incrementar el conocimiento de los procesos y aumentar la prevención de riesgos, de esta forma se abarcan 1164 colaboradores de enfermería, 85 administrativos y tercerizados y 39 profesionales de medicina.

Así mismo se redirecciona el proceso de inducción garantizando, el proceso de una forma cronológica para el reconocimiento de las buenas prácticas de enfermería y adopción de protocolos.

Realizando la ejecución del programa de promoción y prevención se logra establecer los parámetros de educación a paciente y familia desde cada programa especial como: artritis, falla cardíaca, cirugía cardiovascular, cardiología, oncología, egreso seguro, Stroke, hospitalización, UTPH (TAMO), piel sana, control de infecciones, unidad del dolor, salas de



cirugía, gastroenterología, estos programas están conformados por un grupo interdisciplinar donde participa el grupo interdisciplinar que desempeña un papel importante en el manejo de la enfermedad a través de estrategias de automanejo que alivian los síntomas y disminuyen el avance o progresión de la enfermedad, adicionalmente se establece el debido diligenciamiento del formato EN-FO-068 Formato de seguimiento de educación al paciente: preparación, cuidados y/o recomendaciones de egreso servicio.

Se ejecutan las actividades siguientes actividades POA 2024 al 100%:

- Identificar y analizar las necesidades educativas en el personal de enfermería de acuerdo con el servicio al que pertenece.
- Desde el programa de educación del departamento de enfermería elaboración de cronograma educacional y cumplimiento de la adherencia, mejora continua en los procesos como eje transversal con todos colaboradores del equipo de enfermería.
- Indicador de cumplimiento de capacitaciones realizadas en periodo de tiempo.
- Cursos de actualización mínimo 2 en relación con las buenas prácticas de enfermería, jornadas Mensuales de enfermería, Jornada de actualización e innovación del cuidado en enfermería.
- Cumplimiento del 90% del cronograma de autoevaluación de habilitación resolución 3100 de 2019, donde se evaluaron los estándares durante el proceso de atención los colaboradores de la institución desarrollan en el usuario y familia competencias del autocuidado de su salud.
- Incremento de número de estudiantes en práctica formativa con respecto al año 2023.
- Asignación de espacio para las actividades académicas de los estudiantes de diferentes áreas.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

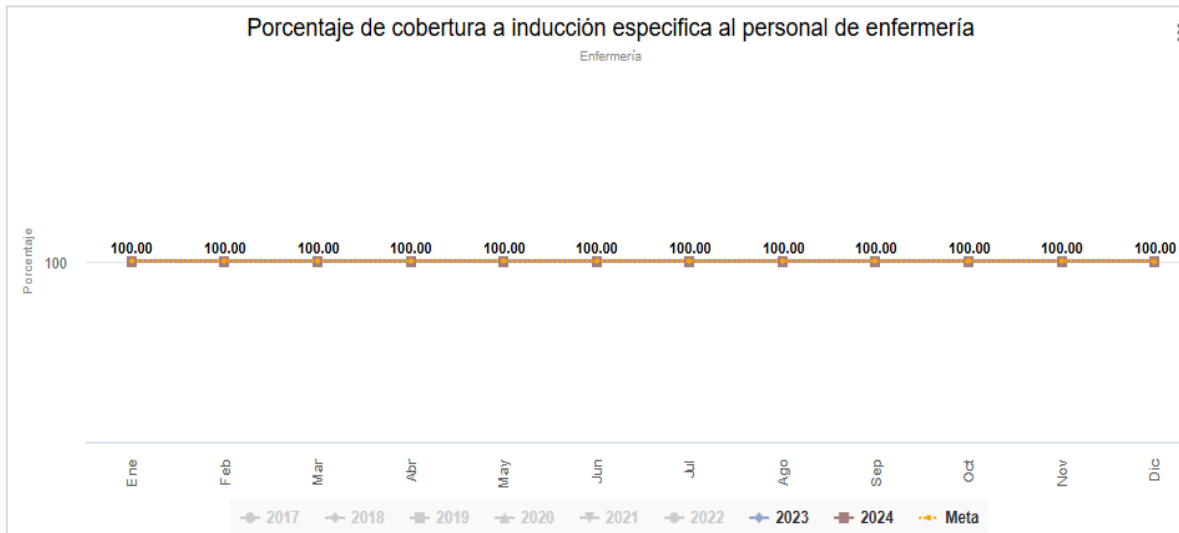
2.1. Indicadores Productividad:





Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador refleja un incremento en el número de estudiantes en práctica formativa, el cual para el periodo de enero a junio del año 2023 era de 166 estudiantes y para el semestre de julio a diciembre de 2023 se contó con 202 estudiantes, para el año 2024 se evidencia incremento en ambos periodos, de enero a junio una cantidad de estudiantes de 185 con una variación del 11.4% del año anterior y de julio a diciembre 254 estudiantes con una variación porcentual del 25.7%, respecto al año anterior, la cantidad de estudiantes se toma según lo contemplado en el convenio docencia-servicio con diferentes instituciones educativas como: la Fundación Universitaria De Ciencias De La Salud, Universidad Del Rosario, Universidad Del Bosque, Universidad Nacional De Colombia Y Tecnología Autónoma De Bogotá, en diferentes programas en FUCS: pregrado y posgrado de enfermería, especializaciones de cirugía pediátrica con rotación de cirugía gastrointestinal; coloproctología, cardiología intervencionista y hemodinamia, Psicología, nutrición y dietética, fisioterapia, tecnología radiología e imágenes diagnosticas, tecnología en cistohistotecnología, en Universidad del Rosario: medicina familiar, medicina del dolor y cuidado paliativo, en Universidad del Bosque: Urología, en Universidad Nacional De Colombia con pregrado enfermería y en Faba con: regente de farmacia, tecnología en radiología e imágenes diagnosticas, como estrategia para garantizar el número de estudiantes de acuerdo a la capacidad instalada, se inicia en el último trimestre del año 2024 la revisión de los anexos técnicos de cada especialidad y cada institución educativa.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

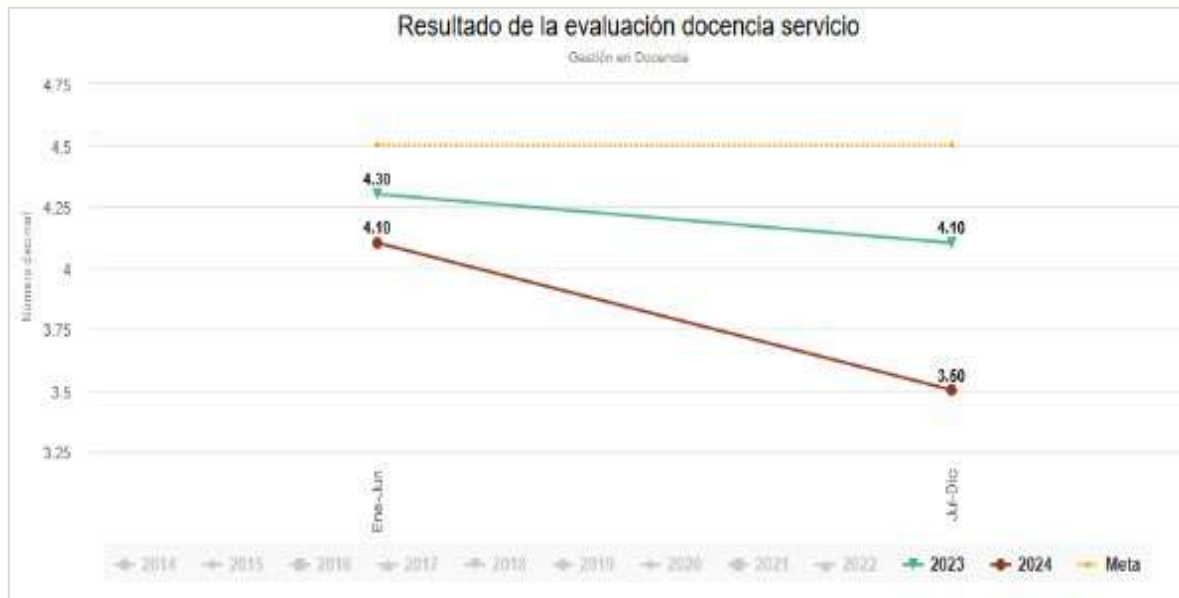
Este indicador permite identificar que el proceso de inducción específica al personal de enfermería, se ha realizado de forma continua en el año 2023 y año 2024, garantizando la inducción para el 100% de los colaboradores que ingresan como parte del departamento de enfermería.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En la medición del porcentaje de colaboradores del personal de enfermería capacitados se puede evidenciar que en el año 2023 mantuvo el cumplimiento de la meta exceptuando el mes de mayo en donde se evidencia una disminución al 93.18 % en la cobertura de personal de enfermería capacitados, para el año 2024 se evidencia una disminución en la

capacitación del personal debido a la falta del perfil de educación en los meses de agosto y septiembre, a partir del mes de octubre 2024 contando con el perfil, se implementa la nueva estrategia en la realización de jornadas académicas institucionales y el seguimiento de los cursos de Unitotal, para el mes de octubre se logra un aumento en el porcentaje con una cobertura del 96.66 %,



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En la gráfica se observa que para el año 2023, la calificación del convenio docencia servicio está en un promedio de 4.3, en el segundo semestre refleja un promedio de 4.10. para el primer semestre del año 2025 se mantiene con una calificación igual a la del segundo semestre del año 2023, sin embargo, para el segundo semestre del año 2024 se evidencia una disminución en la calificación, para mejoramiento de estos ítems se realiza la asignación de la terraza del piso 11 de la torre 1 y capacitaciones de actividades blandas con el personal para mejorar la comunicación y el manejo del personal en formación.

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% de Avance	Dificultades	Fecha Finalización	Conclusiones
1. Jornadas académicas institucionales 2. Seguimiento a los anexos técnicos de convenio docencia – servicio. 3. Asignación de espacio para actividades académicas de los estudiantes.	Realizar capacitación y socialización de temas relacionados con las necesidades de los servicios a todo el personal de la clínica. Verificación de capacidad instalada y contraprestaciones. Mejorar la encuesta de satisfacción de la práctica formativa.	96%	La adherencia de los perfiles diferentes a enfermería. El envío de los anexos técnicos por parte de las universidades. Proporcionar un espacio con medios logísticos para proyección de presentaciones digitales.	Continúa proyecto año 2025	1. Se evidencia que al realizar las jornadas académicas institucionales y no solamente para enfermería, se puede abarcar más población como médicos y tercerizados en fortalecimiento de las necesidades de los servicios y que las diferentes áreas de la clínica pueden dar a conocer las particularidades y el manejo correcto de sus programas. 2. La revisión de los anexos técnicos no solo permite permitió realizar la verificación de la capacidad instalada, también genero la oportunidad de abrir espacios para formación del personal de la clínica los cuales se programan en el año 2025. 3. Aunque se asigna y proporciona un espacio para que el personal en formación pueda

					realizar las actividades académicas con los docentes, aun así, se requiere un espacio en donde se cuente con medios audiovisuales.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Clínica Los Nogales cuenta desde el área de gestión del servicio proporciona acompañamiento y educación a los usuarios por medio de la realización de sesiones educativas en las salas de espera, estas están programadas en un cronograma de socialización, así mismo los anfitriones ubicados en los servicios de la clínica, educan a los usuarios diariamente en temas como:

- Derechos y deberes del paciente
- Rutas de evacuación
- Segregación de residuos

Dependiendo del servicio en el cual se encuentre el usuario, los anfitriones de servicio socializan los protocolos para el usuario y familia:

- En el servicio de Urgencias; se socializa el manejo de Triage orientando al usuario en la clasificación de este y los tiempos de espera según la clasificación del Triage.
- En el servicio de Hospitalización se socializa el protocolo de estancia hospitalaria en cuanto a horario de visitas, horario de acompañantes, el cumplimiento a el no consumo de alimentos dentro del servicio, el no realizar ingreso de flores, cobijas y/o almohadas.
- En el servicio de UCI, se socializa el protocolo para ingreso a la UCI, se realiza entrega de locker indicando el uso adecuado del mismo, el cumplimiento de no ingresar alimentos, chaquetas u objetos que puedan afectar la salud del usuario, indicando las normas de retiro de la UCI y dejar el locker disponible.
- En el servicio de consulta externa; se socializa la importancia del uso del asistente virtual Vivi y los beneficios que brinda el asistente virtual.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

La formación del talento humano se realiza desde el área de educación por medio de la inducción de normas básicas de rotación, carnetización y la inducción institucional con diferentes programas, se incluyen los siguientes temas:

Horario	Programa	Responsable
8:00 a.m.	Bienvenida Educación	Líder Educación
8:05 a.m. a 8:30 a.m.	Gestión del riesgo	Líder Gestión del Riesgo
8:30 a.m. a 8:55 a.m.	Control de Infecciones	Líder Control de Infecciones
8:55 a.m. a 9:20 a.m.	Estrategia Multimodal	Líder Estrategia Multimodal
9:20 a.m. a 9:45 a.m.	Accesos vasculares	Líder Accesos Vasculares
9:45 a.m. a 10:20 a.m.	Piel Sana	Líder Piel Sana
10:20 a.m. a 10:45 a.m.	Seguridad del paciente	Líder Seguridad del Paciente

Adicionalmente la lectura y evaluación del manual de buenas prácticas de enfermería, adicionalmente por las jornadas académicas institucionales mensuales y las capacitaciones que se realizan desde cada programa especial y los cursos realizados desde la plataforma Unitotal.

4.2. Evaluación del Clima Organizacional

Descripción de las actividades realizadas durante el año para fortalecer el clima organización y su impacto en el equipo de trabajo. Analizar la rotación de personal.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:

Estado PUMI EAE

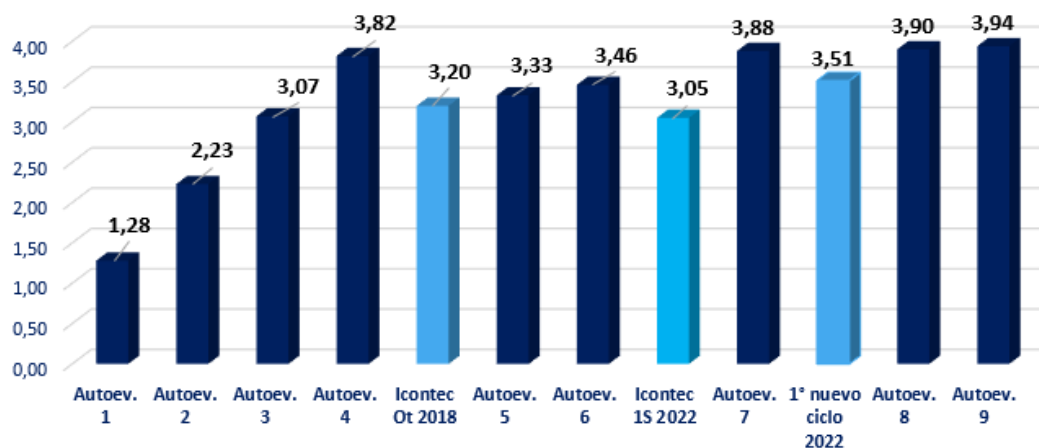


Fuente: Informe de Mejoramiento

5.2. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.

PACAS



Fuente: Calificaciones Nogales

6. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Desde el convenio de docencia servicio se evidencia la ventaja de fortalecer las fuentes de información; al generar la matriz relación y seguimiento estudiantes docencia servicio, se logra verificar la capacidad instala y fortalecer los servicios, para un mejor aprendizaje de los estudiantes.

- Mediante la realización de las jornadas institucionales, se aporta al conocimiento y la capacitación del talento humano en salud en las diferentes necesidades del cliente interno y externo fortaleciendo el compromiso institucional con la mejora continua y la calidad del servicio.
- Se logró una interacción activa y participación de la comunidad universitaria, en la elaboración de productos que fortalecen la socialización de temas de interés, según el servicio, demostrando la efectividad de estos procesos y estrategias de transparencia en la gestión institucional.
- Se logra dar continuidad del proceso de enseñanza - aprendizaje con las instituciones educativas, los procesos participativos y sistemáticos entre las necesidades institucionales, a través de actividades propositivas y educativas fundamentadas en procesos académicos, administrativos y la formación continua para la atención integral en cuidado.

7. PROYECTOS 2025

Para el año 2025 se plantea desde el área de educación:

- Alinear las estrategias del POA 2025 con todo el departamento de enfermería y trabajar de forma integrada con esta área con el fin de optimizar las necesidades.
- Fortalecer el rol en las 3 principales líneas de acción, desarrollar la caracterización en Almera.
- Estandarizar e implementar un programa de inducción institucional que facilite la integración del personal de enfermería a la Clínica los Nogales con el fin de realizar una mejora en el desempeño de los profesionales y una reducción del tiempo necesario para realizar la adecuada integración y alcance del desempeño óptimo necesario en la Clínica.
- Aumentar en al menos 10 puntos porcentuales, la satisfacción de los estudiantes en la experiencia del campo de practica en la clínica.
- Fortalecer la promoción y prevención mediante la educación a los usuarios en los servicios de especiales (Artritis, falla cardíaca, cardiología, oncología, egresos seguros, cirugía cardiovascular, Código Stroke, hospitalización, unidad de trasplante de progenitores hematopoyéticos, piel sana, infecciones, unidad del dolor, salas de cirugía, gastroenterología).



Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

OBJETIVO GENERAL

Llevar a cabo imágenes diagnósticas bajo un modelo confiable, oportuno, eficiente y eficaz, a través de la interacción entre un recurso humano idóneo y tecnología de punta para contribuir como apoyo diagnóstico y terapéutico para monitoreo y control de cada uno de los pacientes.

1. RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe de gestión de la unidad funcional de apoyo diagnóstico analiza el desempeño operativo, financiero y de calidad durante el periodo evaluado, destacando los logros alcanzados, los retos enfrentados y las áreas de mejora identificadas.

Resultados Claves:

- Volumen de servicio: se realizaron un total de 132.818 estudios de imágenes diagnósticas, distribuidas entre radiología, tomografía, resonancia, ecografía, medicina nuclear, PET/CT, unidad de mama, 2316 entre hemodinamia y electrofisiología, 4023 radiología intervencionista, con un incremento del 5.91% en resonancia magnética, 32,12% para tomografía computarizada, 139.88% para radiología intervencionista, 5,62% para la unidad de mama con respecto al año anterior.
- Indicadores de calidad: los resultados muestran una tasa de repetición de estudios en un 1,21%, cumpliendo con los estándares de calidad establecidos.
- Satisfacción del paciente: El 96.34% de los usuarios evaluaron positivamente el servicio, destacando la calidad diagnóstica y la atención del personal, aunque señalaron oportunidades de mejora en los tiempos de espera.
- Eficiencia operativa: los tiempos promedios de realización y entrega de estudios se ajustan los objetivos, logrando una ocupación promedios de los equipos del 60,15%
- Innovación tecnológica: Se implementaron nuevos equipos y herramientas digitales que mejoraron la precisión y la eficiencia, aunque se requiere capacitación adicional para el personal técnico.
- Esto indica que la unidad funcional de apoyo diagnóstico ha demostrado un desempeño sólido durante el periodo evaluado, destacándose por su compromiso con la calidad y la innovación, pero debe seguir trabajando en la mejora de la experiencia del paciente y la optimización del recurso.



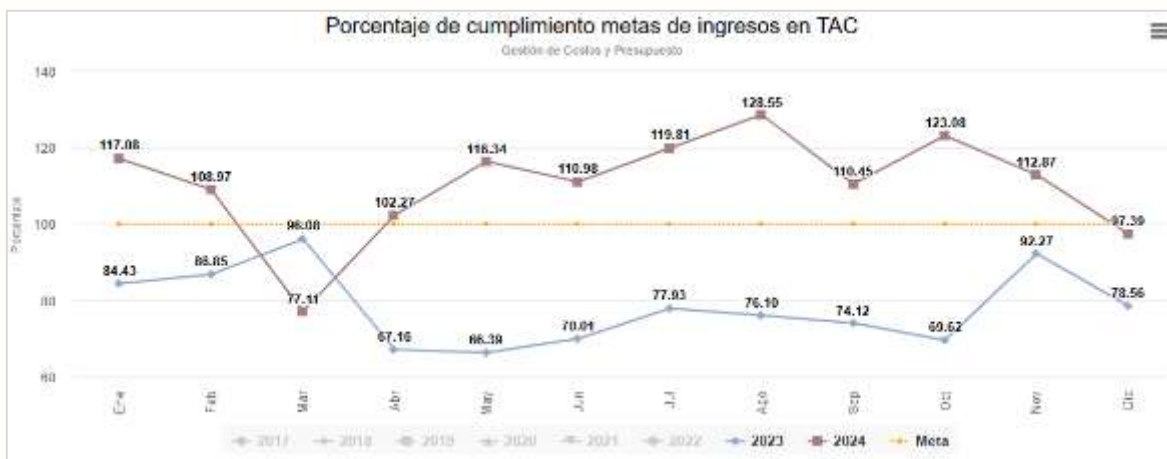
2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores Productividad:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Según el comportamiento de este indicador nos permite identificar que en el año 2024 tuvo un comportamiento positivo con lo propuesto Vs lo ejecutado teniendo así un promedio de la ejecución del 113.91% de la productividad, sin embargo cuando lo comparamos con el año anterior 2023 encontramos que el comportamiento fue del 108% y ende se ve un aumento del 5.91% para esto es importante resaltar que con el ajuste de protocolos, tiempos de agendamiento y la creación de una 3 agenda nos permitió suplir la inasistencia que se tenía en el servicio, aumentar la capacidad instalada y con esto la oportunidad y los tiempos de respuesta.



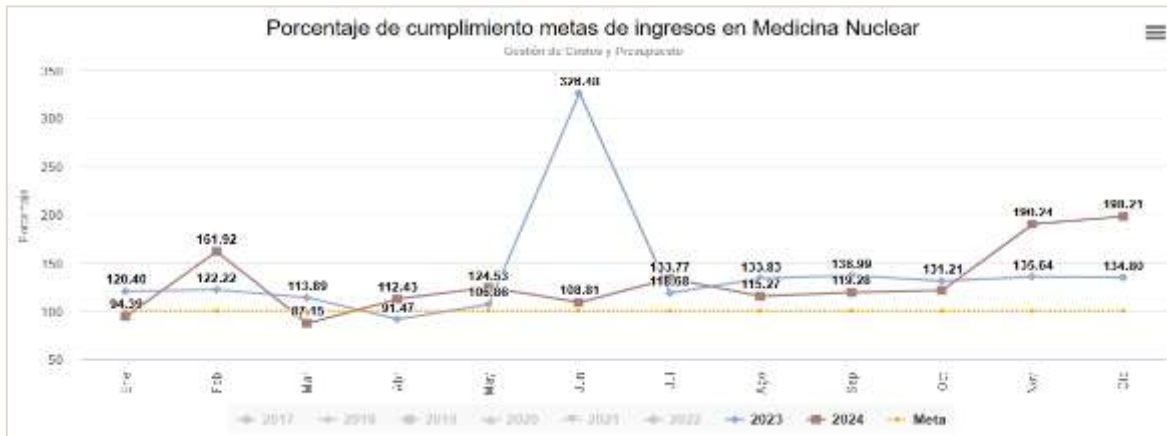
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador me permite ver el crecimiento exponencial que tuvo en el 2024 con respecto al 2023 puesto que para el año se dio la apertura del segundo TAC con el objetivo de simular los pacientes de radioterapia y así garantizar la oportunidad inmediata y garantizar los tiempos de simulación y tratamiento de una manera eficiente; adicionalmente con el funcionamiento del Tomógrafo 1 durante las 24 horas se amplió la capacidad instalada y con esto oportunidad de agendamiento en menos de 72 horas para los pacientes ambulatorio y para los pacientes hospitalizados en la mayor brevedad posible teniendo en cuenta las condiciones del paciente y los tiempos preparación. Para el año 2024 el comportamiento se dio en un 110,41% y si analizamos el 2023 llegamos a tener el comportamiento en un 78,29% con un crecimiento de 32,12%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador nos permite medir la productividad de los servicios de ecografías, telecomando, rayos X y para esto es importante mencionar que en el año 2023 el comportamiento fue del 114,16% y para el 2024 del 108,90% lo cual se tuvo una disminución en el 5,26%, sin embargo, la atención de los pacientes tanto en los ámbitos ambulatorios y hospitalarios no superaron las promesas de servicios y en cambio se dio la atención correspondiente, garantizando la eficiencia y la seguridad de los mismos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador muestra un cumplimiento de metas en el servicio de medicina nuclear, teniendo en cuenta que su desempeño es sobresaliente en ambos años evaluados, aunque con una ligera disminución del 2024 en comparación con el 2023.

2023: el porcentaje de cumplimiento fue del 139,37% lo que indica que se superaron ampliamente las metas establecidas, evidenciando un desempeño operativo y productivo excepcional.

2024: el porcentaje de cumplimiento fue del 130,62%, lo que también refleja un desempeño positivo, aunque con una disminución del 6,27% respecto al año anterior.

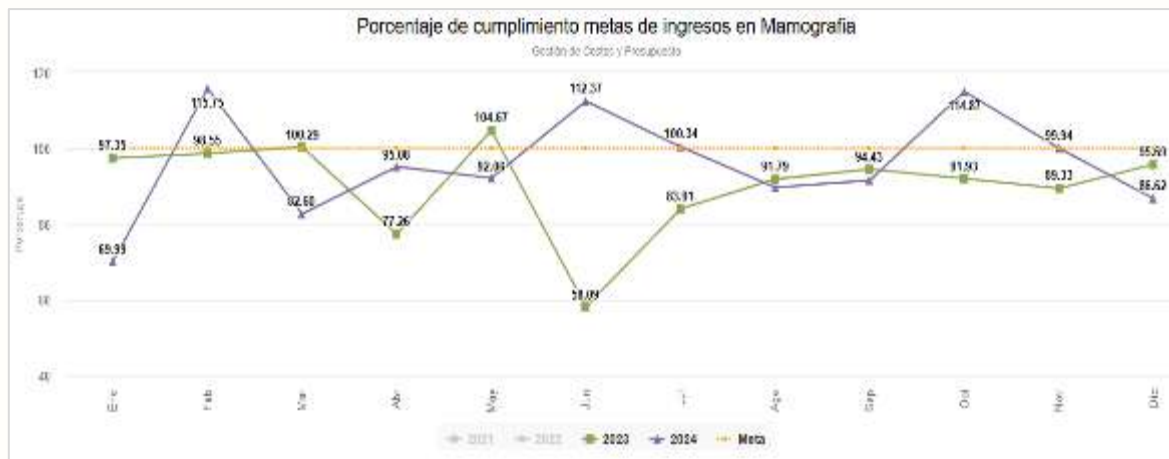
En ambos años los resultados superaron el 100% lo que se puede atribuir a factores como: alta demanda de servicios de medicina nuclear, incremento de la capacidad operativa y eficiencia en los procesos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El comportamiento del indicador de radiología intervencionista entre el 2023 y 2024 muestra una evolución significativa en el porcentaje de cumplimiento de las metas, pasando de un desempeño por debajo de lo esperado en el 2023 a un sobre cumplimiento destacado en el 2024.

Para el 2023 el porcentaje de cumplimiento fue del 71,84% esto define que no se alcanzaron las metas definidas por la baja demanda de procedimientos, mientras que para el 2024 el crecimiento fue significativo con un 139,88% representa una recuperación y mejora sustancial en el rendimiento de la capacidad operativa, optimizando los tiempos y aumentando la eficiencia.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador global del servicio de mamografía o unidad de mama muestra un desempeño sólido y una mejora progresiva en el cumplimiento de las metas entre el 2023 y 2024. Aunque el crecimiento es moderado, refleja un enfoque constante en la optimización del servicio.

Para el 2023 el porcentaje de cumplimiento fue del 90,27% el resultado está cerca de la meta, pero no alcanza el nivel esperado; mientras que para el 2024 el porcentaje de cumplimiento fue del 95,89%, se observa una mejora respecto al año anterior, logrando un aumento del 5,62%, lo que acerca al servicio al cumplimiento total de las metas definidas.

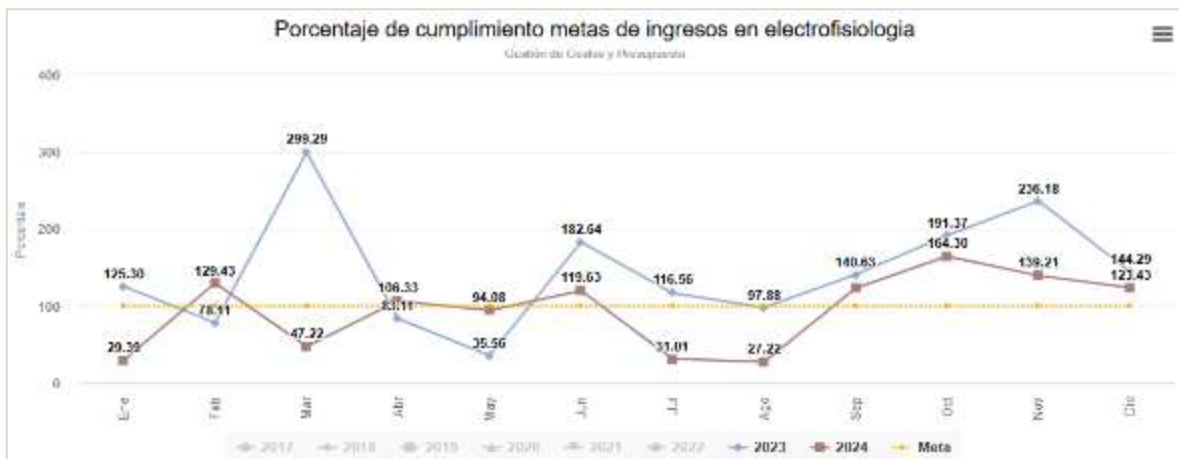
Los factores que nos ayudaron de manera correctiva a la eficiencia fue por mayor participación de pacientes gracias a las estrategias de difusión y sensibilización sobre la importancia de la mamografía y las campañas de tamizaje.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador de Hemodinamia muestra que entre el 2023 y 2024 su desempeño es positivo en ambos años, aunque con una reducción en el porcentaje de cumplimiento de metas en el 2024 respecto al año anterior, esto sugiere que, aunque el servicio sigue siendo eficiente, hubo desafíos que impactaron su rendimiento en el último año y se dio por la renovación tecnología y el cierre del servicio en este periodo de Julio y Agosto.

El porcentaje de cumplimiento es del 107,15% para el año 2023 y para el año 2024 del 94,80%, aunque el resultado muestra una disminución del 12,35% la demanda de procedimientos es alta, con tiempos de atención reducidos y mayor capacidad de respuesta



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el 2023 se da un cumplimiento que refleja un comportamiento excepcional de 144,24% debido a la alta demanda de procedimientos, optimización y flexibilidad operativas, sin embargo, para el 2024 aunque cumplimiento es positivo con un 94,50% se dio una

disminución del 49,74% por la renovación tecnológica y el cierre del servicio en este periodo de Julio y Agosto.

2.2 Avances de Proyectos en Curso

Nombre proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Servicio de PET/CT	Proporcionar imágenes médicas avanzadas que combinen la información metabólica y funcional (PET) con la información anatómica y estructural (CT), para apoyar el diagnóstico, la planificación de tratamiento y el monitoreo de diversas condiciones físicas	100%	Ninguno	Septiembre 2024	Dada la apertura de este servicio nos permite garantizar la oportunidad de definición a todos los pacientes oncológicos y No oncológicos y de esta manera se obtiene un flujo asistencial integral.
Negociación Medios de Contraste	Mejorar la calidad, seguridad, eficiencia, reducción de costos y sostenibilidad en los procedimientos diagnósticos por imágenes, como resonancia magnética, tomografía y estudios con rayos X	100%	Ninguno	Septiembre 2024	Dada la apertura de este servicio nos permite garantizar la oportunidad de definición a todos los pacientes oncológicos y No oncológicos y de esta manera se obtiene un flujo asistencial integral.
Tablero de mando que permita visualizar en tiempo real los flujos de atención en IMEX	Proporcionar una herramienta centralizada para monitorear, analizar y gestionar el desempeño operativo, clínico y administrativo de los servicios de apoyo diagnóstico; esto permite procesos,	100%	Ninguno	Febrero 2024	Se toman decisiones en tiempo real y se abordan los hallazgos para plan de mejora en el menor tiempo posible con cada uno de los actores del flujo asistencial

Nombre proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
	garantizar la calidad del servicio y tomar decisiones informadas en tiempo real.				
Renovación tecnológica del Angiografo	Garantizar la excelencia de la atención medica mediante la modernización de los equipos de angiografía, con el propósito de optimizar los proceso diagnósticos y terapéuticos, mejorar la precisión y seguridad de los procedimientos y satisfacer las crecientes demandas clínicas y tecnológicas del entorno de la salud	100%	Ninguna	Agosto 2024	Mejorar la calidad de las imágenes, incrementar la seguridad del paciente, optimizar los tiempos de los procedimientos, ampliar las capacidades diagnósticas y terapéuticas

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Para el año 2024 logramos mantener la satisfacción de los servicios en un 96.34% lo que indica que el comportamiento frente a la atención del paciente, calidez y humanización se brindó de acuerdo con las políticas institucionales que hoy tenemos establecido en el manual de protocolo de servicio; sin embargo, el 2023 tuvo un comportamiento en el 97.05% lo que indica que disminuimos 0.71%

Para lograr tener una adecuada satisfacción y experiencia en el paciente se ha trabajado.

- Capacitación del Personal
- Recepción Amable y eficiente
- Resolución rápida de dudas
- Optimización del agendamiento
- Gestión del flujo de pacientes
- Seguimiento en tiempo real
- Comunicación clara y efectiva
- Calidad en el servicio
- Sistema de retroalimentación
- Enfoque en la accesibilidad

El descenso presentado durante el mes de diciembre en la satisfacción del servicio obedece al cierre del servicio de medicina nuclear por una alerta sanitaria por parte de general eléctrico y esto afectó importante la operación y dinámica del área y adicionalmente se tuvo fallas en uno de los resonadores lo cual afectó los tiempos de atención.

Una de nuestras filosofías como servicio en institución es trabajar en el enfoque de satisfacción del usuario el cual se da de manera integral, abarcando desde el trato humanizado hasta la eficiencia tecnológica. Las acciones implementadas se basan en una evaluación constante de las necesidades del paciente y en la mejora continua de los procesos. Esto no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también fortalece la reputación y confianza hacia la institución.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Las estrategias de formación implementadas durante el año en la institución se alinean a los objetivos estratégicos de Clínica los Nogales, enfocados en fortalecer las competencias del personal, mejorar la calidad del servicio y garantizar el cumplimiento de estándares de seguridad y eficiencia.

Estrategias implementadas

- Capacitación en manejo de los equipos TAC, Resonancia Magnética, PET/CT, Medicina Nuclear, Ecografía.
- Actualización de protocolos de operación, normativas de seguridad y buenas prácticas clínicas.
- Mejoras en la calidad diagnóstica al garantizar que los profesionales operen los equipos de manera eficiente y precisa.
- Cumplimiento normativo en seguridad del paciente y estándares internacionales.
- Reuniones mensuales sobre comunicación efectiva, empatía y manejo de conflictos con pacientes.
- Refuerzos de reputación institucional con enfoque en la experiencia del paciente.
- Capacitación en el uso del sistema de información (HIS, RIS, PACS).
- Formación en herramientas digitales para la gestión de citas, resultados y flujo de trabajo).
- Optimización de los procesos operativos, reduciendo errores administrativos y tiempos de espera.
- Cursos extrainstitucionales sobre manejo de medios de contraste y optimización.
- Actividades de team building para fomentar la colaboración interdisciplinaria.

4.2. Evaluación del Clima Organizacional

A lo largo del año, se implementaron diversas iniciativas enfocadas en la mejora del clima organizacional, promover la cohesión entre los equipos y aumentar los niveles de satisfacción y motivación de los colaboradores. Estas acciones estuvieron orientadas a fomentar un entorno laboral positivo, productivo y alineado con los objetivos institucionales.

El resultado de clima organizacional para el servicio de imágenes diagnósticas cerró con una calificación de 72.19 lo que indica que se encuentra en una zona de pasión.



5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

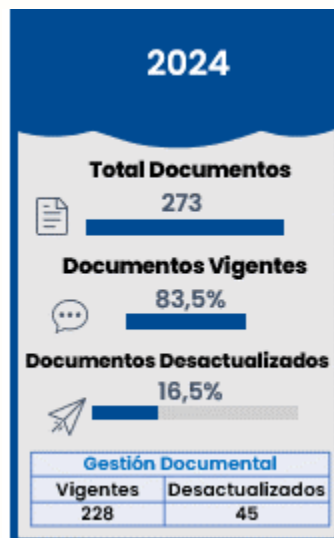
Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe de Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

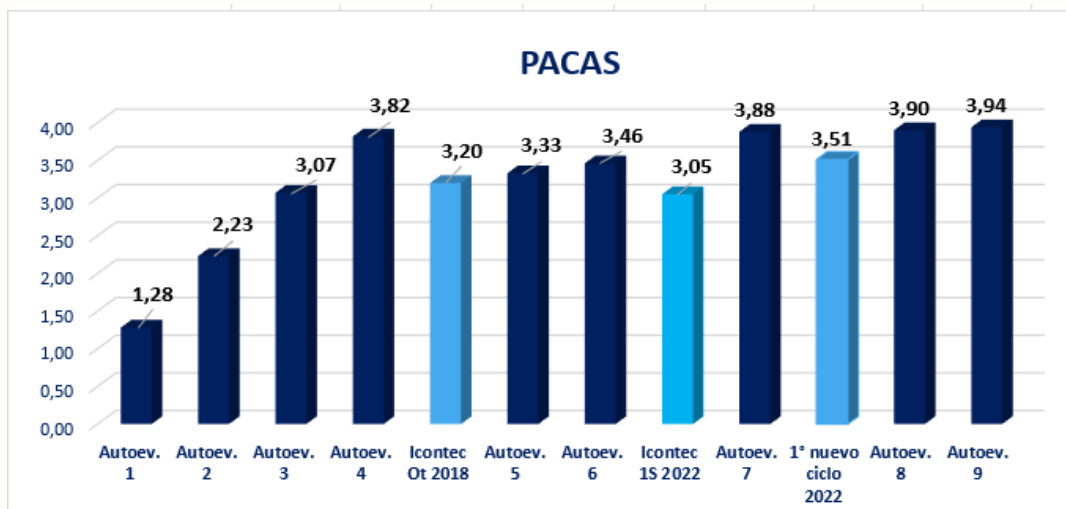
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024, de los servicios de Imágenes Diagnósticas. PET-CT y Medicina Nuclear.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024



POA 2024 Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

Código

2024-SPR-09.6

Vigencia

2024

Estado

Ejecución

Responsable

Coordinación de Apoyo Diagnóstico

Fecha inicio

2024-01-01

Fecha Fin

2024-12-30

Resumen cronogramas

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Seguimiento continuo y generacion de espacios agradables, reconociendo al trabajo con recompensas emocionales	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Seguimiento continuo a la pertinencia de estudios, correlacion diagnostica, evaluacion de pares, complicaciones de procedimientos y eventos adversos de las diferentes modalidades	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Asegurar a traves de encuestas de satisfaccion del usuario, la experiencia del servicio de apoyo diagnostico y Terapeutico	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Gestionar el cumplimiento de la oportunidad basada en el modelo asistencial	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Continuar realizando investigaciones, publicaciones y participando en actos academicos	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Crear un tablero de mando que me permita visualizar e tiempo real los flujos de atencion	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Negociacion de medios de contraste y consumibles y digitalizacion de todos los procesos	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Cumplimiento a las promesas de servicios trazadas en el modelo asistencial	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- **Eficiencia Operativa:** el servicio de apoyo diagnóstico cumplió con los objetivos establecidos en cuanto a volumen de estudios realizados y tiempos de respuesta, evidenciando una buena gestión operativa
- **Calidad diagnóstica:** los índices de repetición de estudios y auditoría de la calidad reflejan un estándar aceptable, pero se identifican oportunidades de mejora en la interpretación y producción de imágenes en algunos procedimientos.
- **Satisfacción del paciente:** las encuestas de satisfacción indican una percepción positiva sobre las atenciones recibidas, aunque se deben abordar aspectos relacionados con los tiempos de espera y comunicación del paciente.
- **Innovación tecnológica:** la implementación de nuevas tecnologías ha mejorado la precisión y eficiencia, pero requiere un mayor enfoque en la capacitación del personal para optimizar el uso.
- **Sostenibilidad financiera:** si bien la unidad es rentable en todas sus modalidades, es necesaria optimizar el uso de equipos para aumentar la rentabilidad.

Lecciones Aprendidas

- Importancia de la capacitación continua: un personal bien capacitado reduce errores técnicos y mejora la experiencia del paciente. Las inversiones en formación son fundamentales para mantener estándares de calidad.
- gestión del tiempo y recursos: la planificación adecuada de los turnos y el mantenimiento de equipos son esenciales para evitar retrasos y aumentar la productividad.
- Adaptación tecnológica: la actualización de los equipos debe ir acompañada de estrategias claras de implementación y entrenamiento para garantizar su óptimo aprovechamiento.
- Comunicación efectiva con los pacientes: mejora los canales de comunicación y de esta manera reduce los niveles de ansiedad y aumenta la satisfacción, especialmente cuando se trata de pacientes con diagnóstico y procedimientos complejos.

9. PROYECTOS 2025

- Inteligencia Artificial en resonancia magnética con el objetivo de disminuir los tiempos de adquisición de los protocolos y mejorar la calidad de la imagen y a su vez realizar la actualización del equipo ELAN, para así ganar capacidad instalada y garantizar oportunidad en el agendamiento y a su vez en la atención.
- Inicio de procedimientos bajo sedación en resonancia magnética.
- Renovación tecnológica en resonancia con el equipo # 1.
- Ajuste y adherencia a los protocolos de Tomografía en especial en estudios con medio de contraste con el objetivo de disminuir el costo, garantizando la calidad de la imagen.
- Avanzar en la exportación de servicios en la modalidad de PET/CT.
- Implementación del HIS al 100% entre Salud IPS e IMEX.
- Integrar el agendamiento entre IMEX, Salud IPS y DON DOCTOR.



Laboratorio Clínico y Patología

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la prevención y el diagnóstico preciso y oportuno, asegurando la calidad de los resultados.

1. RESUMEN EJECUTIVO

Los principales logros de los servicios de laboratorio clínico, Servicio de Gestión Pre-transfusional y laboratorio de patología fueron:

1.1. Laboratorio Clínico y servicio de gestión Pre-transfusional:

Implementación de Nuevas tecnologías: Se hace renovación de las nuevas tecnologías en las áreas de hematología, química clínica e inmunología, con una nueva plataforma de ABBOTT, desde el mes de noviembre entrando a producción en un 100%.

Se implementan nuevas técnicas como troponina ultrasensible, TSH ultrasensible, PCR ultrasensible, pro- BNP entre otras, mejorando la sensibilidad y especificidad de los analitos, con esto se mejora el tiempo de oportunidad en los servicios de Consulta externa con menos de un día para entrega de resultados.

Resultados críticos: meta de 30 minutos en hacer el reporte del resultado crítico, en el 2024 se cumple la meta de 95% y se llega al 99% de reportes de resultados críticos en menos de 30 minutos (ver indicadores).

- **Implementación AMS (autoverificación)**

En el mes de Diciembre 2024, se comenzó con la implementación de autovalidación en las áreas de química clínica, microbiología, hematología y coagulación; en estos momentos vamos en un 29% de autovalidación sobre el total de analitos del día laborado.

Esto nos permite optimizar el tiempo en resultados críticos que ameritan un análisis más minucioso. El objetivo es que la autovalidación llegue a un 90 % de los analitos procesados en el laboratorio.

- **Capacitaciones en las nuevas tecnologías y deficiencias técnicas en el laboratorio**

El laboratorio cuenta con 12 bacteriólogos (100%), de los cuales se capacitaron 11 en las nuevas plataformas tecnológicas, 1 de estos bacteriólogos estaba de licencia de maternidad, para tener una cobertura del 91% en la capacitación en las nuevas plataformas.



Se capacitó al 100% de los bacteriólogos en análisis de control de calidad externo (certificados).

- **Implementación de programas de reactivo vigilancia y POCT.**

Se reestructura el comité de Reactivo vigilancia, se nombra referente en secretaria de salud.

Se actualiza el programa, indicadores y los formatos donde se deben llevar las alertas sanitarias. Además, se socializa el programa de reactivo vigilancia y POCT en la feria del paciente.

Se reportan indicadores a tiempo al Invima de reactivo vigilancia y se hacen reportes al comité.

Se documentó e implemento el programa de POCT , se realizan rondas de seguridad, capacitaciones, se hace trazabilidad al manejo, reporte y seguimiento de controles externos e internos de los equipos POCT del laboratorio.

- **Optimización del uso de componentes sanguíneos como glóbulos rojos y plaquetas**

Se optimizó el uso de componentes sanguíneos, reflejándose en la disminución de incineración por causas como: vencimiento, manipulación, transporte y conservación inadecuada.

En el primer semestre de 2024 de 3.047 glóbulos rojos en stock se incineraron 6, esto equivale al 0.19% del total de glóbulos rojos por semestre que se pierden por causas como vencimiento, manipulación, transporte y conservación inadecuada, o en algunos casos porque el paciente fallece en el procedimiento de salas de cirugía o UCI.

En el segundo semestre del 2024 de 2.478 glóbulos rojos en stock se incineraron 3, esto equivale al 0.12%, para un total de glóbulos rojos incinerados de 9 unidades por los motivos reportados en los párrafos anteriores.

Con respecto a el componente sanguíneo de plaquetas en el 2023 se incineraron 83 unidades para total de 1.473 unidades, comparando con el 2024 se incineraron 4 cups con un total de 817 unidades total recibidas. En el año anterior 2023, se incineraron 287 unidades de componentes sanguíneos, porcentaje que equivale al 2,78% de un total de 10.288 unidades de componentes sanguíneos. En el año 2024 primer semestre se incineraron 125 componentes sanguíneos de un total de 5.136 lo que equivale al 2.43% del total de estos. En el segundo semestre se incineraron 5 componentes sanguíneos de un total 2.373 lo que equivale al 0.92%.



Se implementa control de calidad al 100% de las pruebas procesadas en el laboratorio clínico, haciendo el análisis de estos y enfocándonos en la calidad del servicio.

Se amplió portafolio de laboratorio clínico implementando nuevas pruebas mencionadas anteriormente.

Se optimiza uso de componentes sanguíneos impactando en la incineración por causas como vencimiento o conservación de estos.

1.2. Laboratorio de Patología

Implementación de nuevos marcadores en inmunohistoquímica.

Se articulan nuevos marcadores en inmunohistoquímica factor determinante en la oportunidad de entrega de resultados de patología y costo en el procesamiento. Los marcadores son:

NGALC1150	anti-CD30 (Ber-H2)
NGALC1203	ANTI-CHROMOGRANIN A (LK2H10) PAB
NGALC1051	ANTICUERPO BCL6
NGALC1015	ANTICUERPO P63
NGALC1038	ANTICUERPO TTF1
NGALC1161	Anti-Keratin, Pan (AE1/AE3 & PCK26) PAB
NGALC1192	CD71 (MRQ-48) PAB, CELL MARQUE
NGALC1152	CONFIRM anti-CD15 (MMA) PAB, IVD
NGALC1160	CONFIRM anti-CD20 (L26) PAB
NGALC1159	CONFIRM anti-CD3 (2GV6) Rabbit Monoclona
NGALC1156	CONFIRM anti-CD34 (QEnd/10) Primary Ant
NGALC1195	CONFIRM ANTI-CD68 (KP-1) PRIMARY ANTIBOD
NGALC1196	CONFIRM ANTI-ER (SP1)

Capacitación de todo el personal de citohistotecnólogos en la plataforma de roche para inmunohistoquímica.

Implementación de nueva documentación de procesos de calidad:

- LC-PT-015 Protocolo archivo de patología.

- LC-MA-013 Manual de toma, recepción, transporte, conservación, embalaje y remisión de muestras de laboratorio clínico y patología.
- LC-FO-063 Formato cadena de custodia de patología.
- LC-FO-099 Formato de prolongación de tiempo de reporte en el área de patología.
- LC-PR-023 Procedimiento para entrega de muestras de patología.
- LC-PR-027 Procedimiento para el manejo seguro del formaldehído en el laboratorio de patología-

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores Productividad:

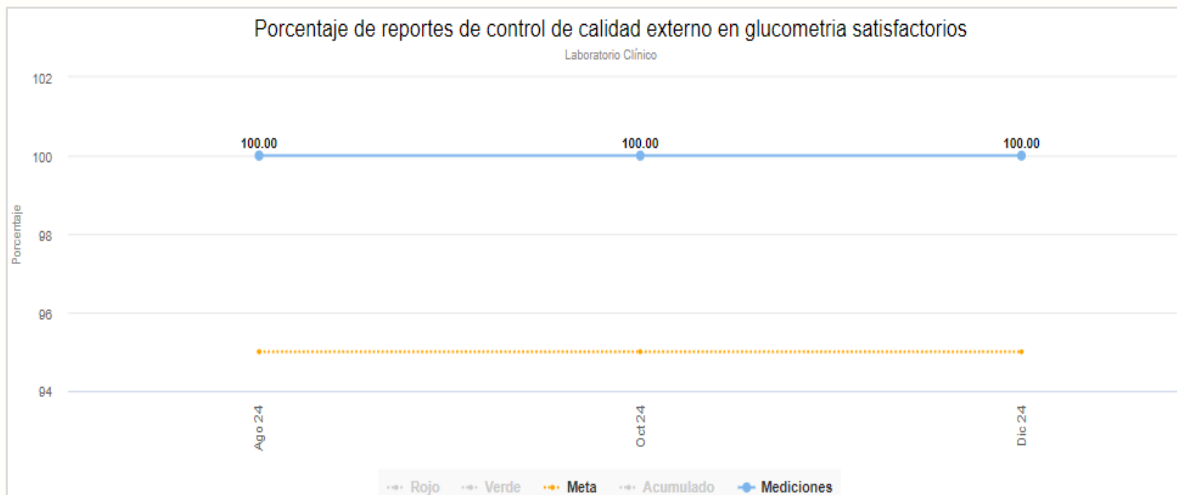


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Podemos observar que en comparación con el año anterior 2023 donde según los indicadores la respuesta a la oportunidad del servicio de laboratorio fue en un 98% dato cuestionable ya que solo se tiene dos datos reportados, a diferencia del año 2024 que el promedio de respuesta anual fue 93% teniendo todos los datos de los 12 meses reportado; podemos decir que la medición del año 2024 es más aterrizada a la realidad del proceso de laboratorio, aunque la meta es un 100% de oportunidad en la entrega de resultados sobre el 100% de todos los exámenes procesados, estamos trabajando en los procesos y la tecnología para alcanzar la meta.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La meta de este indicador es de 30 minutos entre la validación y el reporte al servicio, este indicador tiene en el año un promedio de 15.2 minutos de oportunidad, comportamiento optimo ya que cumple la meta estipulada y a través del año ha tenido un comportamiento aceptable y estable por debajo de la meta. Esta disminución ayuda al profesional médico a tomar una decisión más rápidamente. Por lo tanto; podemos decir que las razones por las que se presentó esta variación fueron: que se está capacitando a todo el personal sobre la importancia del reporte oportuno y retroalimentando al personal. Plan de mejora: Seguir apegándonos a los procesos del laboratorio de nogales.

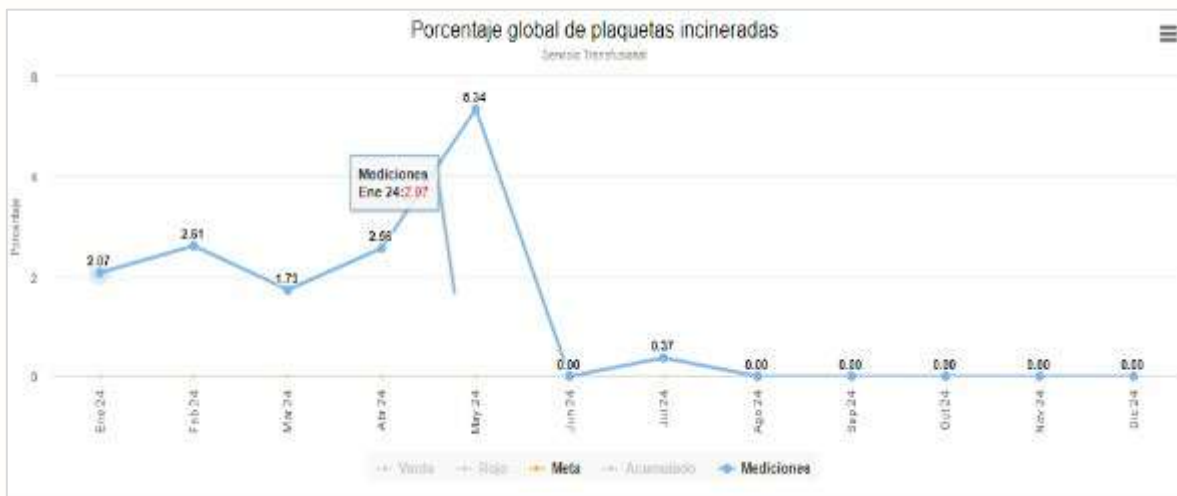
Es un indicador perteneciente a el programa de POCT, que nos da un indicio de cómo se está comportando el funcionamiento de los glucómetros.

Se tiene una Meta del 95 % en los reportes satisfactorios del total resultados reportados En los últimos tres meses el resultado del Indicador ha sido satisfactorio al 100%.

Se suben los resultados a la plataforma de sigma cada dos meses. Se realiza control externo de los glucómetros en uso de los servicios de la clínica para realizar un seguimiento prospectivo de ellos y poder avalar su uso en los pacientes. Nuestro programa de POCT inicia su implementación en el mes de agosto, por ende, no tenemos periodo anterior ni valores históricos para poder hacer una comparación y análisis de esto.

Con los resultados satisfactorios obtenidos durante el mes en mención no da cabida a ninguna variación o brecha entre los resultados obtenidos y la comparación, en este mismo orden de ideas se cierra la posibilidad a un análisis con relación a dichas variaciones.

Como acciones de mejora se realizará la implementación de capacitaciones al personal encargado del uso de los glucómetros en cada uno de los servicios para afianzar conocimientos, despejar dudas y poder seguir asegurando el excelente desempeño que se ha venido obteniendo durante el inicio de la implementación del programa.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En estos tres meses se evaluaron 15 glucómetros, para control externo de calidad de los cuales el 100% tuvo un excelente desempeño, lo que nos muestra retrospectivamente el buen comportamiento de estos; al hacer una relación del comportamiento del control de calidad interno frente al externo estos muestra una relación estrecha.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador solo se comenzó a medir desde el año 2024, este nos muestra un porcentaje de incineración de glóbulos rojos de 0,18% en todo el año frente al total de glóbulos rojos recibidos durante este, mostrando una variación favorable ya que la incineración por motivos de vencimiento y mal almacenamiento/transporte fue muy baja, aunque la meta para este indicador es cero.

Observamos en el indicador de incineración de plaquetas por motivos como vencimiento o transporte o conservación mejoró a partir del segundo semestre. Es de resaltar que el reporte en el sistema SIHEVI del año 2023 nos muestra un porcentaje de incineración más alto al del año 2024, como se muestra en los primeros ítems. Esto se debe por las políticas internas del laboratorio para evitar la pérdida de hemocomponentes, Políticas como:

Tener un stock adecuado para nuestra población, control de las transfusiones sanguíneas educando a los colaboradores médicos y enfermería en el uso adecuado de la indicación de transfusión, manejo, conservación y transporte de los componentes sanguíneos, protocolo adecuado de intercambio en red de los hemocomponentes, capacitación del personal. Por lo tanto; podemos decir que las razones por las que se presentó esta fue: estar en constante comunicación con la red de bancos y transfusión sanguínea, tener inventariado el stock de hemocomponentes y comunicación asertiva entre áreas de servicio y el servicio transfusional. Plan de mejora: seguir implementando la comunicación asertiva, y manejando el stock mínimo de este.

Análisis de Demanda de la Satisfacción de los Bancos de Sangre

Los bancos de sangre que tenemos como proveedores son los siguientes:

HUCSR: satisfacción de la demanda de un 84 % sobre el total de hemocomponentes sanguíneos solicitados en el de noviembre, satisfacción catalogada en verde, ya que a pesar

de que no es 100% cumple las necesidades del servicio y es complementaria a los demás bancos de sangre proveedores. Tiempo de respuesta a la solicitud por parte del banco de sangre HUCSR. El tiempo del banco de sangre hospital San Rafael fue de 4.11 horas tiempo que cumple a cabalidad con la oportunidad ofertada del banco al servicio de gestión transfusional que va de 4 a 6 horas en responder después la solicitud de componentes sanguíneos.

FUHECO: lo tenemos como banco de sangre principal, en el mes de noviembre este tuvo una satisfacción en la demanda de componentes sanguíneos solicitados de 77% quedando catalogado en color verde que nos indica una excelente satisfacción, teniendo el mismo comportamiento la CRUZ ROJA, siendo este un buen signo de abastecimiento a las necesidades del SGPT de la Clínica Los Nogales. Tiempo de respuesta a la solicitud por parte del banco de sangre FUHECO. El tiempo de oportunidad de este banco de sangre fue el más demorado en responder a pesar de ser uno de los que el porcentaje de satisfacción de la demanda es más alta. Se habla con el coordinador de despachos para agilizar las entregas que a pesar de que este está dentro del tiempo debería ser más ágil ya que es nuestro banco principal y esta demora podría perjudicar la respuesta a los servicios.

CRUZ ROJA: Satisfacción del 81%, a pesar de no ser el banco principal es nuestro segundo en la lista que puede perfectamente satisfacer las necesidades del SGPT y en menor tiempo que FUHECO, pero debemos tener presente el tipo de hemocomponentes que este suministra en menor tiempo para orientar los tipos y tiempos donde este es más ágil que nuestro banco principal. Tiempo de respuesta a la solicitud por parte del banco de sangre CRUZ ROJA. La CRUZ ROJA fue el banco proveedor con menos tiempo en demorarse en responder a las necesidades del servicio con un tiempo de 3:53.

HEMOLIFE: la satisfacción de este banco proveedor fue baja en comparación de las otras, el porcentaje de satisfacción fue de 73 %, catalogada satisfactorio color amarillo. todos estos porcentajes los tenemos en cuenta para poder complementarlos con los otros bancos para proveer el servicio. Tiempo de respuesta a la solicitud por parte del banco de sangre HEMOLIFE tiempo en responder 5:18 además de ser baja la satisfacción de la demanda es alto el tiempo de espera de los hemocomponentes. Esto se tiene presente para poder abastecer nuestro stock.

IDCBIS: Oportunidad de 73%, siendo diciembre un mes bastante difícil en la donación de sangre. En general para representar un mes con una captación de donantes bajas tuvimos una respuesta oportuna de los bancos de sangre.





Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La meta global sobre la administración de componentes sanguíneos es de 2 hora después de que llega al servicio Pre-transfusional la orden de transfusión o reserva.

Como vemos en la gráfica se observa una mejora en los tiempos de respuesta del año 2024 con un promedio de tiempo de 1.55 horas con respecto al año inmediatamente anterior (2023) que fue de 1.20 horas, esta mejora es de 35 minutos más rápida la respuesta en tener el componente sanguíneo listo para entregarlo al servicio. Por lo tanto; podemos decir que las razones por las que se está presentando este comportamiento en el indicador es por la adherencia a los procesos de calidad analítica en el servicio de gestión pre transfusional y por la constante capacitación y énfasis en lo importante que es la oportunidad de respuesta de este servicio. Plan de mejora: seguir la adherencia a los procesos de calidad analíticos.

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Cambio de tecnología del laboratorio clínico. Proveedor: Abbott (inmunoquímica y hematología)	Renovar toda la plataforma tecnológica del laboratorio clínico para mejorar las técnicas de procesamiento y oportunidad en el servicio.	100%	La conectividad entre plataformas de información	Octubre 2024	Se hizo renovación de equipos de laboratorio clínico con impacto positivo en los procesos.

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Cambio de tecnología en el área de microbiología Proveedor: Annar	Renovar el equipo de hemocultivos.	100%	La conectividad entre plataformas de información	Octubre 2024	Se hizo renovación de equipos del área de microbiología con un impacto positivo en los procesos.
Cambio de tecnología en el área de coagulación y gases arteriales. Proveedor: ANNAR	Renovar equipo de coagulación	50%	Administrativos del proveedor	Enero 2025	N/A
Implementación de AMS (AUTOVERIFICACIÓN) Proveedor: ABBOTT	Implementar AMS para la optimizar el tiempo de oportunidad en la validación de resultados.	100%	Ninguna	Diciembre 2024	Establecer AMS en el laboratorio es una herramienta fundamental para optimizar el tiempo de oportunidad de validación de los resultados.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Al hacer un análisis comparativo entre los años 2023 y 2024, observamos que el porcentaje de quejas hacia el servicio de laboratorio clínico, patología y SGPT por inconformidad o confiabilidad de los resultados, se ha mantenido por debajo de lo esperado que es un 0,5% con respecto a todo lo procesado y validado; este comportamiento es satisfactorio para los servicios ya que estamos trabajando de manera constante en la calidad de nuestros servicios, lo que refleja el indicador como tal.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

- Capacitación de los servicios en temas técnicos de cada área y habilidades blandas.
- Reuniones mensuales EPM, tocando temas de carácter técnico, diario y humano.

4.2. Evaluación del Clima Organizacional

- Se realizaron socializaciones y actividades mejorar la comunicación con el personal, mediante diálogos y críticas asertivas, buscando lo mejor de cada profesional.
- Patología: La rotación del personal fue del 27%, con una planta de 18 personas de Clínica los Nogales.
- Se presentaron 5 renuncias de personas por procesos disciplinarios que se ejecutaron, a partir de septiembre se tiene una planta de 18 personas sin movimientos.
- Laboratorio: La rotación del personal fue del 12 %, con una planta de 24 personas de Clínica los Nogales.
- Se presentaron 3 renuncias de personas por procesos disciplinarios que se ejecutaron, a partir de desde julio hasta octubre, a partir de este mes se tiene una planta de 24 personas sin movimientos.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:

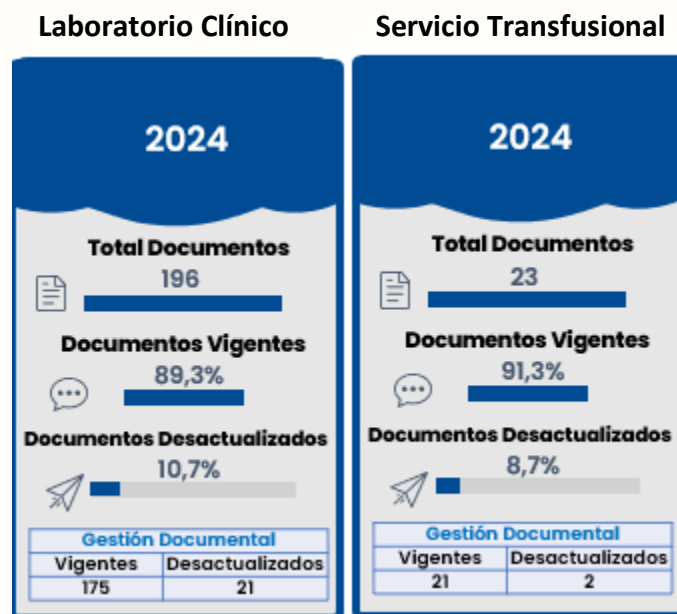




Fuente: Informe de Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

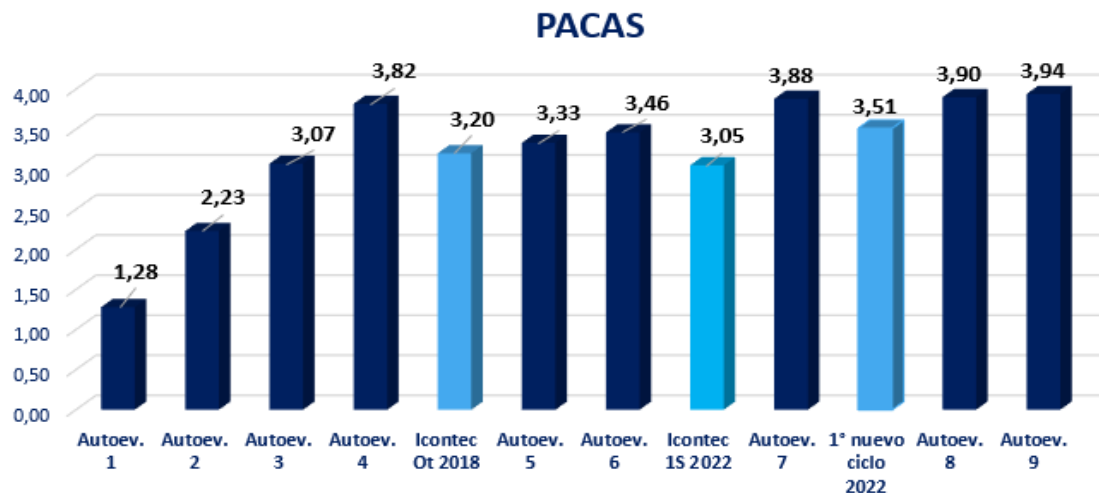
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a Diciembre 2024



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

5.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

		POA 2024 Laboratorio Clínico		Código: 2024-SIT-004 Vigencia: 2024 Estado: Ejecución	
Responsable: Coordinador de Laboratorio Clínico				Fecha Inicio: 2024-01-01 Fecha Fin: 2024-12-31	
Resumen cronograma					
Cronograma		Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Planear y ejecución del Programa Anual de Capacitación en Habilidades Blandas para los Equipos de trabajo del Servicio Laboratorio Clínico, Servicio Gestión Pre-transfusional y Servicio Patología		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Despliegue e implementación del Programa de Aseguramiento de la Calidad Analítica que da cobertura a todo el portafolio de servicios para el Servicio Laboratorio Clínico, Servicio Gestión Pre-transfusional y Servicio Patología		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Diseñar un canal de escucha activo para el Cliente Externo y Cliente Interno que permita la medición de satisfacción específica para el Servicio Laboratorio Clínico, Servicio Gestión Pre-transfusional y Servicio Patología		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Mediante la actualización de los Modelos de Atención Servicio Laboratorio Clínico, Servicio Gestión Pre-transfusional y Servicio Patología, dar cumplimiento a los promisos de oportunidad de entrega de resultados, según correspondo.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Planear y ejecutar el Plan de Educación Continua para los Equipos de trabajo del Servicio Laboratorio Clínico, Servicio Gestión Pre-transfusional y Servicio Patología, en el marco de la normativa Legal Vigente, según corresponde a cada servicio		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Implementar la máxima Automatización posible en el servicio de Patología		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Diseñar e Informes Automatizados a partir de los Sistemas de Información (Harris, Qbeito, Hoxaban que permitan una gestión más ágil de la información		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Optimizar los recursos de los Servicios Laboratorio Clínico, Gestión Pre-transfusional y Patología, a partir de un ahorro general del 20%.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Fortalecer el portafolio de servicios Laboratorio Clínico y Patología desde los análisis de costo-efectividad que permitan disminuir la contención con terceros		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL		100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- El laboratorio logró mantener estándares elevados en la sensibilidad, precisión, calidad y confiabilidad analítica de los resultados, con un índice de errores en la información clínica por debajo del 0,5%.
- La implementación de controles de calidad internos y externos permiten detectar y corregir de manera oportuna desviaciones en los procedimientos en un 99%.
- El desempeño de controles externos de calidad analítica de los POCT de glucometría en el primer trimestre de desempeño fue de un 100%.
- Se incrementó el volumen de pruebas procesadas en 71.585 más de lo presupuestado en el año, gracias a la optimización de los procesos de automatización y el fortalecimiento técnico los profesionales.
- El tiempo promedio de entrega de resultados se redujo en los servicios de consulta externa en 1 día promedio, servicios de UCI, hospitalización y urgencias a solo una hora promedio en exámenes de rutina. Mejorando la experiencia del paciente y la capacidad de respuesta de la clínica del profesional tratante.
- La integración tecnológica y la adopción de sistemas de información para la gestión de muestras y resultados fortaleció la trazabilidad y minimizo errores humanos, sin

embargo, se identificaron limitaciones en la interoperabilidad entre sistemas, lo que requiere ajustes para garantizar una mayor integración con otras áreas de atención.

- La capacitación del personal y los programas de formación continua permitieron fortalecer las competencias técnicas del equipo, mejorando la interpretación de pruebas y el manejo de equipos avanzados.

9. PROYECTOS 2025

Los tres servicios de laboratorio clínico, servicio de gestión transfusional y patología tiene como reto y/o proyectos para el 2025:

Laboratorio Clínico

- Tener una planta de colaboradores estable y con nivel técnico alto.
- Tener un desempeño en los controles externos e internos de calidad en más de un 98%, estimulando de esta manera los procesos de calidad analítica en los exámenes de laboratorio validados por nuestros colaboradores.
- Estandarizar todos los procesos formativos de las auxiliares de enfermería de laboratorio clínico, estimulando el saber diario.
- Renovar e implementar nuevas técnicas que nos permitan mejorar la oportunidad en la entrega de resultados en todos los servicios.

Servicio de Gestión Transfusional

- Tener personal para este servicio capacitado e idóneo para dar respuesta oportuna.
- Hacer renovación tecnológica de los equipos del servicio.
- Implementar más procesos y técnicas que nos permitan tener mejor respuesta en tiempo y calidad.
- Individualizar el servicio del laboratorio clínico a nivel de infraestructura.
- Estructurar el programa de hemovigilancia con un profesional médico, jefe de enfermería y líder de gestión Pre-transfusional y demás participantes.



Laboratorio de Patología

- Tener una planta de colaboradores estable y con nivel técnico alto.
- Tecnificar los procesos de patología como el marcaje de bloques y láminas.
- Implementar patología digital.
- Estandarizar todos los procesos formativos de las auxiliares de enfermería del laboratorio de patología, estimulando el saber diario.
- Renovar e implementar nuevas técnicas que nos permitan mejorar la oportunidad en la entrega de resultados en todos los servicios.

Nutrición

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una atención integral a través de la evaluación, intervención y seguimiento del estado nutricional de los pacientes, con el fin de contribuir al mejoramiento y recuperación del estado de salud y evitando la desnutrición durante la estancia hospitalaria a partir, de la coadyuvancia con los diferentes servicios médicos e integrando la nutrición como parte fundamental en los procesos de tratamiento y recuperación.

1. RESUMEN EJECUTIVO

El servicio de nutrición y soporte nutricional se divide en cuatro ámbitos de intervención, descritos a continuación:

- **Nutrición Clínica:** Desde este ámbito se realiza la detección de riesgo nutricional a través de tamizaje, intervención nutricional a través de interconsultas, valoraciones pre-trasplante UTPH, chequeos ejecutivos y todo lo que abarca la educación nutricional y alimentaria para pacientes de forma intrahospitalaria.
- **Consulta Ambulatoria:** Atención por consulta externa a pacientes de falla cardíaca, artritis reumatoide, oncología y plan complementario PAC. Interventoría a servicio de alimentos tercerizado y al suministro de dietas hospitalarias.
- **Soporte Nutricional:** Intervención nutricional a pacientes que requieren soporte enteral o parenteral a través de interconsultas, seguimiento diario y educación para pacientes que egresan con gastrostomías.
- Durante el año 2024 se presentaron novedades y retos en el servicio principalmente en cuanto al personal debido a que se presentó cambio de coordinación del servicio en el mes de abril, posteriormente en mayo y septiembre se presentó renuncia de las nutricionistas, por lo que en primera medida para estos meses se reorganizaron y priorizaron actividades relevantes en el servicio como son soporte nutricional e interconsultas, lo que desencadenó disminución en el cumplimiento de indicadores.

Una vez consolidado el equipo se consideran relevantes los siguientes logros y avances:

- Mantener Comunicación Efectiva tanto desde soporte nutricional, como desde nutrición clínica con las diferentes áreas que intervienen en el manejo del paciente: médicos hospitalarios, Intensivistas, Médicos Especialistas, Enfermería, Accesos Vasculares, Farmacia.



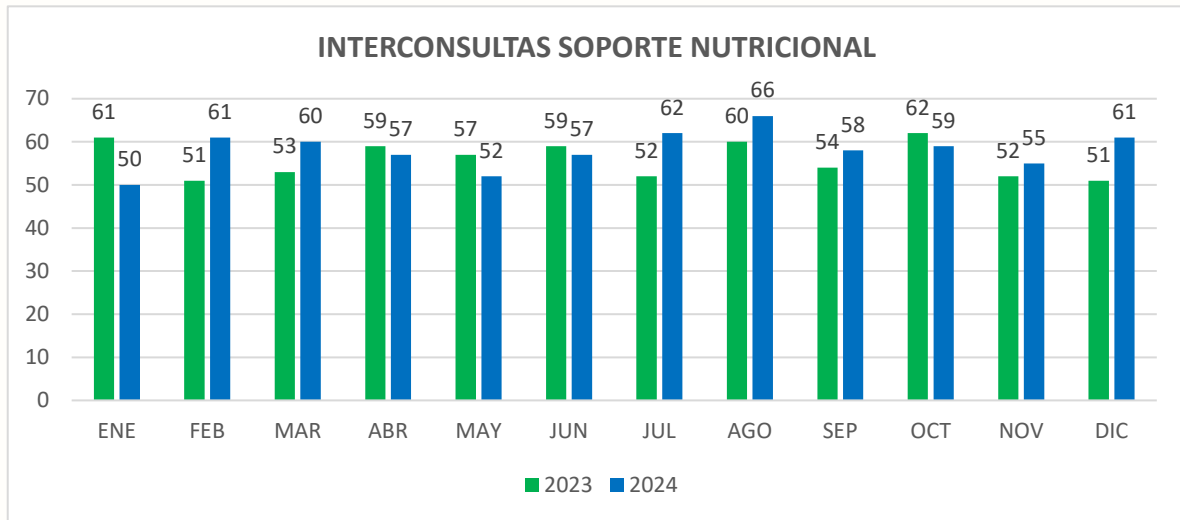
- Implementación desde julio del formato: NT-FO-019 Interventoría Suministro De Dietas, para realizar interventoría al servicio de alimentos, validando la calidad en el suministro de dietas donde se obtuvo un cumplimiento del 93%.
- Participación en el 100% de los EPM realizados entre abril y diciembre entre gestión ambiental, servicio tercerizado Sodexo y nutrición con el fin de realizar seguimiento al servicio y establecer acciones de mejora.
- Cumplimiento del 75% (desde abril a diciembre), de las visitas de interventoría al tercerizado Sodexo para aplicación de C-FO-001 Formato Acta De Inspección Vigilancia Y Control Higiénico Sanitaria A Servicio De Alimentos, en conjunto con ingeniería ambiental y los líderes de vigilancias: Epidemiológica, Comité Infecciones, Gestión del Riesgo, Seguridad del Paciente.
- Puesta al día del 100% de los indicadores de nutrición y soporte nutricional del año 2024 que se encontraban desactualizados.
- Incremento de 4% en el número de interconsultas atendidas de soporte nutricional para intervención de pacientes con indicación de nutrición enteral o parenteral.
- Educación y ajuste de dieta intrahospitalaria al 100% de los pacientes tamizados e intervenidos a través de interconsulta de nutrición clínica en hospitalización y unidades de cuidado intermedio e intensivo

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

Soporte Nutricional

La terapia nutricional especializada está a cargo de la coordinación de nutrición y de un médico con entrenamiento en soporte nutricional, teniendo como objetivo brindar una terapia nutricional de calidad, segura y eficiente a pacientes adultos hospitalizados con indicación de una vía de alimentación alterna por vía enteral o parenteral.





Fuente: Coordinación de nutrición

En cuanto al número de interconsultas para atención por soporte nutricional en el año 2023 fueron solicitadas 671 interconsultas y para el año 2024 fueron solicitadas 698 interconsultas evidenciando un crecimiento de 4% en el número de solicitudes. Una vez recibidas las solicitudes, se realiza la valoración nutricional con el fin de definir la pertinencia de inicio de manejo y el tipo de nutrición (enteral o parenteral) de la cual se beneficia el paciente.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2024, una vez realizadas las valoraciones por soporte nutricional se encontró que entre un 5 y 15% de las interconsultas no fueron pertinentes para inicio de soporte nutricional enteral o parenteral, por motivos como: paciente con inestabilidad

hemodinámica, paciente en inicio de protocolo de extubación, paciente con limitación del esfuerzo terapéutico o paciente con mejoría clínica que permite el inicio de alimentación vía oral. Este dato no es comparable con el año 2023, ya que se encontraron datos de inicio de soporte nutricional en el 100% de los pacientes.

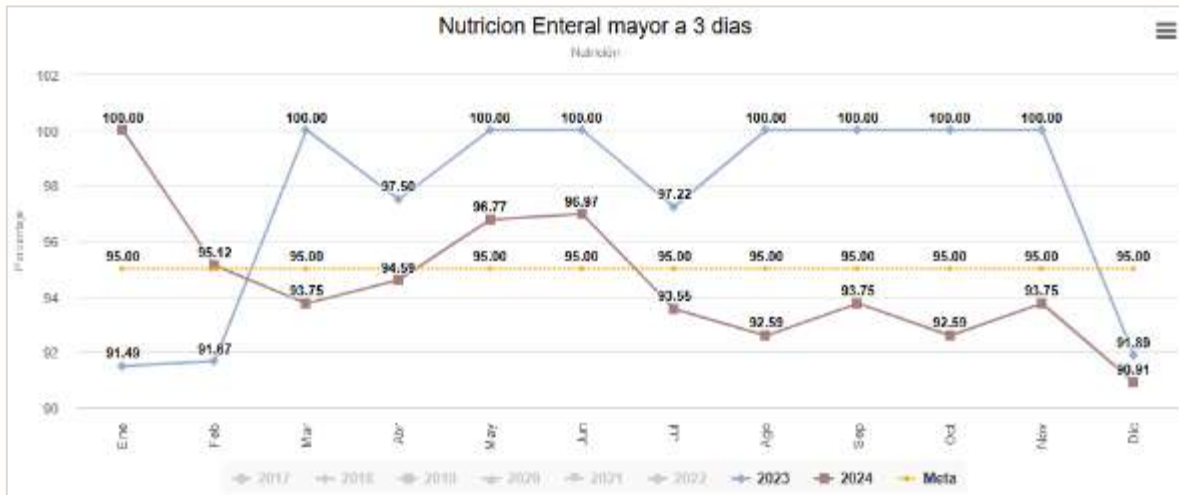
De acuerdo con la valoración del diagnóstico nutricional se encontró para el año 2024, 47% de pacientes con algún grado de desnutrición, 23% de pacientes con sobrepeso u obesidad y 30% de pacientes eutróficos. Comparativamente con el año 2023 se encontró: pacientes con desnutrición al 60% paciente en sobrepeso y obesidad 27% y pacientes eutróficos 13%.

En cuanto al tipo de soporte nutricional instaurado se encontró para el año 2024 de los 591 pacientes a los que se inició soporte nutricional el 66% (389 pacientes) fue nutrición enteral a través de sonda gástrica (naso, oro o gastrostomía) y 34% (202 pacientes) soporte parenteral a través de catéter venoso central. Estos resultados son comparable con lo evidenciado en el año 2023 donde el total de manejos con terapia nutricional especializada fue de 685 pacientes, de los cuales 449 recibieron nutrición enteral lo que corresponde al 65% y para nutrición parenteral total a través de catéter venoso central 236 pacientes que corresponde el 34 %.

Se observa que durante los años 2023 y 2024, la nutrición enteral predominó sobre la nutrición parenteral, esto se considera un indicador de calidad en la atención de los grupos de soporte nutricional ya que la gran mayoría de los pacientes pueden utilizar parcial o totalmente el tracto gastrointestinal como primera opción de intervención (nutrición enteral o nutrición mixta), el uso de la nutrición enteral ofrece beneficios metabólicos, inmunológicos para el paciente y económicos para la institución.

Al 100% de los pacientes intervenidos con soporte nutricional enteral o parenteral, se les realizó monitoreo diario: metabólico, bioquímico y nutricional mediante la revista de soporte metabólico y nutricional y el registro en la Historia Clínica, durante el tiempo de manejo de cada paciente.





Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En relación con el tiempo de duración del soporte nutricional enteral para el año 2024 se encontró entre 1 a 2 pacientes mensuales los cuales presentaron una duración de manejo menor a 3 días generalmente por extubación temprana, este valor se ve representado en un porcentaje de cumplimiento promedio del 95%; en cuanto al promedio de duración de la nutrición enteral fue de 15 días. Por lo regular, las nutriciones enterales más prolongadas, son aquellas que requieren la implementación de vía enteral definitiva como gastrostomía.

Durante el año 2023 el promedio de duración de la nutrición enteral en los pacientes intervenidos fue de 9 días.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2024 el 100% de los pacientes a los que se dio manejo con nutrición parenteral tuvieron una duración mayor de 3 días, con un promedio total de duración de 14 días. Por lo general, las nutriciones parenterales más prolongadas son las que se realizan en contexto de repleción nutricional que tiene una duración de 10 a 14 días o las implementadas con pacientes de cirugías mayores a nivel de tracto gastrointestinal. Comparativamente con el año 2023 el promedio de duración de soporte nutricional parenteral fue de 10 días.



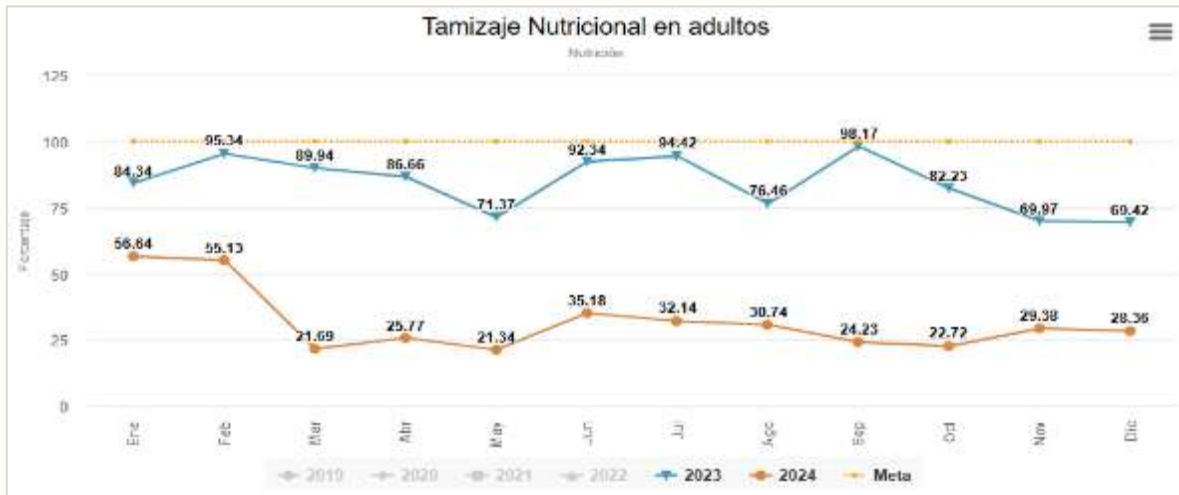
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante los años 2023 y 2024 no se presentaron eventos por broncoaspiración, durante el año 2024, se ha contado con el apoyo de enfermería para realizar listas de chequeo de seguimiento de soporte nutricional con el fin de minimizar la presencia de eventos de seguridad del paciente.

Nutrición Clínica

Tamizaje Nutricional en Adultos

En el servicio de nutrición se realiza tamizaje nutricional aplicando la herramienta de Tamización De Riesgo Malnutrición Mst (Malnutrition Screening Tool), dentro de las 24 horas siguientes a la admisión de la hospitalización, con el fin de identificar el riesgo nutricional de los pacientes evidenciado mediante la evaluación de 2 variables (Pérdida de apetito y Pérdida involuntaria de peso).



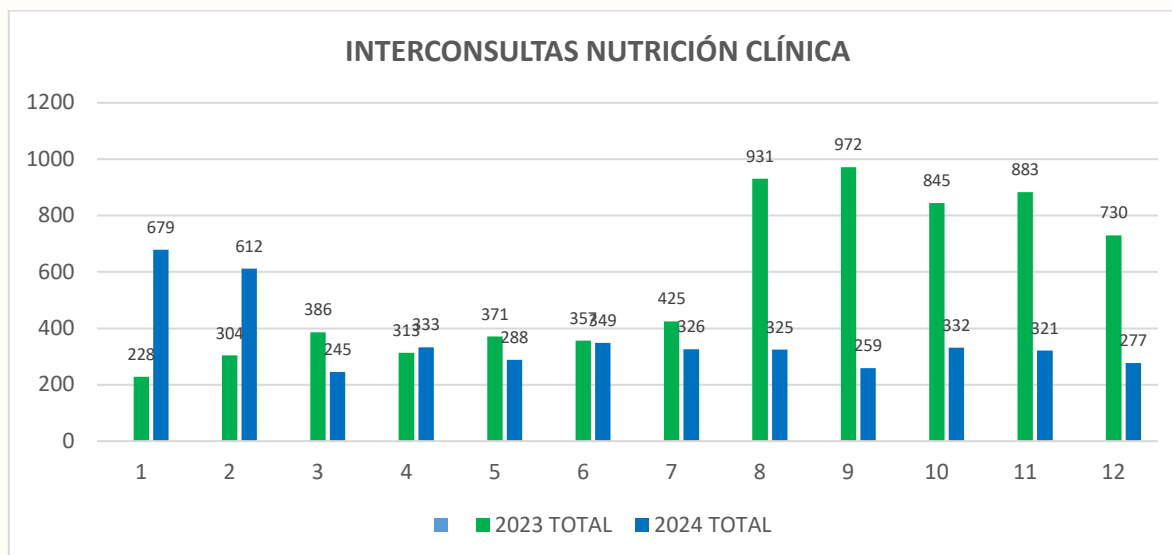
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La meta del indicador planteado es realizar tamizaje nutricional al 100% de los pacientes que ingresan a hospitalización. En el año 2024 se realizó un total de 3174 tamizajes nutricionales con un promedio mensual de 262 tamizajes; se aclara que en los meses marzo, mayo y septiembre se presentó renuncia de nutricionistas en el servicio, por lo tanto, al realizar la priorización de funciones en el servicio se disminuyó el número de tamizajes realizados.

Al realizar el comparativo con el año 2023, se encuentra que para ese año se realizó un total 7531 tamizajes nutricionales, con un promedio mensual de 628 tamizajes, cabe aclarar que en ese año, se contaba en la institución con 3 nutricionistas asumiendo las funciones de nutrición clínica (tamizajes, interconsultas, consulta externa) y en el año 2024, solo se contó con 2 nutricionistas realizando las funciones de nutrición clínica, adicionalmente en los meses en los que se presentaron novedades con el personal solo se contó con una nutricionista realizando estas funciones.

En cuanto al porcentaje de cumplimiento del indicador en el año 2023 se presentó un promedio de cumplimiento del 84%, mientras que para el año 2024 el promedio de cumplimiento fue del 32%, es importante aclarar que en primera medida en 2023 se realizaron mayor número de tamizajes por disponibilidad de personal nutricionista, y adicionalmente en el año 2024 se presentó un incremento del 30% en los ingresos; por lo tanto, la proporción de ingresos vs número de tamizajes realizados fue mayor en el año 2023.

Con respecto al nivel de riesgo identificado en el año 2024 se encontraron: en riesgo alto el 16% de los pacientes tamizados, riesgo medio 27% de los pacientes tamizados y riesgo bajo el 56% de los pacientes tamizados.



Fuente: Coordinación de nutrición

AÑO	UBICACIÓN	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JUL	AG O	SE P	OC T	NO V	DIC
2023	HOSPITALIZACIÓN	178	202	249	208	234	224	316	810	875	745	766	643
	UCI'S	50	102	137	105	137	133	109	121	97	100	117	87
2024	HOSPITALIZACIÓN	584	541	183	249	194	256	245	234	186	234	227	193
	UCI'S	95	71	62	84	94	93	81	91	73	98	94	84

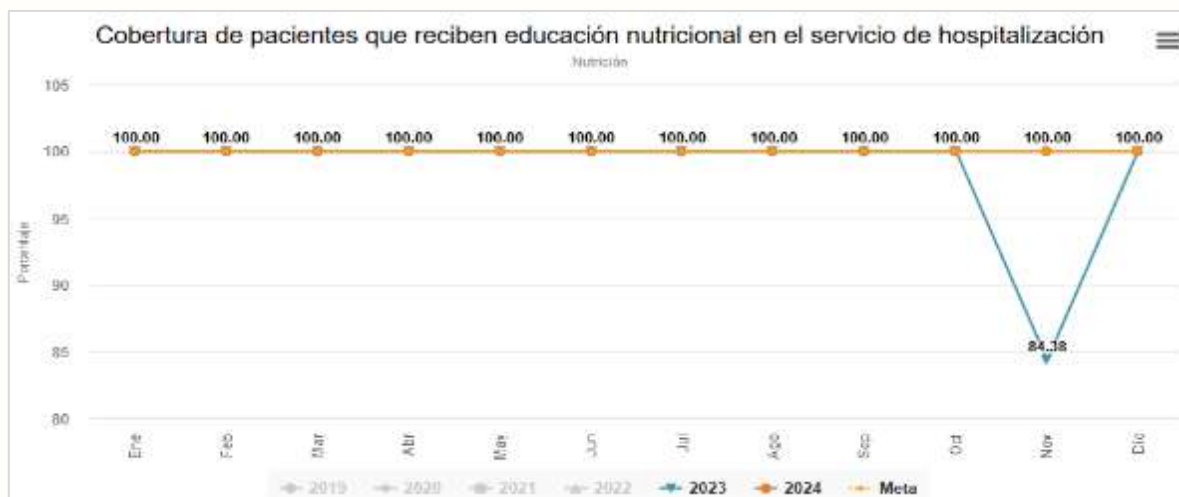
Fuente: Coordinación de nutrición

El servicio de nutrición clínica durante el año 2024 realizó intervención nutricional a 4346 pacientes, el 76% correspondiente a 3326 pacientes se realizaron en hospitalización y el 24% correspondiente a 1020 pacientes en las unidades de cuidado intermedio e intensivo.

En el año 2023 se realizaron 6745 intervenciones, el 81% correspondiente a 5450 pacientes se realizaron en hospitalización y el 19% correspondiente a 1295 pacientes en las unidades de cuidado intermedio e intensivo. La proporción de número de pacientes valorados en hospitalización y las unidades de cuidado intensivo e intermedio es muy similar para los dos años.

En el año 2024 se evidencia una disminución del 16% del total de interconsultas realizadas por nutrición clínica lo cual se atribuye a 2 causas; primero, durante el año 2023 el equipo de nutrición clínica era de 3 nutricionistas y en año 2024 el equipo fue de 2 nutricionistas, por lo tanto, se priorizaron actividades y consulta externa y se disminuyó el número de atenciones por interconsulta. Adicionalmente, por las novedades de personal presentadas en los meses marzo, mayo y septiembre también influyó en la disminución de número de interconsultas atendidas. Sin embargo, al hacer la proporción de número de interconsultas realizadas por nutricionista al mes en el año 2023 fue de 187 y en el 2024 fue de 181, comportándose los dos años con un promedio similar de atenciones por nutricionista.

En cuanto a los diagnósticos nutricionales encontrados el año 2024 se encontró un 38% de pacientes con desnutrición, 32% pacientes eutróficos y 30 de pacientes en sobrepeso u obesidad. En 2023 se identificaron 32% pacientes con desnutrición, 35% pacientes eutróficos y 33% pacientes con sobrepeso u obesidad, siendo muy similares los porcentajes de acuerdo con el diagnóstico nutricional.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

A la totalidad de pacientes valorados desde el servicio de nutrición se les realiza intervención a través de la educación alimentaria con el objetivo de favorecer hábitos de alimentación y vida saludable y mejorar calidad de vida. Esta educación se realiza con ayuda de material educativo de tal manera que incentive e impacte en mejorar su estado nutricional y disminuir el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Adicionalmente, a los pacientes que egresan con vía definitiva de alimentación a través de gastrostomía, también se les realiza educación para manejo de nutrición en casa, durante el año 2024, se realizó educación a 80 pacientes, durante el año 2023, esta educación se realizó a 117 pacientes.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El número de consultas de nutrición no oncológica realizadas en el año 2024 fue de 2296, al revisarlo comparativamente con el número de consultas realizadas en 2023 que fue de 3953, se evidencia una disminución significativa con el año anterior, principalmente relacionado con las novedades de personal presentadas en marzo, mayo y septiembre, debido a que en estos meses se dio prioridad a la atención intrahospitalaria y se cerró la disponibilidad para agendamiento de consulta de artritis, falla cardíaca y plan complementario.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En la consulta de nutrición oncológica en el año 2024 fueron atendidos 1583 pacientes, en cuanto a diagnóstico nutricional se encontraron 623 pacientes correspondientes al 39% presentaron desnutrición, 441 pacientes correspondiente al 28% normalidad y 519 pacientes correspondientes al 33% sobrepeso u obesidad.

Durante el año 2023 se atendieron 1724 pacientes, 679 pacientes con desnutrición corresponde al 39%, 490 pacientes (28 %) se encuentran en estado nutricional eutrófico y 555 pacientes (32 %) están en sobrepeso u obesidad, la proporción en cuanto al diagnóstico nutricional fue igual en los 2 años.

Para el año 2024 se presentó una disminución del 8% en el número de pacientes atendidos, relacionado con las novedades en personal presentadas en el servicio.

El programa de nutrición oncológica está a cargo de una nutricionista, quien realiza valoración nutricional completa, individualización de las recomendaciones y plan nutricionales, así mismo genera orden de control periódico para realizar seguimiento del estado nutricional.

Se continúa realizando valoración nutricional a todo paciente en post operatorio de cirugía gastrointestinal, colon y recto; dando cumplimiento a lo establecido por el indicador de cuenta de alto costo de oncología.

Adicionalmente se realiza participación desde nutrición, en educación nutricional a los pacientes que inician tratamiento de quimioterapia, con el fin de reforzar hábitos de alimentación y aclarar mitos acerca de nutrición y cáncer. Para esta actividad se cuenta con material educativo con folletos los cuales se encuentran en ALMERA respectivamente codificados. También se tuvo participación en las actividades programadas en el mes octubre por la celebración del Día Internacional de lucha contra el Cáncer de Mama.

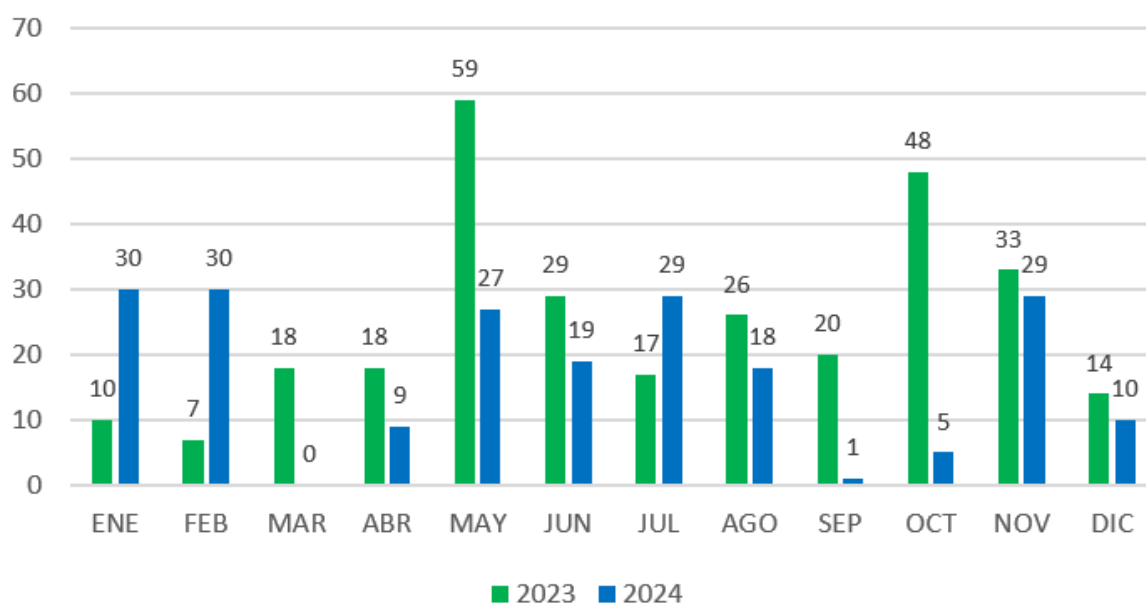


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2024 se valoraron 61 pacientes, con respecto al año 2023 se presentó una disminución importante ya que se atendieron 211 pacientes; con respecto a los diagnósticos nutricionales para 2024 se encontró 18% de pacientes en algún grado de desnutrición, 51% de pacientes en sobrepeso u obesidad y 31% de pacientes en normalidad. Para el año 2023 la distribución fue así: el 11% se encuentran en algún grado de desnutrición, 44 % se encuentran en estado nutricional eutrófico y un 46% de los pacientes están en sobrepeso y obesidad.

Para el año 2024 en su mayoría se atendieron pacientes adultos con interés de cambio de hábitos y adecuación de estilos de vida saludable; en esta consulta se realiza valoración nutricional, educación y se entrega plan de alimentación de acuerdo con las necesidades de cada paciente.

CONSULTA NUTRICIÓN FALLA CARDIACA



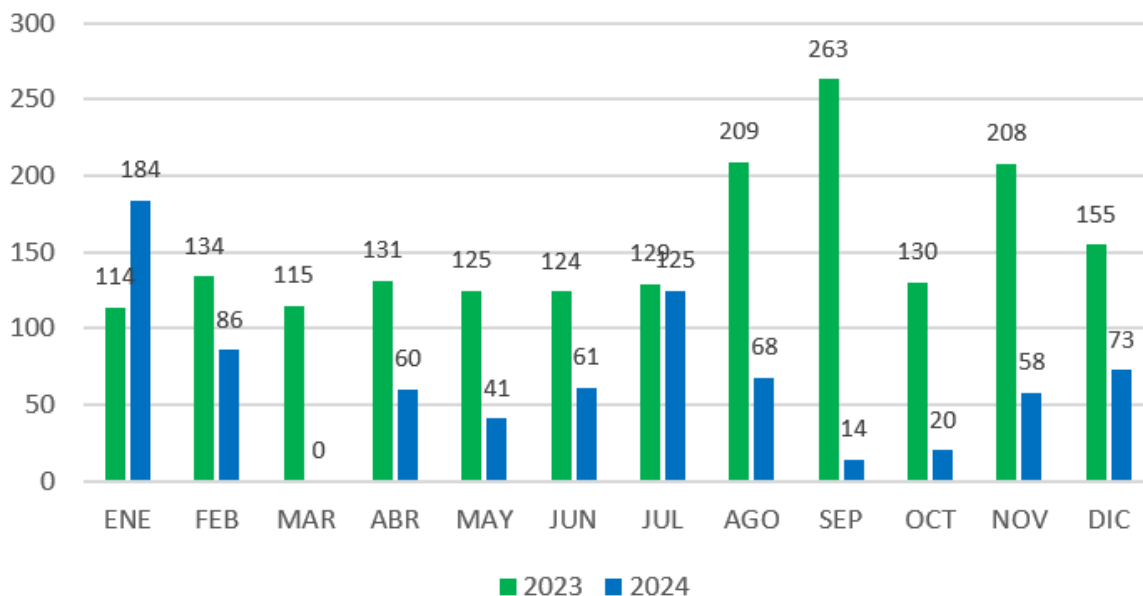
Fuente: Coordinación de nutrición

Durante el año 2024 se valoraron 207 pacientes, con respecto al año 2023 se presentó disminución ya que fueron atendidos 299 pacientes; con respecto a los diagnósticos nutricionales estos fueron los porcentajes: el 29 % se encuentran en algún grado de desnutrición, 37 % se encuentran en estado nutricional eutrófico y un 34% de los pacientes están en sobrepeso y obesidad; encontrándose porcentajes muy similares en los dos años.

A los paciente atendidos por el servicio de nutrición del programa de falla cardíaca se les realizó intervención nutricional incluyendo valoración nutricional, entrega de recomendaciones nutricionales individualizadas, haciendo énfasis en cambio de hábitos

de alimentación, importancia de porciones adecuadas, disminución en el consumo de grasa saturadas, aumento en el consumo de fibra, omega 3 y 6 y adecuada ingesta de proteína de alto valor biológico para mantener la masa muscular y evitar depleción de la misma.

CONSULTA NUTRICIÓN ARTRITIS



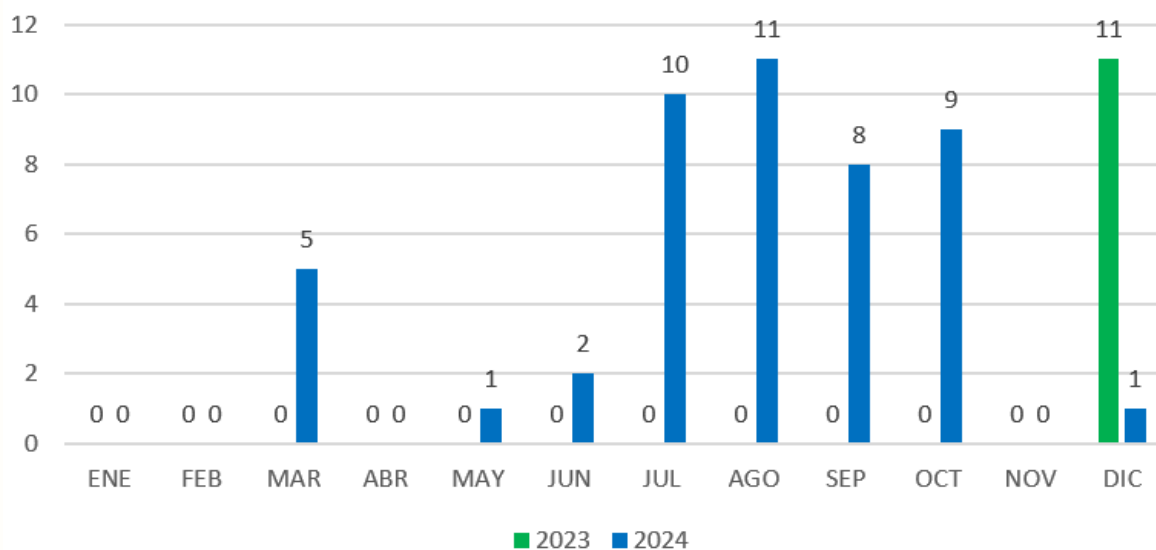
Fuente: Coordinación de nutrición

Durante el año 2024 se valoraron 790 pacientes, con respecto al año 2023 se presentó una disminución significativa teniendo en cuenta las novedades de personal presentadas en el servicio comparativamente con el número de pacientes atendidos en 2023 que fueron 1837; en relación con los diagnósticos nutricionales se mantuvieron los porcentajes muy similares en los dos años así: el 13 al 15% se encuentran en algún grado de desnutrición, 37 al 38% se encuentran en estado nutricional de normalidad y un 48 al 50% de los pacientes están en sobrepeso y obesidad grado I, II o III.

A los pacientes valorados por nutrición en el programa de artritis reumatoide identificados con algún grado de sobrepeso u obesidad se realiza intervención fortaleciendo con educación alimentaria y nutricional enfocada en cambios de hábitos de alimentación saludable, importancia de porciones adecuadas, en especial de carbohidratos, se enfatiza en la importancia de consumir proteína de alto valor biológico para mantener la masa muscular y evitar depleción de la misma; así mismo la importancia de aumentar consumo de frutas y verduras, y evitar consumo de alimentos altos en grasas saturadas, productos procesados y ultra procesados, y alto consumo de carbohidratos simples.

Los pacientes con diagnóstico nutricional eutrófico se ajustan los hábitos alimentarios y se les motiva a continuar con los objetivos planteados; en cuanto a los pacientes que se encuentran en desnutrición, en cada control se refuerza la importancia de los requerimientos nutricionales de acuerdo con la condición de cada paciente, se replantean las metas nutricionales y se ajusta el plan a seguir. Es de gran importancia reforzar e intensificar los controles a los pacientes en desnutrición para evitar mayor deterioro de su diagnóstico o su patología de base.

VALORACIÓN NUTRICIÓN CHEQUEOS EJECUTIVOS



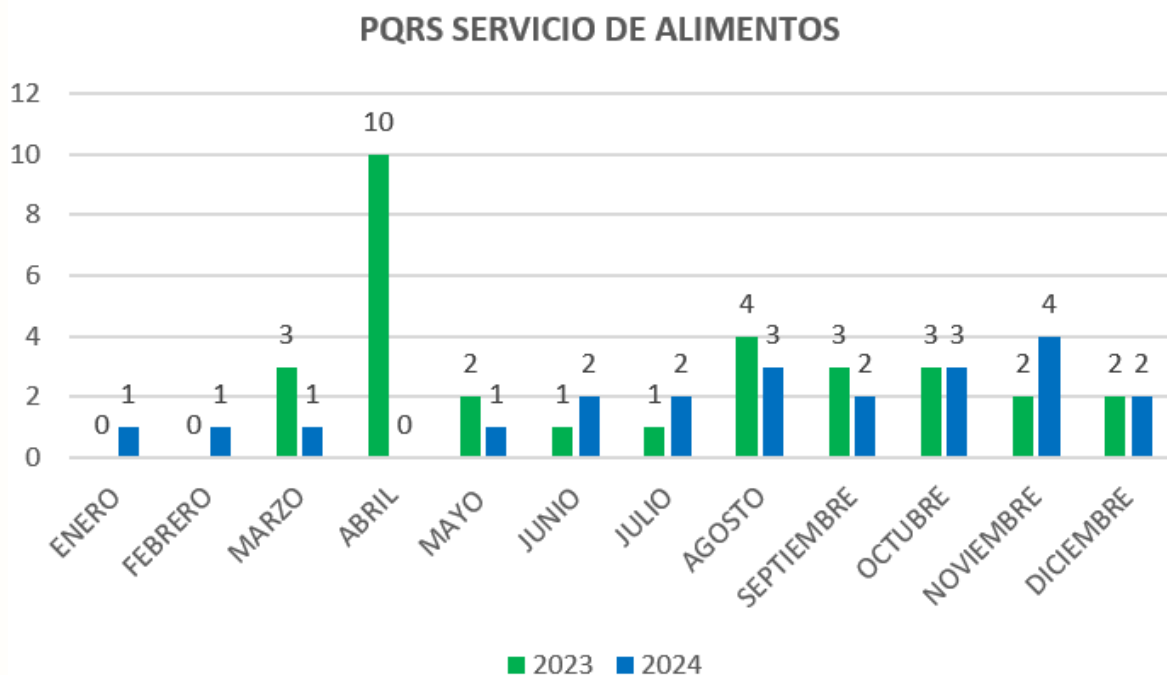
Fuente: Coordinación de nutrición

Durante el año 2024 se realizaron 47 chequeos ejecutivos, a estos pacientes se les realiza valoración e intervención a partir de educación nutricional en cuanto a cambio de hábitos y adecuación de estilos de vida saludable y se entrega plan de alimentación de acuerdo con las necesidades de cada paciente, para el año 2023 no se cuenta con datos de realización de chequeos ejecutivos.

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Fortalecer la adherencia a los protocolos de Nutrición Clínica y Soporte Nutricional	Divulgar los protocolos de Nutrición Clínica y Soporte Nutricional para procesos adecuados en cuanto a: *Prescripción de dietas *Seguimiento de pacientes con soporte nutricional	70%	No reconocimiento de área de nutrición clínica como parte fundamental en la atención del paciente en la clínica	Diciembre 2024	Se requiere dar continuidad permanente a los procesos de capacitación de forma que estén alienados los procesos entre las diferentes especialidades y Nutrición Clínica y Soporte Nutricional
Sistema Digital para la prescripción de dietas	Disminución de la huella de carbono de papel cero implementando la prescripción y solicitud de dietas a través de sistema digital	20%	Alineación del sistema de la historia clínica con sistema anexo para prescripción y manejo de dietas	En curso	Se requiere la implementación de sistema digital que minimice los errores en la prescripción y optimice los tiempos del proceso

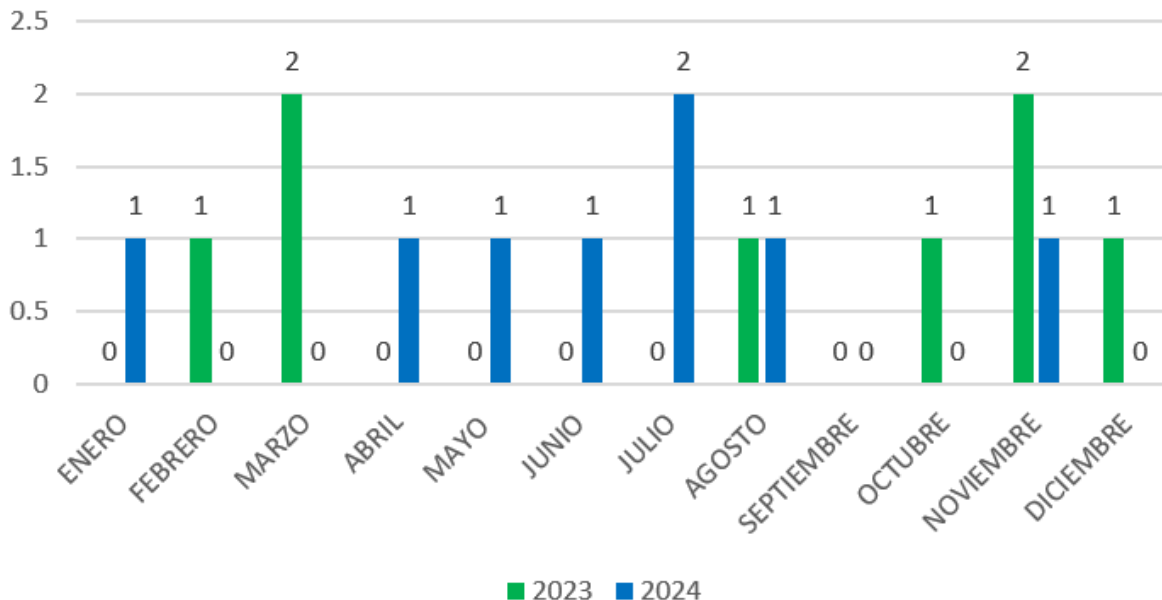
3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Coordinación de nutrición

De acuerdo con las inconformidades recibidas relacionadas con la atención por parte del servicio de alimentos, una vez recibida la inconformidad, se remite la información al tercerizado desde donde se realiza la indagación directamente con el paciente o persona afectada y se ofrece la solución o acción de mejora sobre la inconformidad con el fin de evitar la reiteración de los sucesos.

PQRS NUTRICIÓN CLÍNICA



Fuente: Coordinación de nutrición

Así mismo, desde el área de nutrición clínica se realiza la retroalimentación de las PQRD en el EPM y se establecen las oportunidades y acciones de mejora. Para el año 2023 se presentaron en total 25 quejas y en el año 2024 20 quejas con una disminución del 20%.

En relación con las PQRD relacionadas con Nutrición Clínica una vez recibidas las inconformidades se realiza la trazabilidad de la inconformidad presentada y se realiza la indagación pertinente con el paciente con el fin de dar respuesta oportuna. Este tipo de PQRD, se han relacionado con el proceso de prescripción dietaría en la cual también interviene el área de enfermería.

Tanto en el año 2023 como en el 2024, se presentaron 8 quejas relacionadas con el proceso de nutrición clínica. Desde el servicio se trabajó inicialmente en la actualización y divulgación del documento NT-MA-004 Manual De Solicitud Y Suministro De Dietas A Pacientes Hospitalizados, y se tiene proyectado igualmente la actualización y divulgación del Manual de Dietas Hospitalario; con el fin de minimizar los errores en este proceso.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

Teniendo en cuenta la consolidación de un nuevo equipo de nutrición las estrategias de formación se enfocaron en la socialización de los protocolos del servicio de nutrición y soporte nutricional.

Adicionalmente se realizaron las actividades programadas en el plan de capacitación anual:

- Protocolo de evaluación hospitalaria del estado nutricional con el equipo de nutrición.
- Manejo nutricional enteral y parenteral en jornada de enfermería de agosto.

4.2 Evaluación del Clima Organizacional

- Desde la evaluación del clima organizacional es de conocimiento que el Servicio de Nutrición y Soporte Nutricional presento cambio de coordinación en abril de 2024 y adicionalmente se presentó renuncia de las 2 nutricionistas en mayo y septiembre 2024.
- Una vez consolidado el nuevo equipo de nutrición se han realizado las siguientes actividades con el fin de favorecer el trabajo en equipo:
- Asignación equilibrada de actividades en el ámbito intrahospitalario.
- Rotación mensual de las especialidades de consulta externa.
- Gestión de situaciones que puedan incomodar el trabajo en el día a día
- Colaboración entre el equipo de trabajo.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:

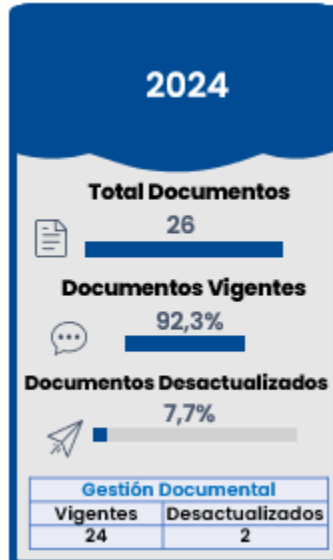




Fuente: Informe de Mejoramiento

5.1 Sistema de Gestión Documental

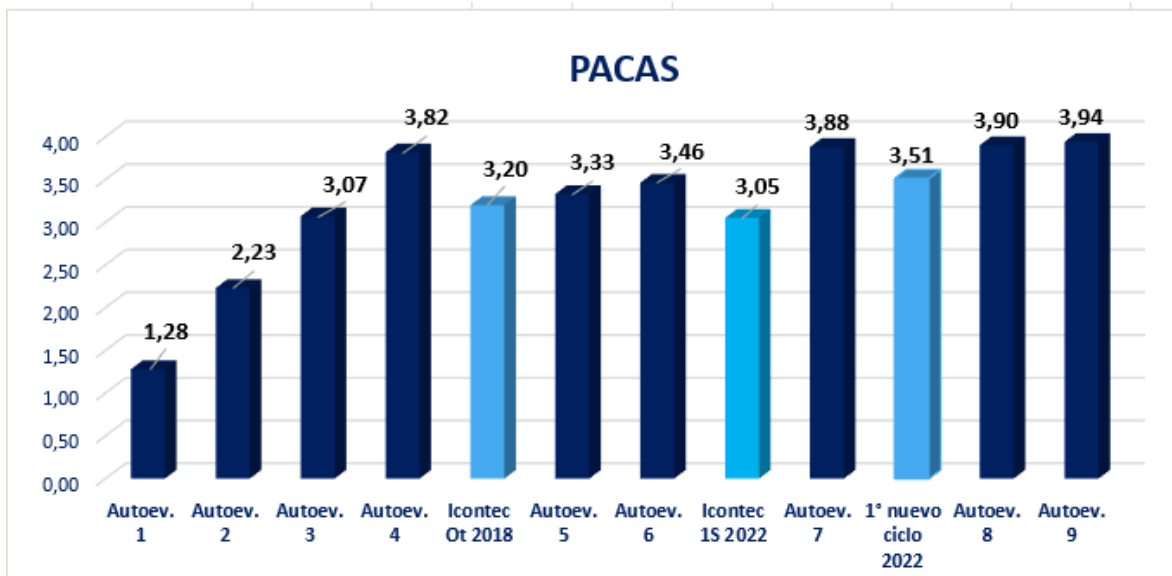
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.2 Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

 Los Nogales	POA 2024 Nutrición	Código2024-SPB-29.1 Vigencia2024 EstadoEjecución		
Responsable: Coordinación de Nutrición		Fecha inicio2024-01-01 Fecha fin2024-12-31		
Resumen cronograma:				
Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Completitud
Hacer la atención integral enfocada en los pacientes, su seguridad y la experiencia de cuidado dentro de su ruta de atención de nutrición (LUGARBU A 1).	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Realizar tamizaje nutricional durante el año 2024, aplicando la herramienta de TAMIZAJE DE RIESGO MALNUTRICIÓN HST (malnutrition screening tool), dentro de las 24 horas siguientes a la admisión de la hospitalización dando cumplimiento a la promesa de servicio (MI PRIORIDAD ES MI PACIENTE).	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Validar los menús a ofrecer a los pacientes, hospitalaria (menaje) que se debe ofrecer a pacientes y familia, asegurando confort e incentivando la ingesta de alimentos a nivel hospitalario impactando en el estado nutricional de nuestros pacientes. (TU EXPERIENCIA, NUESTRO COMPROMISO)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Fortalecer la importancia en la prescripción de la dieta intrahospitalaria como orden médica dada por parte de médicos hospitalarios y especialistas. (MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Recibir capacitación en diferentes temas que fortalezcan competencias propias del área (GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO)	93,8% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	93,8%
Disminución de la huella de carbono de papel como implementando la solicitud de dieta a través de SharePoint y optimizando tiempos. (ECOGESTIÓN DIGITAL)	75,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	75,0%
Optimizar los recursos de la institución a través de una formación pertinente de la terapia nutricional especializada y suplementación vía oral (OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Contar con el recurso humano que se requiere para el servicio de nutrición, para dar cumplimiento a los indicadores establecidos y teniendo en cuenta la experiencia adquirida (340 personas (RECURSOS HUMANOS NUTRICIÓN))	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	90,25% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	90,25%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Para el año 2024 se presentó disminución en el número de atenciones realizadas relacionado con los cambios y novedades de personal presentados, lo cual requirió el reajuste y priorización de actividades: sin embargo, es importante destacar que se han realizado cambios en el servicio con el fin de conformar un equipo de trabajo que sea reconocido y se involucre de manera participativa en los procesos de la clínica.

El objetivo del servicio de nutrición y soporte nutricional hoy en día se basa en mantener una comunicación Efectiva tanto desde soporte nutricional, como desde nutrición clínica con las diferentes áreas que intervienen en el manejo del paciente: médicos hospitalarios, Intensivistas, Médicos Especialistas, Enfermería, Accesos Vasculares, Farmacia, con el fin de brindar una adecuada atención.

A su vez se pretende que sea reconocida la importancia de la atención nutricional dentro del manejo integral del paciente por parte de las diferentes especialidades y que así mismo se pueda realizar intervención oportuna.

9. PROYECTOS 2025

- Actualizar los protocolos de atención del servicio de Nutrición Clínica y proporcionar al equipo capacitación y formación para mejorar las habilidades y conocimientos.
- Establecer relaciones con facultades de Nutrición y Dietética con el fin de realizar convenios de docencia servicio que permitan tener apoyo en la recolección de información y en el desarrollo de investigación y publicaciones científicas.
- implementación de un sistema para la prescripción y solicitud de dietas digital.
- Verificar y actualizar el manual de dietas y ciclos de menú con el fin de responder de manera efectiva a las necesidades de los pacientes.
- Apoyar la renovación de equipos del servicio de alimentación con el fin de responder de manera efectiva a la satisfacción de los pacientes en términos de alimentación.
- Ampliar portafolio de fórmulas de nutrición enteral y complementación vía oral con el fin de mejorar el costo- beneficio.
- Implementar indicadores clínicos y de evolución nutricional: Deuda Calórica, Cumplimiento de meta nutricional, DNT intrahospitalaria.
- Involucrar al servicio de Nutrición Clínica y soporte nutricional en especialidades de alta demanda nutricional (Oncología, Colon y recto, Cirugía gastrointestinal, Cirugía de Cabeza y Cuello).
- Mejorar la satisfacción de los pacientes en articulación con el servicio de experiencia al cliente.
- Cumplir al 100% el indicador de tamizaje nutricional en articulación con médicos hospitalarios y/o enfermería.

Terapia y Rehabilitación

OBJETIVO GENERAL

Brindar el adecuado tratamiento interdisciplinario a los pacientes de manejo intrahospitalario (Hospitalizados), para mejorar su calidad de vida, por medio de la independencia funcional y fortaleciendo la posibilidad de recuperarse contribuyendo a la adaptación familiar y social.

1. RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe de gestión de la unidad funcional de Terapia y Rehabilitación analiza el desempeño operativo, financiero y de calidad durante el periodo evaluado, destacando los logros alcanzados, los retos enfrentados y las áreas de mejora identificadas.

Resultados Claves:

- **Volumen de servicio:** Para el año 2024 Terapia y Rehabilitación realizó un total de 82.762 atenciones de las especialidades (terapia física, terapia respiratoria, fonoaudiología, rehabilitación cardíaca y rehabilitación pulmonar). En cuanto a Terapia física el 71,4% de las atenciones se realizaron en el servicio Hospitalización, seguido por UCI 26,4% y Urgencias 2,2%. En Terapia respiratoria su participación en UCI fue del 58,9%, Hospitalización 36,7% y 4,4% en Urgencias. Con respecto al año 2023 donde se realizaron 83.838 hubo un decrecimiento en la cantidad de consultas del 1.3%, se realizaron 1.076 consultas menos.
- **Indicadores de calidad:** La adherencia a los protocolos establecidos para la unidad de Terapia y Rehabilitación para el 2024 fue del 100%, en el año 2023 se obtuvo también un 100% de adherencia lo que demuestra el compromiso del equipo para cumplir con los protocolos de atención establecidos por la institución. La auditoría de historias clínicas también refleja el cumplimiento de los estándares de calidad en los registros clínicos, el acumulado para el año 2024 fue del 99,17% de cumplimiento. 11 de los 12 meses del año auditados obtuvieron una puntuación del 100% salvo el mes de septiembre donde se calificó un 90%. En el año 2023 se obtuvo una puntuación acumulada del 98,75%. Los tiempos de respuesta en interconsulta cumplen con la meta establecida de 8 horas, el promedio acumulado para el año 2024 fue de 7,6 horas; esta meta se alcanzó durante 10 de los 12 meses del año, salvo mayo y junio donde los tiempos oscilaron entre 10 y 11 horas. En el 2023 el tiempo de respuesta fue de 7,5 horas, lo que indica que la oportunidad de atención se ha mantenido dentro de los márgenes establecidos por el modelo asistencial.
- **Satisfacción del paciente:** Los tratamientos de rehabilitación cardíaca y pulmonar, terapia física, terapia respiratoria y terapia ocupacional cumplieron con los objetivos



planteados al 100% 2 puntos por encima de la meta 98%; en cuanto a Fonoaudiología obtuvo un acumulado de 99,9%. Dado que la satisfacción del usuario de Terapia y Rehabilitación se mide en conjunto con el servicio donde se encuentra el paciente, se toman estos datos de cumplimiento de objetivos para establecer una satisfacción del usuario frente al tratamiento recibido.

- Eficiencia operativa: El tiempo de oportunidad de respuesta en interconsulta se mantiene sobre las 7,6 horas con respecto a la meta establecida de 8 horas y en cuanto a la calidad del servicio también se observa un alto de grado de adherencia; esto refleja el buen funcionamiento del equipo de trabajo donde se evidencia el cumplimiento de los objetivos planteados.
- Innovación tecnológica: Se apertura centro de rehabilitación en torre 2 donde se realizan atenciones de consulta de los programas Artritis y Terapia ocupacional.
- Por lo anterior se puede concluir que el servicio ha estado funcionando adecuadamente de acuerdo con las metas planteadas. Si bien existen oportunidades de mejora en algunos aspectos estos serán evaluados por la nueva administración del servicio la cual asumió el rol en el mes de noviembre 2024.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores productividad



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

En estos gráficos se puede observar el comportamiento de las sesiones de terapia física y ocupacional realizadas durante el año 2023 y 2024, el promedio de sesiones por mes en el año 2024 es de 5.725 con una línea de tendencia ligeramente al alza, sin embargo, se

observa una fluctuación considerable durante todo el año con un mínimo de sesiones de 4.406 el mes de noviembre y un máximo de 6.549 en el mes de agosto. Con respecto al año 2023 el promedio de atenciones fue de 5.755 es decir que en 2024 se realizaron en promedio las mismas cantidades. Si se compara 2023 y 2024 la línea de tendencia presenta un comportamiento estable, esto indica que la cantidad sesiones de terapia física y ocupacional se han mantenido en el tiempo.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Las sesiones de Fonoaudiología presentaron una tendencia a la baja, con un promedio de sesiones de 523 el cual se encuentra por encima de la meta establecida de 500. De acuerdo con el comportamiento mensual la meta no se alcanzó durante 4 periodos; enero, julio, noviembre y diciembre 2024. En el año 2023 se tuvo una tendencia al alza y el promedio de sesiones fue de 551; la meta se alcanzó durante 11 de los 12 meses del año. 2023 mantuvo una tendencia alza mientras que 2024 se observa tendencia a la baja.



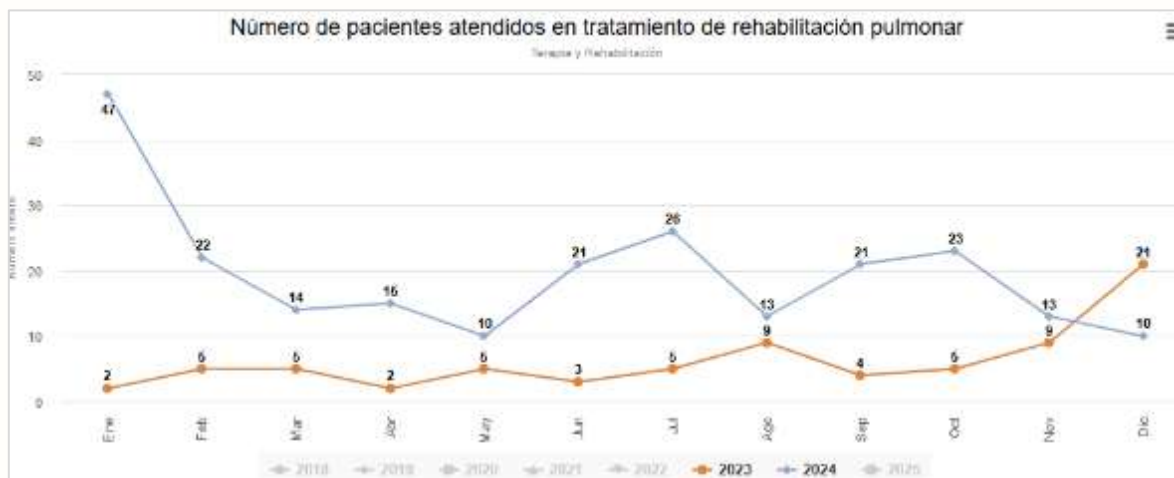
Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

La especialidad de terapia respiratoria representa el volumen más alto de procedimientos que realiza el servicio de Terapia y rehabilitación. El comportamiento durante el año 2024 presenta fluctuaciones importantes, con un mínimo de 3.199 sesiones y un máximo de 4.745. El promedio de sesiones para 2024 fue 4.075. La línea de tendencia se observa con un leve comportamiento a la baja. En la mayoría de los periodos se realizaron más de 4000 sesiones. No hay meta establecida para este indicador. Con respecto al año 2023 se realizó en promedio menos atenciones, pues para el año inmediatamente el promedio fue de 4.256 y la tendencia de número de atenciones también se mantuvo a la baja.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

En 2024 se atendieron 327 pacientes y un promedio de 27 pacientes mensuales para tratamiento de rehabilitación cardiaca, octubre presentó un pico de 57 pacientes muy por encima del promedio y septiembre 17 pacientes. En el año 2023 se atendieron 564 un 42% más de lo que se atendió en 2024. El promedio de pacientes atendidos en 2023 fue de 47 y la tendencia de atenciones se observa a la baja. 2024 tal como evidencian los datos, mantuvo una tendencia al alza.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Durante 2024 se atendieron 235 pacientes para tratamiento de rehabilitación pulmonar con un promedio de atenciones por periodo de 20. La línea de tendencia demuestra un comportamiento a la baja. Con respecto al año 2023 donde se atendieron 75 pacientes con promedio de 6 por periodo, se puede evidenciar que las atenciones crecieron en un 213%. Sin embargo, la tendencia en el año 2023 también fue a la baja.

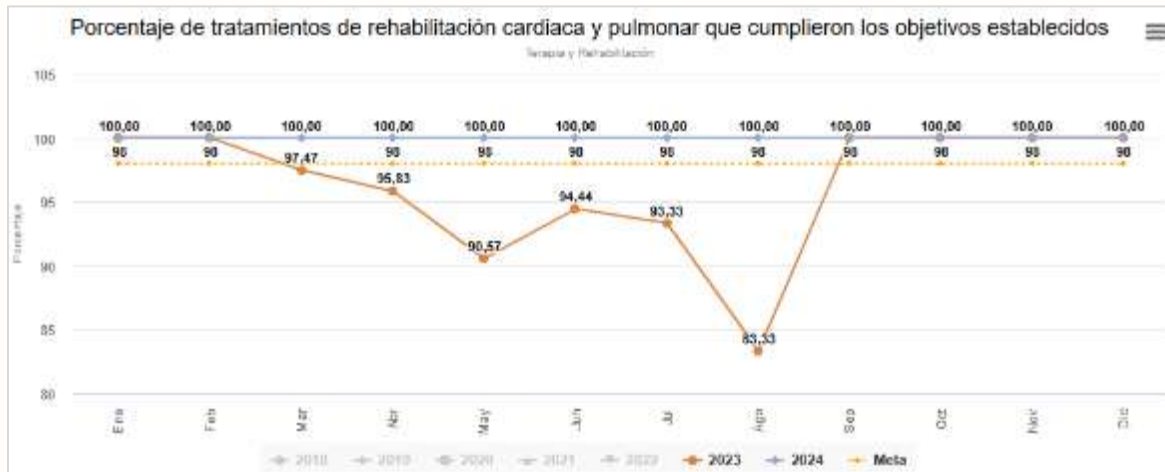
2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Programa de artritis	Garantizar la atención integral a las personas con diagnóstico de artritis reumatoide mediante la detección temprana, tratamiento precoz y rehabilitación para preservar su estado de salud	100%	Demora en la entrega de las instalaciones para el desarrollo del programa.	26/07/2024	Esto mejora la calidad de vida de los pacientes, fortalece la reputación de la institución y contribuye a un modelo de atención más eficiente e integrado.
Programa de Rehabilitación en paciente Hematológico	Establecer las intervenciones fisioterapéuticas basadas en la evidencia para el abordaje y rehabilitación de	100%	No se cuenta con la	01/10/2024	Se presenta una optimización en la movilidad y la fuerza muscular reduciendo el impacto del sedentarismo y la

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
(Energía y vida)	pacientes con neoplasia hematológicas, disminuyendo los efectos secundarios como fatiga, pérdida de fuerza muscular, disnea, alteraciones del sueño, disminución de la capacidad física, dolor crónico, depresión, ansiedad, etc., favoreciendo el aumento de la capacidad funcional y calidad de vida durante el curso de la enfermedad.		indumentaria adecuada para la atención de pacientes TAMO.		inactividad, brindando más autonomía e independencia a los pacientes.
Programa de movilización temprana y terapia física en Unidad de Cuidados Intensivos.	Actualizar los procesos concernientes a diagnóstico, evaluación, intervención, indicadores de gestión Y las contraindicaciones tanto absolutas como relativas de terapia física en el área de cuidado intensivo en la Clínica los Nogales	100%	Ninguna	01/07/2024	Se aumento el número de terapias físicas realizadas en UCI. Mejora la recuperación de los pacientes críticos, reduce la estancia hospitalaria y hay mayor independencia y calidad de vida Post UCI.

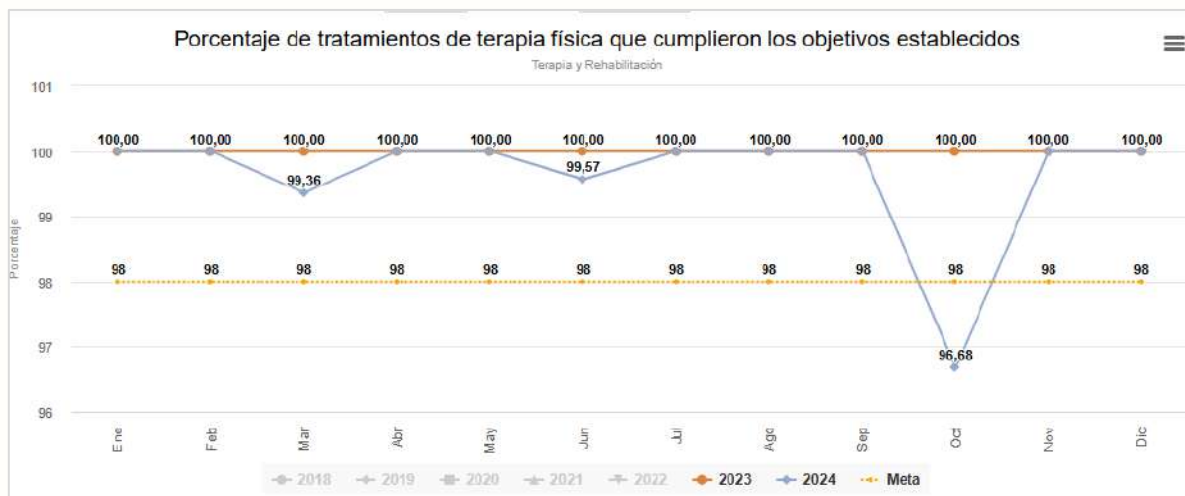
3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Este servicio no cuenta con indicador de satisfacción por parte de los usuarios ya que esta se mide de manera general en el servicio asistencial donde se encuentre ubicado el paciente (UCI, Hospitalización, Urgencias). Sin embargo, se cuenta con los indicadores de cumplimiento de objetivos en los tratamientos, el cual se puede entender que, a mayor cumplimiento de objetivos, mayor es la satisfacción del servicio.



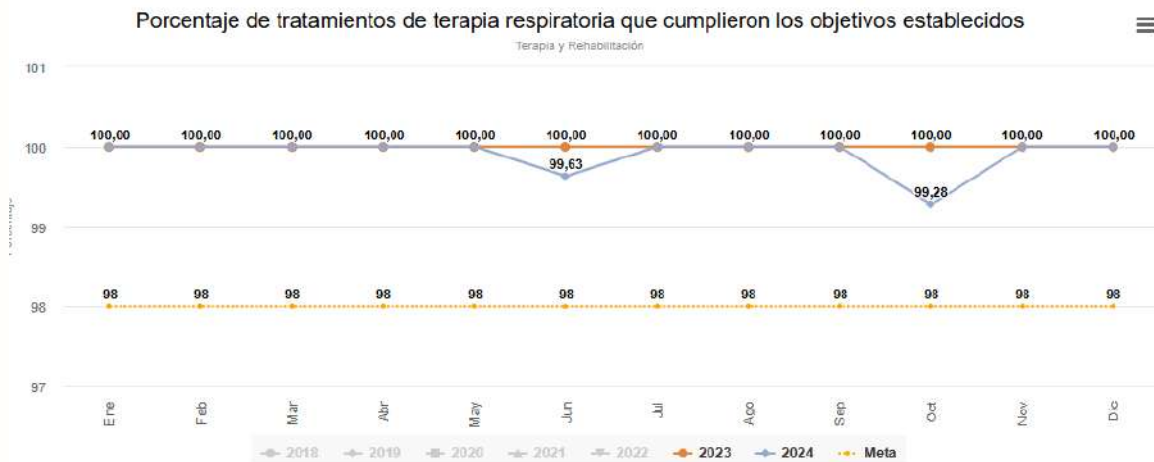
Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

En rehabilitación cardíaca y pulmonar para el año 2024 el porcentaje de cumplimiento de los objetivos fue del 100% durante los 12 meses del año con respecto a la meta planteada del 98%. En el año 2023 el promedio de cumplimiento fue del 96,25 y la meta no fue alcanzada durante 5 meses. De acuerdo con esto, se puede concluir que la especialidad ajustó sus procedimientos con el fin de lograr el alcance de los objetivos terapéuticos planteados.



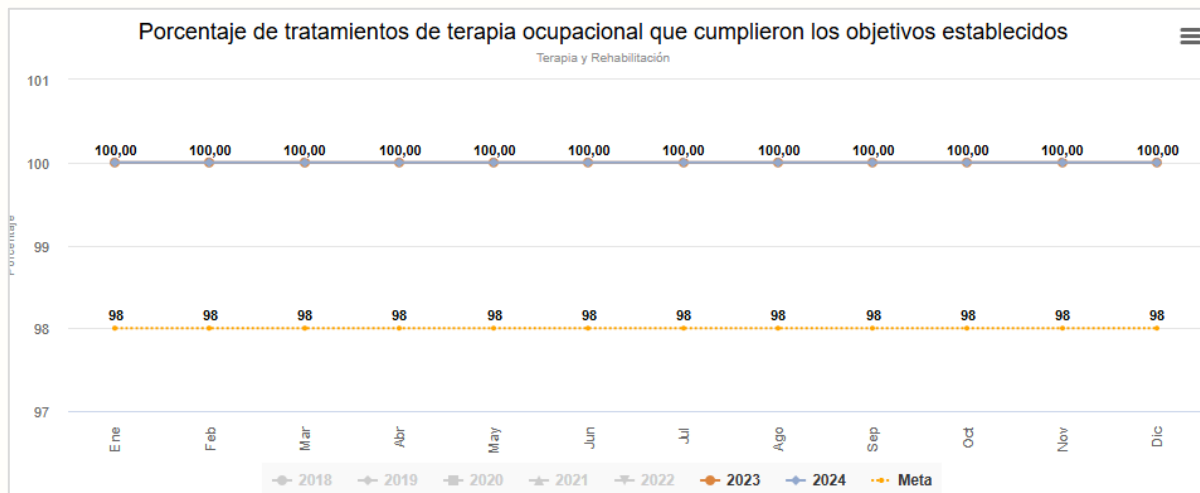
Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

De la especialidad terapia física, se observa que tanto en el año 2023 y 2024 el cumplimiento de los objetivos fue del 100%.



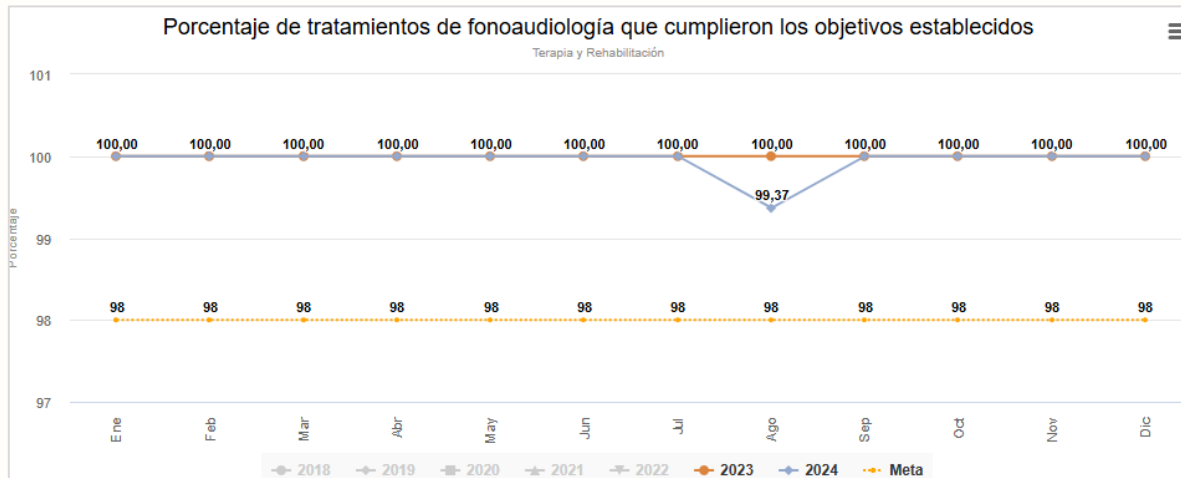
Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Terapia respiratoria mantiene sus niveles de cumplimiento de objetivos durante los años 2023 y 2024. Para 2024 se observa una disminución en el cumplimiento durante el mes de junio, sin embargo, se alcanzó la meta del 98%.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Durante los últimos dos años terapia ocupacional ha alcanzado el 100% de cumplimiento de los objetivos terapéuticos planeados.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Fonoaudiología también presenta un comportamiento satisfactorio durante los años 2023 y 2024, pues logró mantener sus niveles de satisfacción sobre un 100%. En el año 2024 para el mes de agosto fue la única excepción pues el cumplimiento fue del 99,37 sin embargo, un dato que está 1,37 puntos porcentuales más arriba de la meta.

Como conclusión y de acuerdo con los indicadores de cumplimiento de los objetivos planteados en las terapias y sesiones de rehabilitación, se puede decir que el equipo de rehabilitación trabaja en pro de satisfacer las necesidades de los pacientes logrando alcanzar la meta establecida en todos los meses sin excepción alguna.

Una de nuestras filosofías como servicio en institución es trabajar en el enfoque de satisfacción del usuario el cual se da de manera integral, abarcando desde el trato humanizado hasta la eficiencia tecnológica. Las acciones implementadas se basan en una evaluación constante de las necesidades del paciente y en la mejora continua de los procesos. Esto no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también fortalece la reputación y confianza hacia la institución.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Las estrategias de formación implementadas durante el año en la institución se alinean a los objetivos estratégicos de Clínica los Nogales, enfocados en fortalecer las competencias del personal, mejorar la calidad del servicio y garantizar el cumplimiento de estándares de seguridad y eficiencia.

- Durante los comités primarios mensuales se llevó a cabo la socialización de los protocolos del servicio de Terapia y Rehabilitación con el fin de reforzar la adherencia a los mismos por parte del equipo de trabajo.

4.2. Evaluación del Clima Organizacional

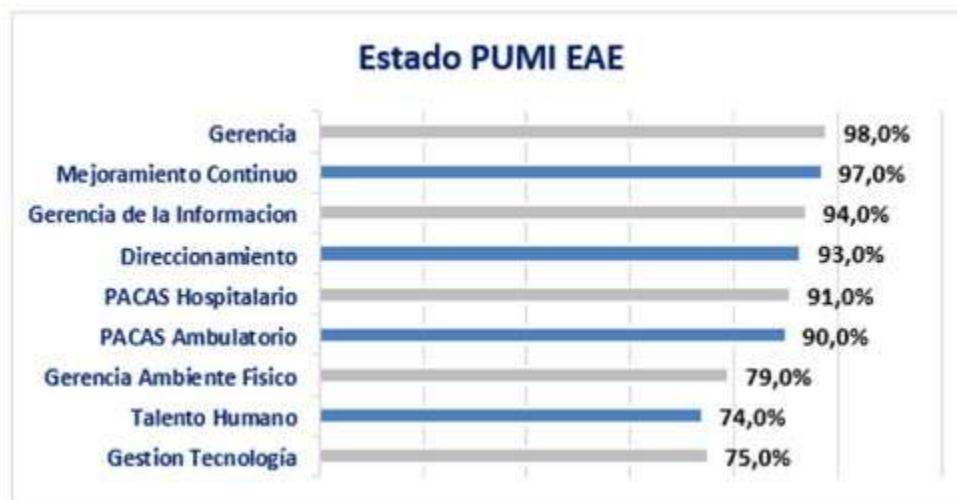
A lo largo del año, se implementaron diversas iniciativas enfocadas en la mejora del clima organizacional, promover la cohesión entre los equipos y aumentar los niveles de satisfacción y motivación de los colaboradores. Estas acciones estuvieron orientadas a fomentar un entorno laboral positivo, productivo y alineado con los objetivos institucionales.

El resultado de clima organizacional para el servicio de imágenes diagnosticas cerro con una calificación de 72.19 lo que indica que se encuentra en una zona de pasión.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

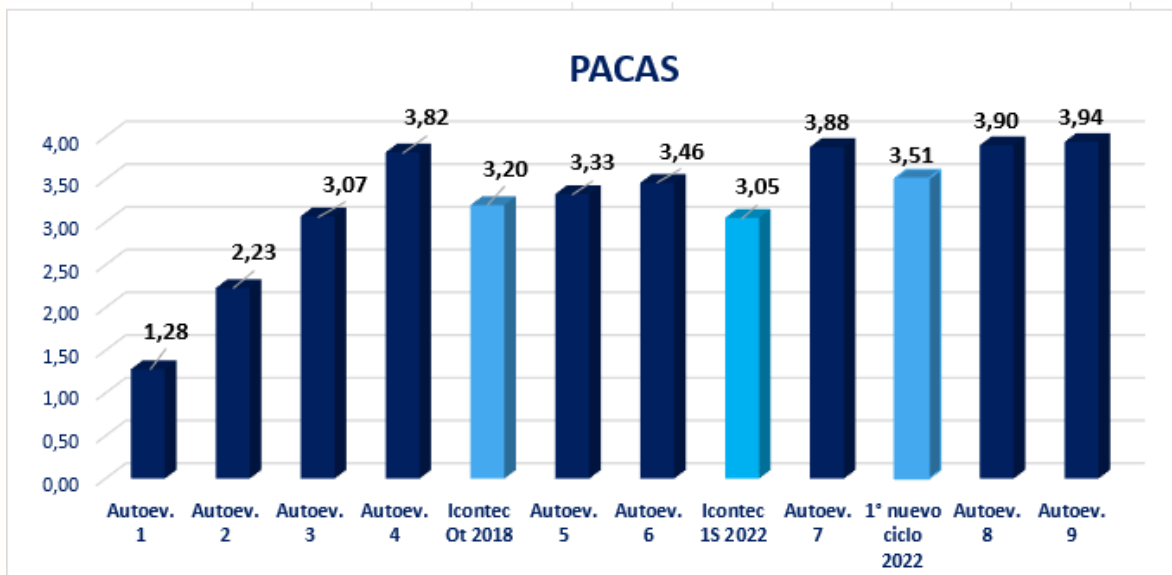
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

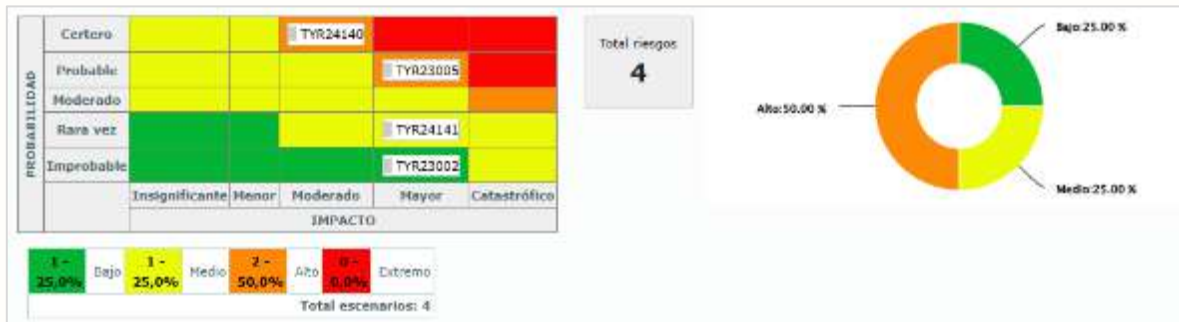
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

		POA 2024 Terapia y Rehabilitación		Código 2024-SPR-9.2 Vigencia 2024 Estado Ejecución	
Responsable: Coordinación de Terapia y Rehabilitación				Fecha inicio: 2024-01-01 Fecha Fin: 2024-11-01	
Resumen cronogramas					
Cronograma		Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Seguimiento continuo y generación de espacios agradables, reconociendo al trabajo con necesidades emocionales		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Actualización y consolidación del programa de artritis en consulta externa		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Creación del programa de oncología en hospitalización y consulta externa		75,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	75,0%
Creación del programa de movilización temprana y terapia física en Unidad de Cuidados Intermedios		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Creación del programa de ortopedia en hospitalización y Consulta Externa		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Creación del programa de Rehabilitación Cardíaca en Hospitalización y Consulta Externa		50,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	50,0%
Creación del programa de pie plano en Hospitalización y Consulta Externa		50,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	50,0%
Asegurar a través de encuestas de satisfacción del usuario, la experiencia del servicio de rehabilitación		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Gestionar el cumplimiento de la oportunidad basada en el modelo asistencial		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Promover e incentivar al grupo sobre la realización de investigaciones, publicaciones y apoyo en los procesos de docencia servicio		25,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	25,0%
Elaborar y promover programas virtuales que nos permitan realizar Tele rehabilitación y de esta manera incentivar la actividad física en nuestros pacientes		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Optimización de dispositivos y medicamentos evaluando la pertinencia		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Inicio de tratamiento tempranamente teniendo en cuenta la pertinencia en cada uno de los tratamientos		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL		84,75% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	84,8%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Eficiencia Operativa: el servicio de rehabilitación física y terapéutica cumplió con los objetivos planteados, con respecto a los indicadores de productividad
- Calidad diagnóstica: los índices de repetición de estudios y auditoria de la calidad reflejan un estándar aceptable, pero se identifican oportunidades de mejora en la interpretación y producción de imágenes en algunos procedimientos

- Satisfacción del paciente: las encuestas de satisfacción indican una percepción positiva sobre las atenciones recibidas, aunque se deben abordar aspectos relacionados con los tiempos de espera y comunicación del paciente
- Innovación tecnológica: la implementación de nuevas tecnologías ha mejorado la precisión y eficiencia, pero requiere un mayor enfoque en la capacitación del personal para optimizar el uso
- Sostenibilidad financiera: si bien la unidad es rentable en todas sus modalidades, es necesaria optimizar el uso de equipos para aumentar la rentabilidad.

Lecciones Aprendidas

- El servicio de rehabilitación cumplió con las metas proyectadas en cuanto a productividad, el número de terapias de rehabilitación y sesiones de fonoaudiología alcanzaron la meta establecida. En cuanto a terapias respiratorias el promedio de atenciones para el 2024 disminuyó con respecto al año 2023. Rehabilitación cardíaca tuvo más atenciones en 2023 que 2024 mientras que rehabilitación pulmonar incrementó las atenciones promedio para 2024 en un 213%.
- Importancia de la capacitación continua: un personal bien capacitado reduce errores técnicos y mejora la experiencia del paciente. Las inversiones en formación son fundamentales para mantener estándares de calidad.
- gestión del tiempo y recursos: la planificación adecuada de los turnos y el mantenimiento de equipos son esenciales para evitar retrasos y aumentar la productividad
- Comunicación efectiva con los pacientes: mejora los canales de comunicación y de esta manera reduce los niveles de ansiedad y aumenta la satisfacción, especialmente cuando se trata de pacientes con diagnóstico y procedimientos complejos.

9. PROYECTOS 2025

- Creación del programa de rehabilitación en cáncer de mama en hospitalización y consulta externa.
- Creación del programa de rehabilitación de piso pélvico ambulatorio y hospitalario.
- Creación del programa de rehabilitación cardíaca fase 2 y 3.



Farmacia

Los Nogales | Torre 2



Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C.
Autopista Norte, Costado Oriental.



www.clinicanogales.com



(601) 593 70 00

OBJETIVO GENERAL

Gestionar el suministro oportuno de los requerimientos de medicamentos y dispositivos médicos, dando cumplimiento a los estándares de calidad, normatividad vigente y al protocolo de servicio definido entre Audifarma - Clínica los Nogales, con el fin de garantizar atención oportuna y adecuada a los pacientes, logrando un enfoque en seguridad del paciente por medio de los programas de seguimiento farmacoterapéutico y asesoría institucionales.

1. Promoción. Promover y propiciar estilos de vida saludables y el uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos.
2. Prevención. Prevenir factores de riesgo derivados del uso inadecuado de medicamentos y dispositivos médicos, así como los problemas relacionados con su uso.
3. Suministro. Suministrar los medicamentos y dispositivos médicos e informar a los pacientes sobre su uso adecuado.
4. Atención farmacéutica. Ofrecer atención farmacéutica a los pacientes que la requieren, realizando las intervenciones necesarias para el cumplimiento de la farmacoterapia prescrita por el facultativo.

1. RESUMEN EJECUTIVO

Fortalecimiento de la Educación Continua: Se implementó un ambicioso programa de capacitación para todo el personal farmacéutico, con el objetivo de actualizar conocimientos y habilidades. Durante el segundo semestre del año, se llevaron a cabo 12 actividades de formación, lo que demuestra un compromiso sólido con el desarrollo profesional de los colaboradores.

Optimización de la Farmacovigilancia: Se reestructuró el programa de farmacovigilancia, lo que ha permitido una detección más temprana y efectiva de eventos adversos a medicamentos, contribuyendo así a la seguridad de los pacientes.

Garantía de la Calidad del Aire Medicinal: Se realizaron auditorías y mantenimientos regulares a los sistemas de suministro de aire medicinal, asegurando un funcionamiento óptimo y cumpliendo con los más altos estándares de calidad. Durante el año, se garantizó la producción de aire medicinal durante 311 días, lo que representa un suministro continuo y confiable.

Expansión de Servicios: Se reinició la consulta oncológica y se amplió la cobertura para pacientes con artritis, demostrando un compromiso con la mejora continua de los servicios ofrecidos. Además, se incorporaron notas en el sistema de atención farmacéutica, lo que

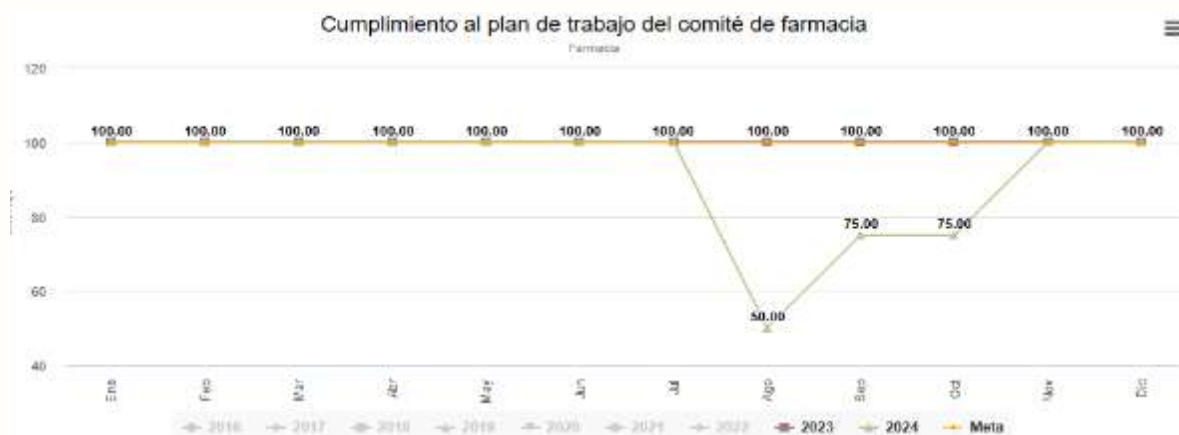


ha permitido una atención más personalizada y centrada en las necesidades individuales de cada paciente. Se realizaron 15 horas de consulta para artritis a la semana y 45 consultas de atención farmacéutica en oncología al mes, lo que refleja un aumento significativo en la demanda y en la capacidad de respuesta del servicio.

Eficiencia Operativa: Se llevaron a cabo diversas acciones para mejorar la eficiencia operativa, como la auditoría y mantenimiento de carros de paro, la reorganización de procesos administrativos y la gestión de facturas. Estos esfuerzos se tradujeron en una mejora significativa en la calidad de los servicios y en la reducción de costos. Se realizaron 112 auditorías a carros de paro, se identificaron y corrigieron 251 no conformidades, y se gestionaron facturas por un valor de 92.831 millones.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1 Indicadores Productividad:



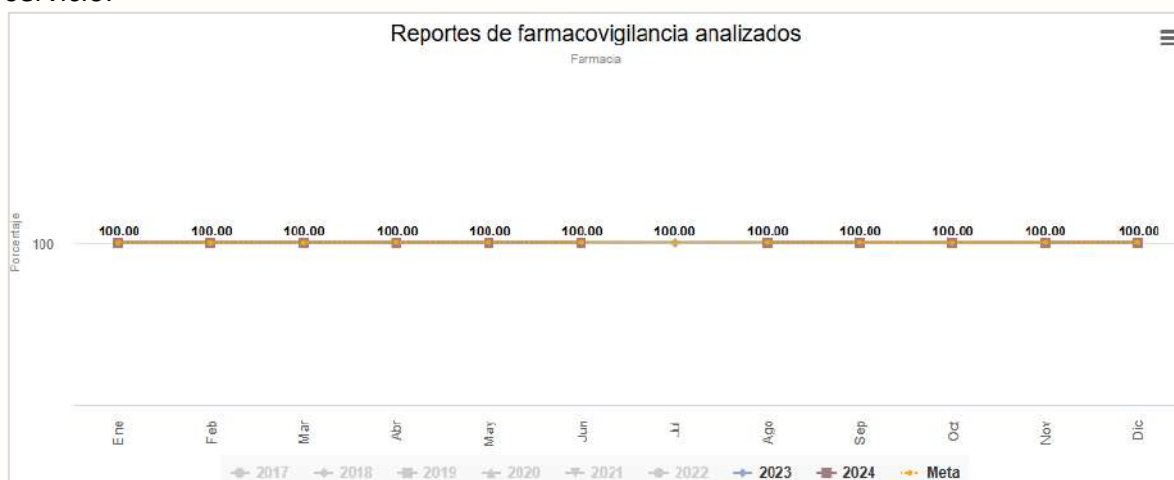
El gráfico evidencia un alto cumplimiento del plan de trabajo del comité de farmacia hasta julio de 2024. Sin embargo, a partir de agosto se observa una disminución significativa, coincidiendo con un cambio en la coordinación del servicio. La reorganización de compromisos y la implementación de nuevos proyectos, aunque necesarios, generaron una necesidad de planificación y seguimiento más estricta que impactó el cumplimiento. Para recuperar los niveles de cumplimiento, se realizó un análisis detallado de las causas raíz y se redefinieron las prioridades del comité para asignar los recursos de manera más eficiente. Gracias a las acciones implementadas, se ha logrado una recuperación gradual del porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo. Los resultados obtenidos hasta la fecha son alentadores y demuestran el compromiso del equipo con la mejora continua.

2.2 Indicadores Calidad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

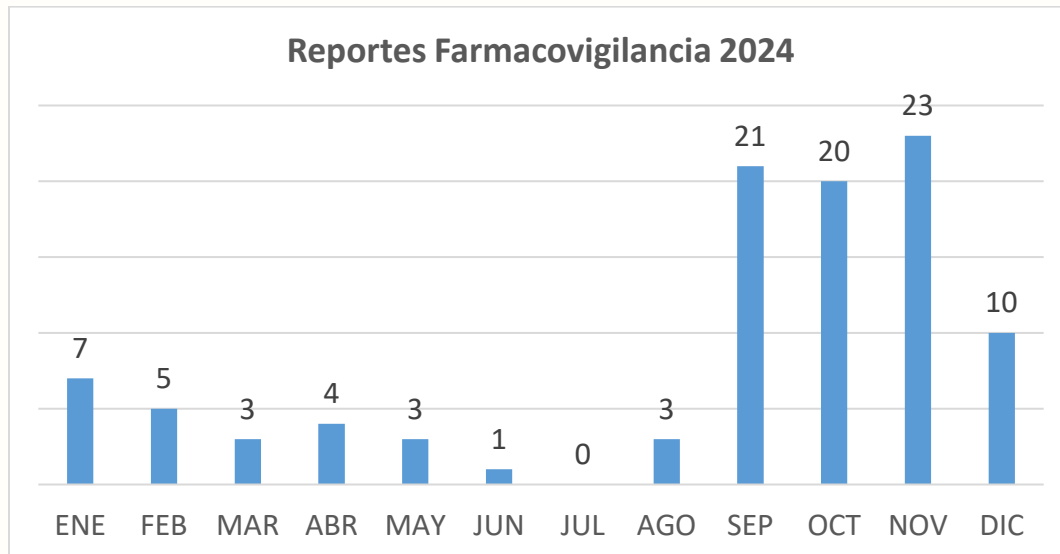
El análisis del indicador de errores en la recepción técnica de mezclas oncológicas demuestra un sólido compromiso con la seguridad del paciente. El bajo porcentaje de errores, incluso ante la complejidad de los procesos involucrados, evidencia la eficacia de las medidas de control de calidad implementadas. Los picos ocasionales observados son esperables en cualquier proceso productivo y no comprometen la seguridad del paciente, ya que se cuenta con protocolos establecidos para su detección y corrección. La certificación de las Buenas Prácticas de Elaboración por parte del INVIMA es un respaldo adicional a la calidad y seguridad de los procesos, en el cual el servicio farmacéutico está comprometido en hacer seguimiento al tercero para garantizar la óptima prestación del servicio.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

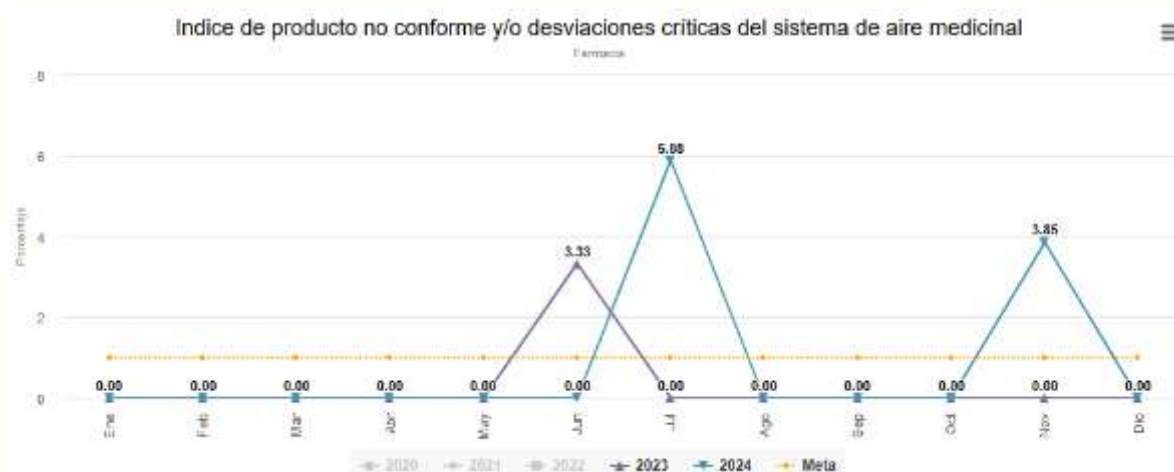
El indicador de Reportes de Farmacovigilancia analizados refleja un cumplimiento destacado de la normativa vigente, al presentar un análisis mensual de todos los reportes

recibidos durante 2023 y 2024. A partir de agosto, se observa una mayor capacidad en el seguimiento de los reportes como se puede observar en el número de reportes:



Fuente: Datos de seguimiento del programa de farmacovigilancia

A partir de septiembre se observa un incremento significativo en el número de reportes de farmacovigilancia analizados, lo que refleja la exitosa implementación de la reestructuración del programa. La puesta en marcha de nuevas iniciativas, como las rondas de farmacovigilancia y la capacitación del personal, ha fortalecido la cultura de notificación y ha mejorado la capacidad de detección de eventos adversos. Este incremento demuestra el compromiso de la organización con la mejora continua de la seguridad del paciente y el cumplimiento normativo.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador muestra una tendencia positiva general, aunque se observa un aumento temporal a mediados de 2024 debido a la interrupción en la producción causada por la ausencia de personal clave. Sin embargo, gracias a la implementación de medidas correctivas, como la activación de planes de contingencia y la capacitación del personal, se logró reducir significativamente el índice de no conformidades en los últimos meses del año. La certificación en Buenas Prácticas de Manufactura y la realización de auditorías regulares han contribuido a fortalecer sistema de suministro de aire medicinal, mitigar el impacto de estos eventos, garantizar la continuidad del servicio y prepararnos para la recertificación en el año 2025.

Adherencia a la reconciliación medicamentosa

Este proceso se midió durante el año 2023 y 2024 en dos fases la adherencia sin intervención del químico Farmacéutico y con intervención del químico Farmacéutico encontrando las siguientes tendencias.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

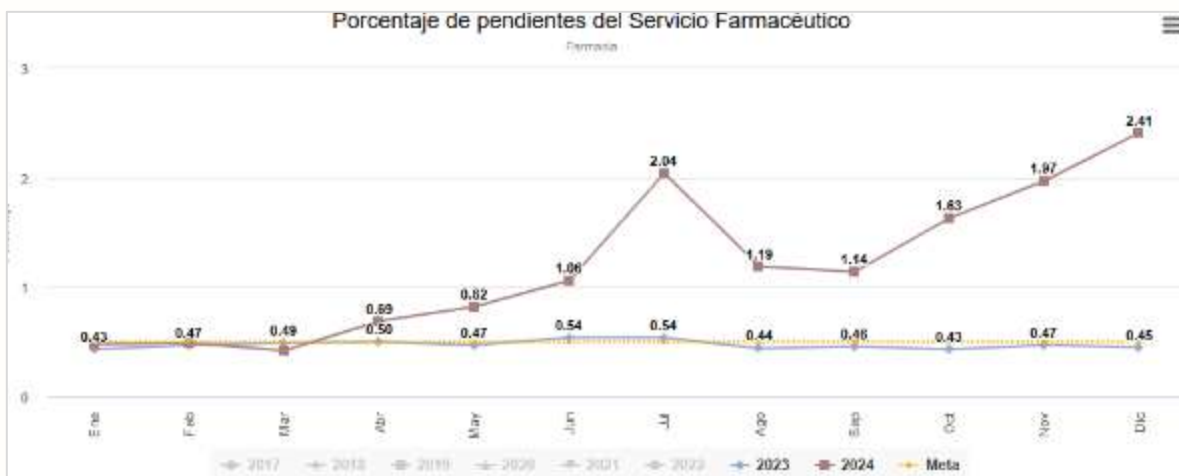
El indicador de adherencia a la conciliación medicamentosa sin intervención farmacéutica muestra una variabilidad a lo largo de 2024, evidenciando la necesidad de una mejora continua en los procesos de evaluación. La implementación de nuevas metodologías y la rotación del personal han influido en los resultados. Para garantizar la consistencia en las evaluaciones y mejorar la adherencia, es fundamental estandarizar los procesos, capacitar al personal médico y fortalecer la comunicación con los pacientes.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La fluctuación en los indicadores de adherencia refleja la complejidad de este proceso y la necesidad de una atención farmacéutica continua. Los cambios en el personal y las metodologías han impactado los resultados. Es fundamental garantizar la continuidad de los procesos y la implementación de herramientas tecnológicas que faciliten la comunicación con los pacientes y el seguimiento de la adherencia. La inversión en tecnología y capacitación permitirá optimizar los recursos y mejorar los resultados a largo plazo. Sin embargo, es evidente la necesidad de contar con un equipo de farmacéuticos estable y capacitado para garantizar una atención farmacéutica integral y asegurar una mayor adherencia a los tratamientos. La inversión en personal especializado permitirá fortalecer la relación farmacéutico-paciente y optimizar los resultados en salud.

Indicadores de Resolutividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La gráfica muestra una tendencia positiva en la disminución del porcentaje de pendientes del servicio farmacéutico hasta mediados de 2024. Sin embargo, a partir de agosto de ese año se observa un incremento sostenido, alcanzando su punto máximo en diciembre. Coincidiendo con este aumento, se intensificó el seguimiento al operador logístico, revelando ineficiencias preexistentes en la cadena de suministro. Las dificultades financieras del operador logístico, evidenciadas por retrasos en las entregas, han sido identificadas como el principal factor contribuyente a este incremento. Ante esta situación, se implementaron medidas correctivas como la adquisición directa de productos y la contratación de un nuevo operador logístico a partir de noviembre, con el objetivo de estabilizar la operación y reducir los pendientes.

Indicadores de Efectividad

Efectividad de las intervenciones farmacéuticas



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador de efectividad de las intervenciones farmacéuticas muestra una tendencia positiva a lo largo de 2024, a pesar de algunas fluctuaciones. El aumento en la demanda de servicios farmacéuticos, especialmente en áreas como artritis y oncología, ha puesto a prueba la capacidad del equipo para mantener altos estándares de calidad y ha exigido una adaptación constante de los procesos y una mayor eficiencia en la atención. A pesar de esta mayor demanda, el indicador de efectividad muestra una tendencia positiva, la implementación de nuevas estrategias y la capacitación del personal han sido fundamentales para mantener un alto nivel de efectividad. Sin embargo, la variabilidad en los resultados refleja la complejidad de la atención farmacéutica y la necesidad de un monitoreo continuo para identificar nuevas oportunidades de mejora para garantizar una atención farmacéutica de excelencia.

2.2 AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Durante el año 2024, el Servicio Farmacéutico ha logrado avances significativos en la optimización de sus procesos y en la mejora de la calidad de la atención al paciente. A continuación, se detallan los principales logros alcanzados en cada uno de los proyectos estratégicos implementados:

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Formación continua del personal del servicio farmacéutico	Actualizar conocimientos y habilidades del personal en las últimas tendencias y buenas prácticas farmacéuticas.	100%	Dificultad en la coordinación de horarios debido a la alta demanda asistencial.	Diciembre 2024	Se ha logrado capacitar a un alto porcentaje del personal en las áreas prioritarias. Se requiere continuar con la formación especializada.
Reestructuración del programa de farmacovigilancia	Mejorar la detección, evaluación y notificación de eventos adversos a medicamentos.	100%	Resistencia al cambio por parte de algunos miembros del equipo.	Diciembre 2024	Se ha implementado un nuevo sistema de gestión de la farmacovigilancia, lo que ha permitido una mayor eficiencia en la detección y análisis de eventos adversos.
Fortalecimiento de la conciliación de medicamentos	Reducir los errores de medicación y mejorar la seguridad del paciente	75%	Dificultad para integrar los sistemas de información. Personal exclusivo para realizar la conciliación en cada servicio.	Junio 2025	Se han implementado protocolos de conciliación de medicamentos en los principales puntos de atención, lo que ha contribuido a reducir los errores de medicación.
Reorganización y optimización operativa	Mejorar la eficiencia de los procesos y reducir los costos operativos.	100%	Resistencia al cambio por parte de algunos miembros del equipo.	Septiembre 2024	Se han identificado y eliminado procesos redundantes, lo que ha permitido aumentar la

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
					eficiencia del servicio.
Recertificación BPM Gases Medicinales	Mantener la certificación en Buenas Prácticas de Manufactura de gases medicinales y garantizar la calidad de los productos y servicios farmacéuticos.	45%	Cumplimiento de nuevos requisitos regulatorios.	Mayo 2025	Se han implementado las medidas necesarias para cumplir con los nuevos requisitos y se ha iniciado el proceso de auditoría.
Proyecto central de adecuación de medicamentos	Establecer un sistema eficiente y seguro para la adecuación de medicamentos que garantice la calidad y seguridad de los productos dispensados, cumpliendo con las normativas vigentes.	5%	Áreas adecuadas para asegurar el cumplimiento normativo.	Diciembre 2025	Se han realizado avances significativos en el planteamiento del proyecto y prioridades.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Durante el año 2024, hemos trabajado arduamente para mejorar la experiencia de nuestros pacientes, familiares y cuidadores. A través de diversas iniciativas, hemos logrado avances significativos en la calidad de la atención farmacéutica.

Implementación de un responsable para la gestión de las reclamaciones: Hemos establecido las funciones para un químico farmacéutico centralice todo el manejo y gestión de las reclamaciones de los pacientes por acceso o inoportunidad a sus tratamientos que generen los operadores logísticos contratados, lo que nos ha permitido identificar áreas de mejora y tomar medidas correctivas.

Optimización de los tiempos de respuesta a las reclamaciones: A través de la asignación de un farmacéutico dedicado a la gestión de reclamaciones asociadas a la logística, hemos logrado reducir significativamente los tiempos de respuesta y mejorar la satisfacción del paciente, resolviendo en menor tiempo la entrega de medicamentos pendientes.

Como áreas de mejora para la experiencia de nuestros pacientes, familiares y cuidadores, el servicio farmacéutico a identificado las siguientes líneas de acción:

Fortalecer la Medición de la satisfacción del paciente: Si bien la clínica tiene implementado un sistema de gestión de quejas y sugerencias, aún no contamos con identificación clara de la satisfacción del paciente a los servicios farmacéuticos prestados. Para el año 2025, proponemos:

- Diseñar y aplicar encuestas de satisfacción: Desarrollaremos encuestas que permitan evaluar diversos aspectos de la experiencia del paciente, como la atención recibida, los tiempos de espera y la claridad de la información proporcionada.
- Establecer indicadores clave de desempeño (KPI): Definiremos indicadores clave que nos permitan medir la evolución de la satisfacción del paciente a lo largo del tiempo.
- Centralizar la información: Crearemos una base de datos centralizada para recopilar y analizar los resultados de las encuestas, así como las quejas y sugerencias recibidas por otros canales.

Agrupación de los diferentes medios de reporte de quejas: Actualmente, las quejas se reportan a través de diversos canales (X-customer, casos especiales, notificaciones judiciales, etc.). Para obtener una visión más completa y precisa de la experiencia del paciente, proponemos:

- Establecer un protocolo de gestión de quejas específico para el servicio farmacéutico: Definir un protocolo claro para la recepción, registro y seguimiento de las quejas, asegurando que todas sean atendidas de manera oportuna y eficaz.
- La experiencia del paciente es una prioridad para nuestra organización. A través de la implementación de un sistema de medición de la satisfacción más robusto y la mejora de nuestros procesos, podremos identificar las áreas de oportunidad y tomar las medidas necesarias para garantizar una atención de calidad y personalizada.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

Durante el año 2024, hemos dado un paso significativo en el fortalecimiento de las competencias de nuestro equipo a través de un ambicioso programa de capacitación. Nuestro objetivo principal ha sido actualizar los conocimientos y habilidades del personal, alineándolos con las últimas tendencias y mejores prácticas en el sector farmacéutico, y garantizando así una atención de calidad y segura a nuestros pacientes.

Se ha implementado un programa integral de capacitación que abarca a todo el personal farmacéutico, desde auxiliares hasta farmacéuticos. Las actividades formativas han cubierto



una amplia gama de temas, incluyendo tanto habilidades técnicas (procesos técnicos, manejo de sistemas informáticos, farmacología, etc.) como habilidades blandas (comunicación efectiva, trabajo en equipo, resolución de conflictos). Se han realizado un total de 12 actividades formativas durante el segundo semestre del año, demostrando un compromiso sólido con el desarrollo profesional de nuestros colaboradores.

En conclusión, se ha puesto un gran interés en la formación del personal y ha sido una de las claves para el éxito del servicio farmacéutico durante el año 2024. Al continuar fortaleciendo las competencias de nuestros colaboradores, estaremos mejor preparados para afrontar los desafíos del 2025 y para brindar una atención farmacéutica de excelencia.

4.2 Evaluación del Clima Organizacional

El clima organizacional es un factor determinante en el desempeño y la satisfacción de los colaboradores. Durante el año 2024, hemos implementado diversas iniciativas para fortalecer el clima laboral y fomentar un entorno de trabajo positivo y productivo. A pesar de los esfuerzos realizados para fortalecer el clima organizacional, se observó un aumento en la rotación de personal durante el mes de julio, principalmente debido a los problemas operativos presentados en ese período. Sin embargo, gracias a las medidas implementadas y a la mejora en la gestión de los problemas, se logró estabilizar la situación hacia finales de año.

El fortalecimiento del clima organizacional es un proceso continuo que requiere de un compromiso a largo plazo. Durante el año 2024, hemos logrado avances significativos, pero aún queda mucho por hacer. Para el próximo año, se recomienda:

Fortalecer el liderazgo: Capacitar a los líderes para que promuevan un clima laboral positivo y fomenten el desarrollo de sus equipos.

Fomentar la participación de los colaboradores: Involucrar a los colaboradores en la toma de decisiones y en la implementación de cambios.

Al seguir trabajando en estas áreas, podremos consolidar los logros alcanzados y crear un ambiente de trabajo aún más positivo y productivo.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI



Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe de Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

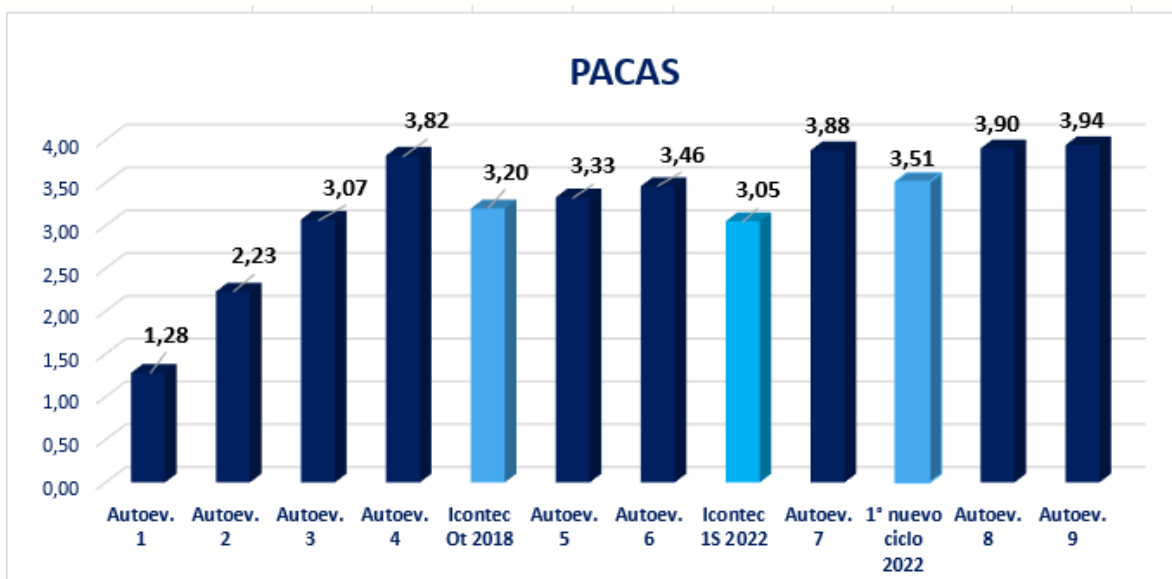
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a Diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema Integral de gestión Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024



Los Nogales
Clínica

POA 2024 Farmacia

Código

2024-SPR-09.3

Vigencia

2024

Estado

Ejecución

Responsable: Coordinación de Farmacia

Fecha Inicio: 2024-01-01 Fecha Fin: 2024-12-31

Resumen cronograma:

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Completado
Permisión continua al personal	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Medicamento seguro - Farmacovigilancia activa	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Servicio farmacéutico seguro	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Tecnologías efectivas	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Participación de la formación del personal	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Optimización y generación de nuevos medicamentos farmacéuticos	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Compras Efectivas	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

El año 2024 ha sido un periodo de transformación y crecimiento para el servicio farmacéutico. A través de la implementación de diversas iniciativas estratégicas, hemos logrado avances significativos en la mejora de la calidad de nuestros servicios, la optimización de los procesos y el fortalecimiento del compromiso de nuestro equipo.

Fortalecimiento del talento humano: La implementación de un ambicioso programa de capacitación ha permitido actualizar los conocimientos y habilidades de todo el personal farmacéutico, mejorando la calidad de la atención al paciente y la eficiencia de los procesos. Las 12 actividades de formación realizadas durante el segundo semestre han sido fundamentales para lograr este objetivo, aprendimos que la inversión en la formación del personal es fundamental para garantizar la calidad de los servicios y la adaptación a los cambios en el sector.

Optimización de la farmacovigilancia: La reestructuración del programa de farmacovigilancia ha permitido una detección más temprana y efectiva de eventos adversos a medicamentos, contribuyendo a la seguridad de los pacientes, aprendimos que la detección temprana de eventos adversos es crucial para proteger la seguridad de los pacientes.

Garantía de la calidad del aire medicinal: Gracias a las auditorías y mantenimientos regulares, se ha asegurado un suministro continuo y de calidad de aire medicinal durante 311 días del año, cumpliendo con los estándares más exigentes, aprendimos que la

disponibilidad de equipos de trabajo especializados y adecuados es esencial para garantizar la calidad de los gases medicinales producidos por la institución.

Expansión de servicios: La reincorporación de la consulta oncológica y el aumento de la cobertura para pacientes con artritis han permitido atender a un mayor número de pacientes y ofrecer una atención más integral. La incorporación de notas en el sistema de atención farmacéutica ha permitido una atención más personalizada y centrada en el paciente, aprendimos que los pacientes valoran una atención personalizada y centrada en sus necesidades individuales.

Mejora de la eficiencia operativa: La optimización de los procesos administrativos, la gestión de la facturación aprendimos que las operaciones del servicio farmacéutico son dinámicas y requiere una constante adaptación a los cambios normativos y requisitos del sector.

9. PROYECTOS 2025

Los proyectos propuestos para el 2025 se encuentran alineados con los objetivos estratégicos institucionales y buscan responder a los desafíos y oportunidades del sector salud. A continuación, se describen los principales proyectos:

Capacitación Técnica del Servicio Farmacéutico

- **Objetivo:** Actualizar los conocimientos y habilidades del personal farmacéutico en nuevas tecnologías, normativas y buenas prácticas clínicas.
- **Actividades:** Impartición de cursos especializados en farmacología clínica, gestión de la cadena de suministro, uso de software farmacéutico y nuevas tendencias en atención farmacéutica.
- **Alineación:** Este proyecto se alinea con el objetivo LLEGANDO A TI para el acompañamiento y formación de los colaboradores de los servicios farmacéuticos.

Simposio Uso Seguro de Medicamentos

- **Objetivo:** Sensibilizar a los profesionales de la salud de la institución sobre la importancia del uso seguro de los medicamentos.
- **Actividades:** Organización de un evento académico con la participación de expertos en medicación humanizada.



- Alineación: Este proyecto contribuye al cumplimiento del objetivo estratégico GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO al trabajar la educación continuada con un enfoque de la mejora de la seguridad del paciente y al cumplimiento de las normativas vigentes.

Fortalecimiento del Programa de Atención Farmacéutica

- Objetivo: Ampliar la cobertura del programa de atención farmacéutica y mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes crónicos.
- Actividades: Implementación del servicio de farmacia clínica, desarrollo de programas establecidos en atención farmacéutico en artritis y Oncología, así como la capacitación del personal.
- Alineación: Este proyecto se alinea con el objetivo estratégico de GESTIÓN CLÍNICA de mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir los costos asociados a la mala adherencia a través de modelos de atención estructurados alrededor de la terapia farmacológicas de los pacientes.

Implementación del Programa de Educación del Paciente

- Objetivo: Empoderar a los pacientes para que tomen decisiones informadas sobre su tratamiento y mejoren su adherencia.
- Actividades: Desarrollo de materiales educativos, talleres y programas de capacitación para pacientes.
- Alineación: Este proyecto contribuye al logro del objetivo estratégico mi prioridad es mi paciente al mejorar la satisfacción del paciente y los resultados en salud.

Actualización del Módulo de Seguimiento Farmacoterapéutico

- Objetivo: Mejorar la eficiencia y la eficacia del seguimiento farmacoterapéutico.
- Actividades: Actualización del software, capacitación del personal y estandarización de los procesos.
- Alineación: Este proyecto contribuye al objetivo estratégico Ecosistema Digital al garantizar la seguridad del paciente y a optimizar los recursos.



Implantación Efectiva del Modelo de Operación de Hospitalarte

- **Objetivo:** Optimizar la gestión de los medicamentos y garantizar su disponibilidad a través de la implementación, mantenimiento y ajuste de la operación logística del gestor farmacéutico Hospitalarte.
- **Actividades:** Implementación del modelo operativo del operador logístico, capacitación del personal y estandarización de los procesos de la Clínica con el operador logístico.
- **Alineación:** Este proyecto impacta el objetivo estratégico TU EXPERIENCIA, NUESTRO COMPROMISO y contribuye a mejorar la eficiencia y la seguridad en la atención a pacientes de la institución.

Proyecto Central de Adecuación de Medicamentos

- **Objetivo:** Implementar una central de adecuación de medicamentos (CAM) eficiente y segura que permita optimizar la preparación de medicamentos, mejorar la seguridad del paciente y reducir costos operativos.
- **Actividades:** Diseño y construcción de áreas, adquisición de equipos, capacitación del personal.
- **Alineación:** Este proyecto se enfoca en cumplir el objetivo estratégico OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS al garantiza la optimización de los procesos de preparación de medicamentos, reducir costos al reducir el desperdicio de medicamentos aumentando la capacidad de respuesta.

Fomento del Uso de Biosimilares

- **Objetivo:** Promover el uso de biosimilares para reducir costos y ampliar el acceso a tratamientos biológicos.
- **Actividades:** Desarrollo de protocolos para el cambio a biosimilares, capacitación del personal y campañas de información.
- **Alineación:** Este proyecto al objetivo estratégico de RENTABILIDAD FINANCIERA y contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud y mejora la accesibilidad a los medicamentos.



El año 2025 se presenta como un año de grandes desafíos y oportunidades. La implementación de estos proyectos requerirá de una gestión eficiente de los recursos, una comunicación efectiva con todos los actores involucrados y una adaptación constante a los cambios en el entorno. Los desafíos que identifica el servicio farmacéutico para este año son en el entorno son:

La reforma a la salud: los cambio en la legislación requerirán una adaptación rápida a modelos de compra de medicamentos centralizados, optimización de los vademécums institucionales y contracción en los recursos disponibles para tratamientos de alto costo.

La reforma laboral: se tendrá que ajustar la operación a una menor cantidad de horas trabajadas por los colaboradores lo que expone una oportunidad de optimización de procesos e innovación, así como la establecer la disciplina operativa en la gestión de los procesos.

Los proyectos propuestos para el año 2025 están alineados con la visión estratégica de la organización y buscan mejorar la calidad de los servicios farmacéuticos que presta la Clínica Los Nogales, la seguridad del paciente y la eficiencia operativa. Al abordar los desafíos y aprovechar las oportunidades, estamos seguros de alcanzar los objetivos planteados y consolidar nuestra posición como un referente en el sector salud.



Epidemiología

Los Nogales | Torre 2



Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C.
Autopista Norte, Costado Oriental.



www.clinicanogales.com



(601) 593 70 00

OBJETIVO GENERAL:

Identificar, analizar y reportar, las enfermedades transmisibles y no transmisibles en Salud Pública, presentadas en la institución, con el fin de orientar, formular e implantar las acciones de prevención y control, generando planes de mejora en los eventos presentados. (Incluye SIVIGILA, Estadísticas Vitales e IAAS).

1. RESUMEN EJECUTIVO:

Para el año 2024 se alcanzaron diferentes logros y avances con respecto a las diferentes líneas de trabajo del área:

Cuenta de alto costo Oncología/ Artritis Reumatoide

Logros y avances

En el año 2024 se logró una mejor articulación con el asegurador salud total para el proceso de reporte de cuenta de alto costo. Se capacito a todo el personal en el uso del aplicativo SIGIRES y se acordaron entregas mensuales los primeros 5 días del mes para oncología y una vez al año en Artritis para que los datos estén disponibles para el proceso de auditoria por parte del asegurador.

Se optimizó el proceso de marcación de paciente oncológico ante el asegurador salud total ya que una vez el paciente es captado con la patología, se solicita su marcación como población especial vía correo electrónico. Lo anterior es positivo en dos sentidos, ya que el paciente queda eximido de copagos de manera inmediata pudiendo acceder de manera rápida y sin barreras administrativas a sus tratamientos y porque permite identificar la población a reportar al final del período de observación.

La IPS fue nominada en 2024 en el ranking de IPS de la cuenta de alto costo para las rutas de cáncer de mama(7°puesto) y cáncer de próstata (6° puesto) y cáncer de cérvix (5° puesto), es un gran reconocimiento haber recibido esta nominación pues clínica Nogales se logró destacar a nivel país como una de las mejores IPS en la gestión del cáncer.

En medición de indicadores se logró la culminación del tablero de indicadores versión 2.0 donde se incluyeron los indicadores de ruta de todos los canceres priorizados y una visual de la cohorte incidente con filtros en tiempo real para identificar las desviaciones. Así mismo con la ayuda de TICSOCIAL se parametrizaron los primeros indicadores de desenlace terapéutico evaluando la mortalidad al primer, segundo, tercer y cuarto año de diagnóstico. Los indicadores de ruta se presentan de manera trimestral en reuniones con el grupo empresarial.





Fuente: Coordinación de epidemiología

El proyecto TIC SOCIAL ha avanzado en la completitud de los datos, se logró integrar como fuente de datos un reporte de la productividad de imágenes diagnósticas para refinar la precisión de las alertas de estadificación y mejorar la completitud de los datos en el cumplimiento de hitos de la ruta. Así mismo se ha trabajado en nuevas alertas y módulos de gestión como el de radioterapia o pacientes que no han tenido gestión efectiva. Durante el año se realizaron algunas mesas de trabajo para parametrizar nuevas especialidades oncológicas y disponer la información de plantillas que en el futuro nos permitan extraer datos de valor con herramientas de inteligencia artificial.

Retos:

- Software de programación de quimioterapia.
- Dar avance a completitud de datos TIC SOCIAL que migren automáticamente.
- Nuevos indicadores de desenlace terapéutico- progresión de la enfermedad.

Comité de investigación

Logros y avances

Durante el 2024 se realizaron 5 comités de investigación donde se revisaron un total de 10 protocolos de investigación. Adicionalmente, se realizó una reestructuración de los comités lo que llevo a estandarizar su realización el último viernes de cada mes, sujeto a solicitudes en curso por parte de investigadores. Se reviso el manual del comité de ética

en la sección de miembros del comité, se realizó una nueva designación de miembros principales y miembros suplentes de acuerdo con el perfil profesional requerido y se

emitieron unas cartas de designación que fueron firmadas en señal de aceptación por los miembros.

Retos

- Tiempo protegido de mano de obra calificada (metodólogo, epidemiólogo) para asesoramiento en proyectos de investigación.
- Educar y certificar a los miembros del comité en materia de buenas prácticas para la investigación.
- Incentivar la cultura de la investigación clínica y difundir el procedimiento para realizar investigaciones.

Guías de práctica clínica

Se realizó la medición rutinaria de guías de práctica clínica en los diferentes ámbitos de atención en la clínica obteniendo una calificación global del 86.21%, los servicios de hospitalización y cirugía destacan, mientras que urgencias tuvo un desempeño menor. Se realizó una revisión de las guías vencidas y se solicitó su actualización a los líderes médicos vía correo electrónico.

Retos

- Replantear el proceso de medición de la adherencia a GPC desde la auditoria de historias clínicas para estandarizar la calificación, ya que en la actualidad lo hacen diferentes actores.
- Mayor gobernanza por parte de las sociedades médicas con respecto a la actualización de sus GPC y la adopción de nuevas de acuerdo con necesidad de sus servicios.
- Reforzar y acompañar el proceso de implementación de GPC de la mano de las sociedades científicas.

Otros logros

Entre otros logros del subproceso de epidemiología se logró dar avance al proyecto de grupos relacionados de diagnósticos (GRD) con la firma del contrato de asesoría para la implementación con el grupo OSPEDALE. Se realizó la selección y contratación del equipo de trabajo, conformado por una jefe de enfermería y dos auxiliares de salud pública con su respectivo equipamiento informático quienes iniciaron con la recodificación de las

Bases de datos del 2024 para poder establecer la línea de base y se establecieron mesas de trabajo con el área de tecnología.





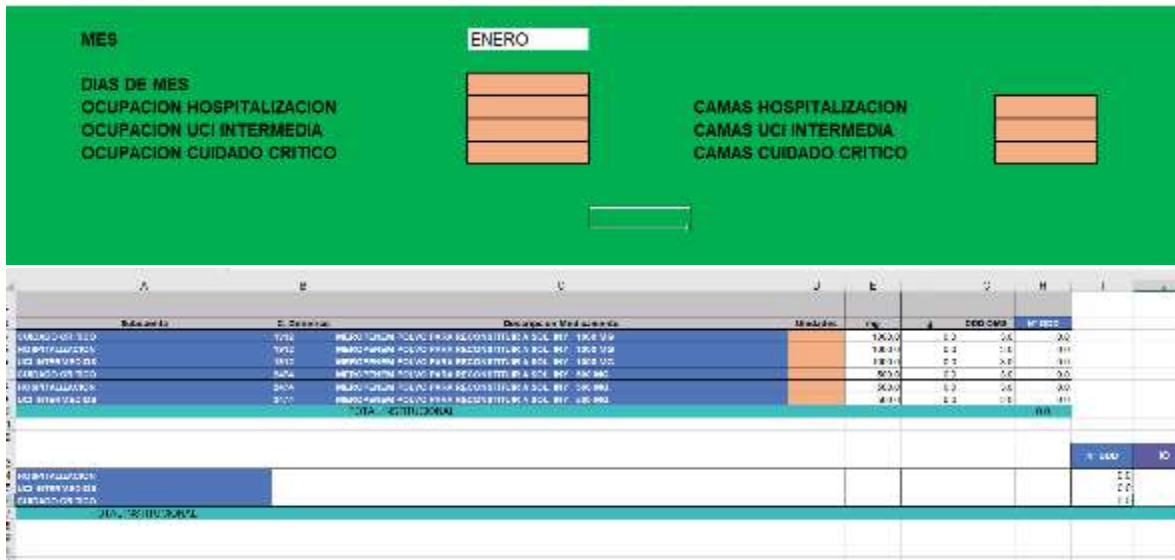
Fuente: Coordinación de epidemiología

En conjunto con el área de tecnología se desarrolló el tablero de seguimiento del modelo de artritis reumatoide para visualizar caracterización demográfica de la cohorte e indicadores de gestión clínica de interés.



Fuente: Coordinación de epidemiología

También se desarrolló una herramienta en Excel para realizar el cálculo de indicadores de consumo de antibióticos DDD (VE-FO-033) / DOT (VE-FO-034), dicha herramienta se dispuso en Almera para su uso por parte de los miembros del equipo PROA y optimizara el proceso de reporte a entes de control.

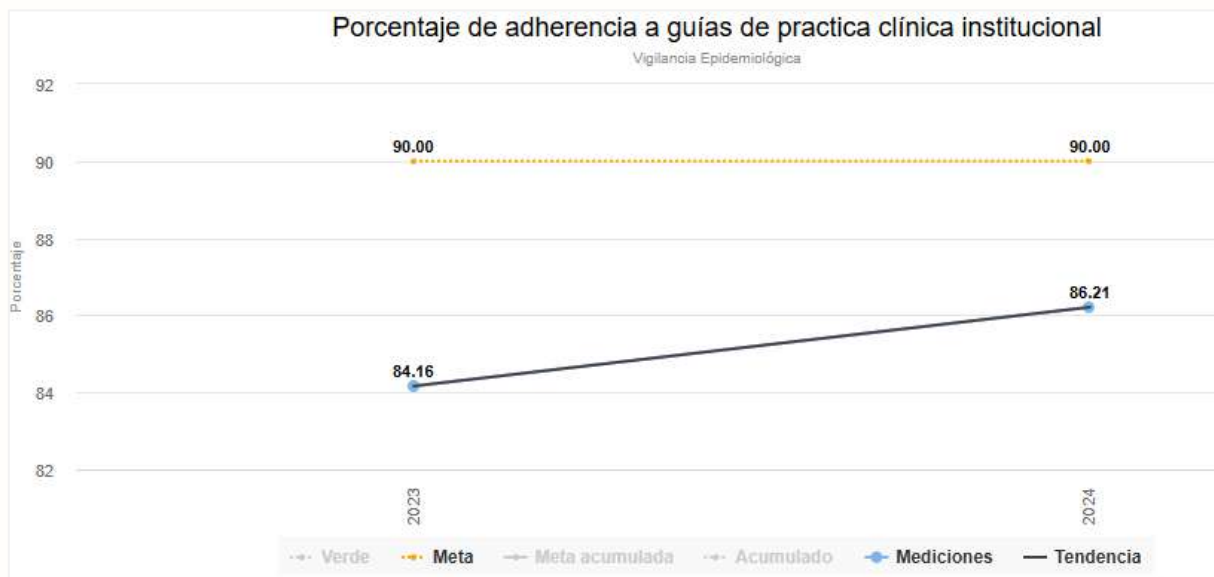


Fuente: Coordinación de epidemiología

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores de productividad

La adherencia a GPC institucional para el 2024 fue del 86.21%, se registra un aumento de 2.05 puntos porcentuales con respecto al 2023, se continuarán los esfuerzos para alcanzar la meta establecida del 90%. Los procesos que tuvieron una mejoría en esta adherencia fueron consulta externa, hospitalización, la UCI intermedia y salas de cirugía, mientras que la UCI plena y urgencias disminuyeron con respecto al año anterior.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

2.2. Avances de proyectos en curso

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha Finalización	Conclusiones
TIC SOCIAL	Integrar los sistemas de información del paciente oncológico y ser una herramienta de gestión para optimizar los indicadores de la cuenta de alto costo y la gestión del riesgo del paciente.	40%	Interoperabilidad e integración de sistemas de información.	Aun sin definir	Se han logrado avances en algunos módulos como el de patología,
CDS	Establecer un sistema de apoyo a la decisión clínica para los clientes internos asistenciales, utilizando herramientas tecnológicas.	10%	Interoperabilidad entre el LIS y el HIS Desarrollo de interfaces entre CDS y THARSIS	Diciembre 2025	Ya se aprobaron los dos primeros casos de uso de la herramienta desde el punto de vista clínico. Están en curso algunos desarrollos entre CDS y THARSIS que nos permitirá dar despliegue a los primeros casos de uso

3. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

3.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Con la ayuda de la división médica, se gestionó el curso “Paso a paso para adopción, implementación y evaluación de guías de práctica clínica de acuerdo con los lineamientos del ministerio de salud” impartido por la Organización para la Excelencia de la Salud (OES), en este curso participaron 7 personas de la institución, lo cual permitirá optimizar todo el proceso de guías de práctica clínica alineada a la política de calidad y de seguridad del paciente.

4. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

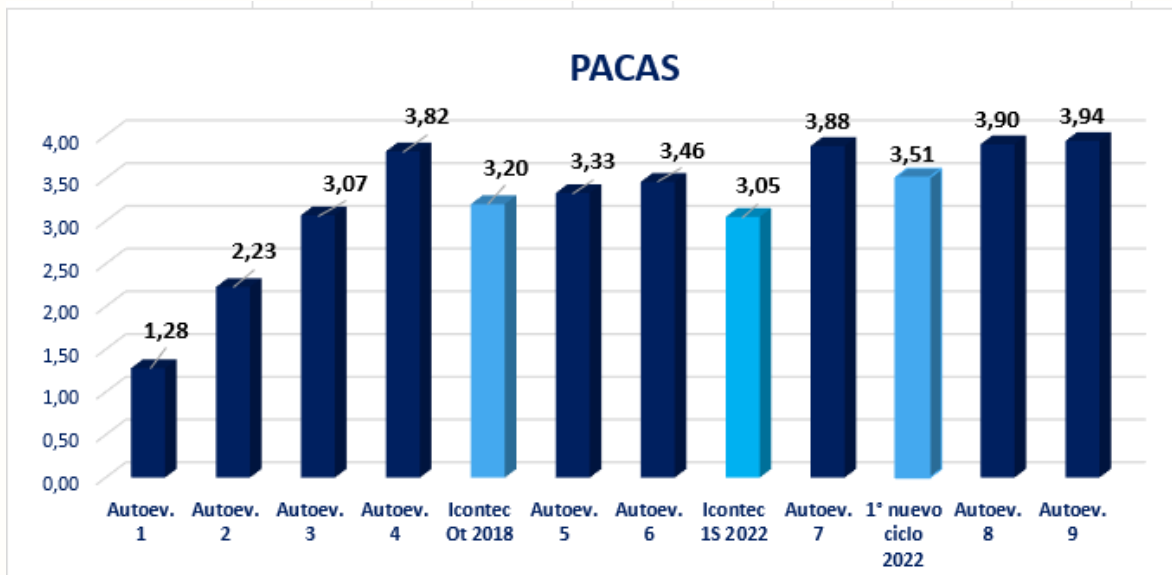
Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe Mejoramiento

4.2. Autoevaluación Acreditación

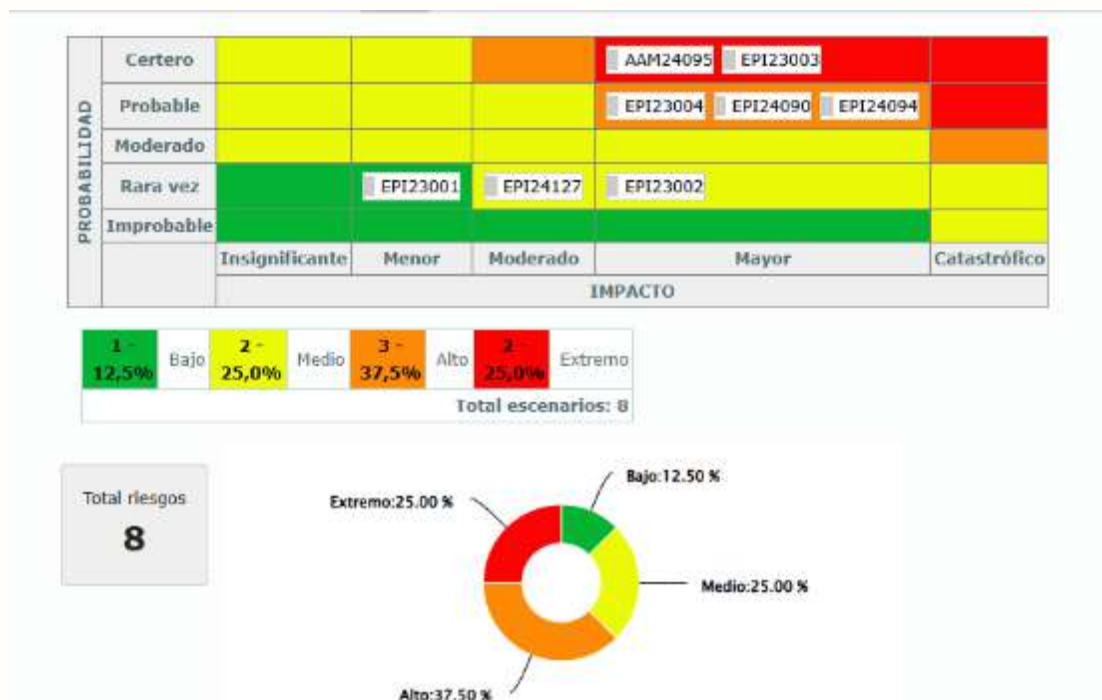
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

5. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integral Almera

6. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024



POA 2024 Vigilancia Epidemiológica

Código	2024-SPR-03.2
Vigencia	2024
Estado	Ejecución

Responsable: Epidemiología

Fecha Inicio: 2024-01-01Fecha Fin: 2024-12-31

Resumen cronogramas:

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Fortalecer la adherencia a cursos de unital enfocados en vigilancia epidemiológica y mortalidad (Llegando a ti)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Documentar modelo de seguimiento oncológico (Mi prioridad es mi paciente)	25,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	25,0%
Monitorear los indicadores de oportunidad en inicio de tratamiento de cohortes priorizadas en oncología (Tu experiencia nuestro compromiso)	87,5% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	87,5%
Verificar efectividad clínica en paciente tuberculosos (Modelo Gestión Clínica)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Seguimiento a investigaciones aprobadas por comité de ética de la investigación institucional (Generación del Conocimiento)	25,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	25,0%
Articulación TIC SOCIAL (Ecosistema Digital)	30,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	30,0%
Rondas de las vigilancias plan de ahorro (Optimización de Recursos)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	66,70% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	66,70%

Fuente: Sistema de gestión integral Almera

7. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Las nuevas herramientas tecnológicas permiten rastrear la actividad clínica y la eficiencia de la gestión (tableros de gestión en tic social, tableros de artritis reumatoide, futuros tableros del proyecto GRD). Para este año ya se logran ver resultados incipientes en los tiempos de oportunidad con el software de tic social, se esperan los mismos resultados con los otros proyectos.
- Es importante continuar fortaleciendo todo el proceso de guías de práctica clínica ya que es una oportunidad de mejora en la institución con el cual se impactarían diversos frentes, de cara a los objetivos estratégicos como gestión de la calidad, seguridad del paciente y uso racional de los recursos.

8. PROYECTOS 2025

- Dar continuidad al proyecto TICSOCIAL, enfocándonos en integrar todas las fuentes de información para disponer una información más completa, así como evaluar la posibilidad de integración de nuevas cohortes a la negociación que nos permita centralizar la cohorte oncológica.

- Avanzar en la proyección del proyecto Khymei para la programación eficiente de quimioterapias.
- Finalizar el proyecto de apoyo a la decisión clínica con CDS, encontrando nuevos casos de uso que nos ayuden a guiar las decisiones clínicas a la luz de las guías de práctica clínicas institucionales.
- Optimizar el proceso de adopción, implementación y medición de la adherencia de guías de práctica clínica para hacer partícipe a todos los actores involucrados de manera que haya más conciencia de su importancia dentro de la cultura organizacional y empoderamiento por parte de las sociedades científicas y prestadores.
- Continuar en la proyección del centro de investigación para brindar todas las herramientas e incentivos para que en el futuro se incremente la producción científica.

Vigilancia Epidemiológica

OBJETIVO GENERAL

Identificar, analizar y reportar, las enfermedades transmisibles y no transmisibles en Salud Pública, presentadas en la institución, con el fin de orientar, formular e implantar las acciones de prevención y control, generando planes de mejora en los eventos presentados. (Incluye SIVIGILA, Estadísticas Vitales e IAAS).

1. RESUMEN EJECUTIVO

- Lanzamiento de curso análisis de mortalidad, dirigido a todo colaborador nuevo médico con un porcentaje de cobertura del 93.75%.
- Lanzamiento del curso de ficha y reporte, dirigido a personal asistencial nuevo con un porcentaje de cobertura del 50.70%
- Cumplimiento del 100% de ejecución del Plan operativo anual del 2024.
- Incremento de 1 puntos porcentual de la oportunidad en la notificación de eventos de interés en salud pública con respecto al año 2023.
- Enlace del grupo de las vigilancias para realización de rondas de vigilancia inteligente en servicios asistenciales.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2024 se presentaron 564 defunciones con un promedio mes de 48 defunciones, en cuanto a la tasa promedio anual del año 2024 se encuentra en 9.51 por 1000 atenciones que comparada con la tasa promedio del año 2023 es de 9.34 por 1000 atenciones con 523 defunciones para el respectivo año, por lo cual se puede interpretar que aumento dos puntos porcentuales la tasa anual, esto debido al aumento en el número de atenciones en clínica los nogales y la complejidad de la atención que se está aumentando con el pasar de los años, aunque se aumentó la tasa esta está dentro de la meta la cual la da el informe INCAS de entidades acreditadas que es 27.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Uno de los indicadores con mayor importancia en el proceso de vigilancia epidemiológica es el cumplimiento en el porcentaje en la notificación de eventos de interés en salud pública, es por ello que este indicador se cumple por encima de la meta del 86%, porcentaje que indica secretaria de salud ante el seguimiento en la oportunidad, para el año 2024 se tiene un promedio en el cumplimiento de la notificación del 96.83% con 3.787 eventos notificados en el transcurso del año en los diferentes sub sistemas y para si vigila en específico 862 eventos, que comparado con el año 2023 se tiene el promedio en el cumplimiento del 95.31%, por lo cual para el año 2024 mejora en un punto porcentual esta oportunidad, esta mejora es significativa ya que es un trabajo arduo junto con el equipo de salud la adherencia a esta notificación reglamentada por el decreto 3518.

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Vigilancias inteligentes	Realizar rondas de inspección	100%	Dificultad en el seguimiento	Octubre	Se evidencian oportunidades de mejora que

	institucional para mejora continua		de los hallazgos		repercuten en mejoras de infraestructura y de procesos.

3. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

3.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Desde el área de vigilancia epidemiológica y enlazado al objetivo estratégico de llegando a ti se plantearon dos cursos en UNITOTAL enfocados en las dos líneas de manejo del área, las cuales son ficha y reporte y análisis de mortalidad, estos dos cursos lanzados para personal nuevo de la clínica médico , estos cursos se realizan después de realizar la inducción personalizada con la jefe de vigilancia epidemiológica para así asegurar la adherencia al curso, adicionalmente se cuenta con un grupo institucional de WhatsApp de SIVIGILA/RUAF en donde se comparten memo fichas , lineamientos, circulares o eventos de interés , para el autoaprendizaje en salud pública y mortalidad.

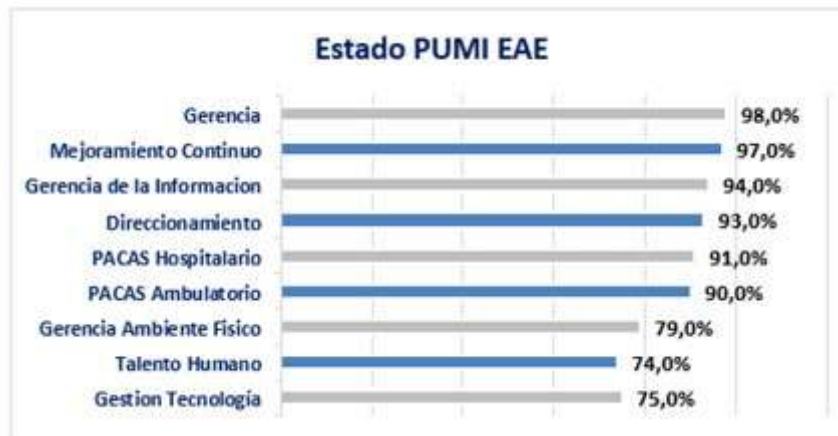
3.2. Evaluación del Clima Organizacional

Para el año 2024 en el área de vigilancia epidemiológica no se presenta rotación del personal, es un equipo sólido con grandes fortalezas, se asiste a capacitaciones en secretaria de salud frente a lineamientos nacionales de eventos de interés en salud pública y a actividades de integración institucional, se participó en la encuesta de clima organizacional de medical TH.

4. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

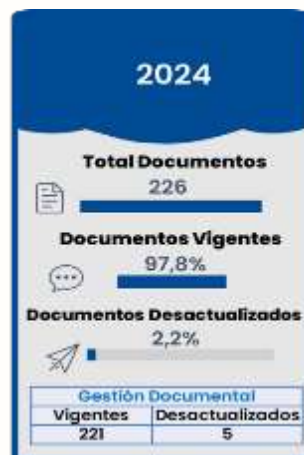
Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente Informe Mejoramiento

4.2. Sistema de Gestión Documental

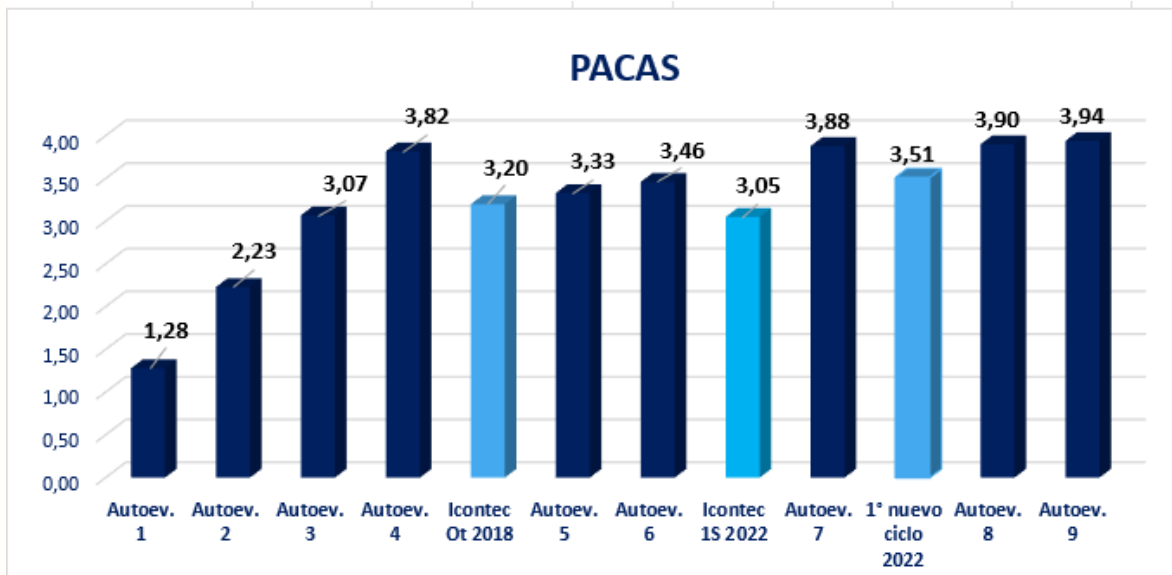
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente Listado Maestro de Documentos

4.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9ª Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente Calificaciones Nogales

5. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

6. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

Responsable: Epidemiología

Fecha Inicio: 2024-01-01 **Fecha Fin:** 2024-12-31

Resumen cronogramas:

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Fortalecer la adherencia a cursos de actualización enfocados en vigilancia epidemiológica y mortalidad (I legando a 6)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Documentar modelo de seguimiento oncológico (Mi prioridad es mi paciente)	25,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	25,0%
Monitorear los indicadores de oportunidad en inicio de tratamiento de cohortes priorizadas en oncología (Tu experiencia nuestro compromiso)	87,5% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	87,5%
Verificar efectividad clínica en paciente tuberculosos (Modelo Gestión Clínica)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Seguimiento a investigaciones aprobadas por comité de ética de la Investigación Institucional (Generación del Conocimiento)	25,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	25,0%
Articulación TIC SOCIAL (Ecosistema Digital)	30,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	30,0%
Rondas de las vigilancias plan de ahorro (Optimización de Recursos)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	66,70% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	66,7%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Para el proceso de vigilancia epidemiología fue enriquecedor el proceso de educación al colaborador nuevo unipersonal y presencial, ya que desde el ingreso se pueden afianzar procesos institucionales, adicional mente desde el proyecto de las vigilancias inteligentes se obtuvieron valiosos resultados los cuales se pudieron intervenir y así ofrecer una mejor atención con procesos de calidad.

8. PROYECTOS 2025

- Enlazar el proceso de vigilancia epidemiológica con proceso de seguridad del paciente siendo esta vigilancia una vigilancia más en seguridad del paciente.
- Afianzar la estrategia de vigilancias inteligentes para para optimización de recursos.
- Mejorar la notificación oportuna de eventos de interés en salud pública por parte de los médicos de urgencias.
- Fortalecer proyecto de investigación de clínica los nogales, creando grupo de investigación de las vigilancias.

Control de Infecciones

Los Nogales | Torre 2

OBJETIVO GENERAL

La política de Prevención, Vigilancia y Control de infecciones asociadas a la atención en salud de Clínica Los Nogales define estrategias centradas en la persona, cuya meta es detectar, prevenir y gestionar los riesgos que puedan desencadenar un proceso de infección tanto para los pacientes, familia y funcionarios derivado del ciclo de atención; lo anterior en el marco de nuestro modelo de atención que propicia un entorno de calidad, seguridad del paciente y mejoramiento continuo

Optimizar la gestión del riesgo relacionado con infecciones asociadas a la atención en salud, a través de la implementación de diferentes acciones y estrategias educativas, prácticas asistenciales estandarizadas de vigilancia y control.

1. RESUMEN EJECUTIVO

Dentro de los principales avances del programa se realiza presentación en secretaria distrital de salud frente a la vigilancia inteligente entre el grupo de las vigilancias con el fin de estandarizar las buenas prácticas, se estandariza el manejo en la central de dilución por medio de sistema cerrado para minimizar pérdidas del producto y garantizar la concentración adecuada de la concentración del desinfectante a 1000 y 5000 PPM con seguimiento por medio de colorimetrías para evaluar las concentraciones que se emplean de acuerdo a la clasificación del área: Crítica, semi-Crítica y No crítica.

Se genera la documentación con guías de práctica clínica del programa de accesos vasculares con especial énfasis en los temas de extravasación de medio de contraste con presentación en el congreso de ACOTEIN como experiencia exitosa de manejo con intervención del programa de accesos vasculares en corresponsabilidad con el equipo de radiología intervencionista. Lo anterior también aportó para la generación de conocimiento en prácticas estandarizadas de intervención.

Se generan los planes de mejora de las principales infecciones detectadas a nivel institucional con énfasis en las infecciones asociadas a dispositivos, infección del sitio quirúrgico y lo relacionado con limpieza y desinfección, lo anterior bajo la metodología del protocolo de Londres.

Se implementan las rondas inteligentes bajo la metodología enfocada en el marco de liderazgo para el mejoramiento, lo anterior con proyección de las rondas de vigilancia inteligente con las que se realizó intervención en tiempo real de la problemática detectada frente a las adherencias para los programas de seguridad del paciente, gestión de riesgo, control de infecciones, vigilancia epidemiológica en corresponsabilidad con las demás vigilancias con el enfoque de seguridad del paciente.



Se generó participación en el premio de la excelencia de higiene de manos de américa latina 2024 con posición de semifinalistas en la participación.

Se generó participación en el club Bench en convenio con la gobernación de Cundinamarca con la temática de buenas prácticas de seguridad del paciente.

Higiene de Manos: 2023 promedio 89,22%, 2024 promedio 95,11%; incremento en 7,28% puntos porcentuales

- Fortalecimiento de los componentes de la estrategia multimodal
- Aumento de la adherencia institucional de higiene de manos
- Aumento de observaciones de salas de cirugías
- Contamos con 50 observaciones ocultas tanto en urgencias, fisioterapia, hospitalización, salas de cirugías, unidad de cuidados intensivos.
- Capacitación mensual a los trabajadores del área de la salud 736
- Educación a paciente y familia para fortalecimiento del clima institucional de seguridad.
- Creación de instructivo institucional sobre implementación de la estrategia multimodal de higiene de manos.
- Proceso de creación de video institucional para fortalecimiento de la adherencia a la higiene y lavado de manos
- Semifinalista en Hand Hygiene Excellence Award - América Latina 2024

Control de Infecciones

- Tasa de infecciones 2024 promedio resultado 1,4 con tendencia decreciente. Meta institucional de 2. 2023:1.29 Entes de control nacional de 4.
- Aislamiento Contacto: 2024 resultado: 16.2% con tendencia decreciente con disminución de 11.3 puntos porcentuales en comparación con 2023: 27.5%. Meta:20 (Eficacia-Gestión).
- Profilaxis Antibiótica: 2024: 97,4% con un incremento de 2,1 puntos porcentuales en comparación con 2023:95.3%.(Precisión Clínica).
- Infección del sitio operatorio: 2024: 0.30% con un decremento de 0.11 puntos porcentuales en comparación con 2023:0.41%.(Precisión Clínica). Meta:0.35
- Infecciones asociadas a Dispositivos UCI: Comparación con Res.256/16/May2024: <https://www.asivamosensalud.org/:valor> Máx:3,43 Min:1,43 % 2,36, Resultados Nogales: Infección urinaria asociada a sonda vesical: 0.15%, Eventos asociados a ventilación mecánica: 0, Infección de catéter central: 0.07%



- Participación en comité de infecciones secretaria Distrital de Salud con la implementación de las rondas inteligentes para el control de infecciones
- Adopción de Guía ACIN 2023: Guía de práctica clínica para la profilaxis antibiótica para estandarizar el proceso de profilaxis.
- Implementación de los planes de mejora institucional de las infecciones con mayor prevalencia institucional: IAD-ISQ.
- Participación en la expedición departamental con la Gobernación de Cundinamarca de atención segura por parte del programa de control de infecciones en trabajo conjunto con el CLUB BENCH
- Articulación con equipo PROA con rondas activas de intervención en procesos críticos.
- Implementación de línea de investigación PCI
- Asesoría para implementación de unidad de alto desempeño articulado con la metodología EFQM(REDER)
- Implementación de LUZ UV como desinfección de no contacto
- Implementación de Infectips.

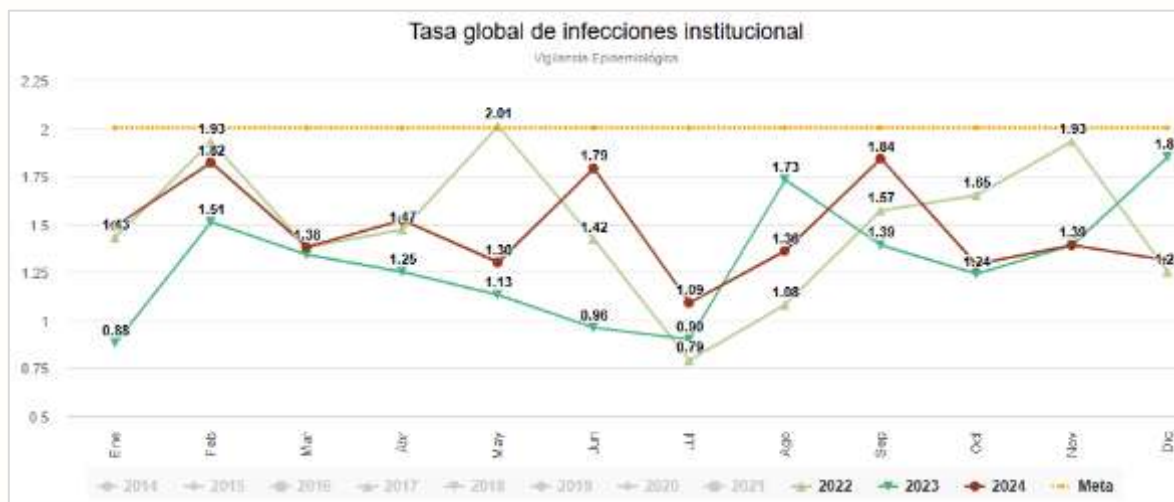
Programa de accesos vasculares y terapia intravenosa

Objetivo General

- Reducir la incidencia de ITS-AC: Implementar medidas y estrategias para prevenir la colonización y la infección de los accesos vasculares.
- Promover la higiene y la esterilización: Garantizar que los accesos vasculares se inserten, se cuiden y se retiren de manera adecuada para prevenir procesos infecciosos.
- Reducir el uso de catéteres centrales: Fomentar el uso de alternativas a los catéteres, como los accesos vasculares periféricos, cuando sea posible.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores productividad

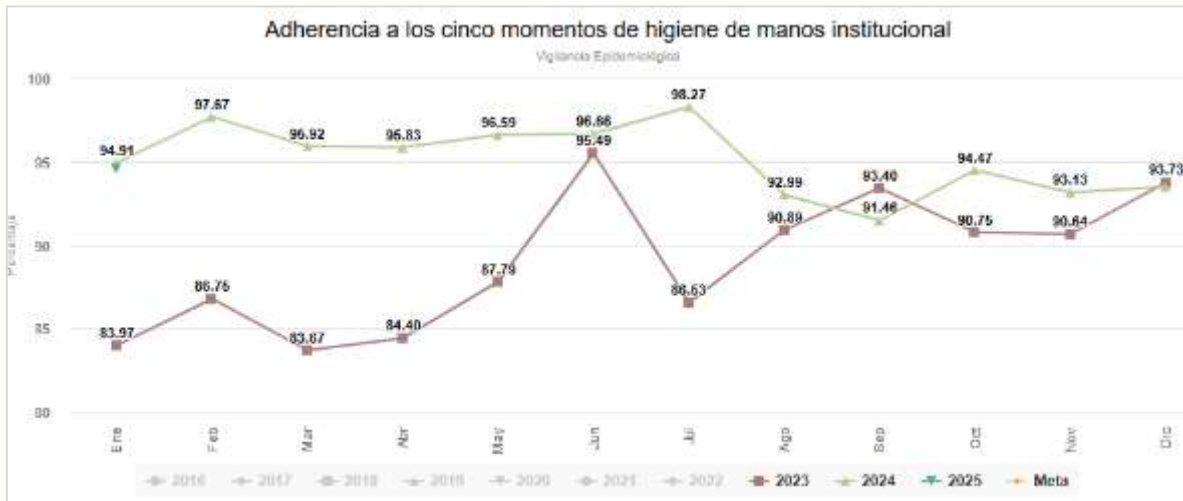


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	IAAS	Egresos	META:2 TASA IAAS
2020	149	10485	1,42
2021	229	11242	2,07
2022	201	13540	1,49
2023	176	13625	1,29
2024	177	12107	1,46

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones

Con tendencia a la disminución de infecciones con un incremento diferencial de 0,17 puntos porcentuales en comparación 2023-2024, con diferencia de egresos de 1518 en estos años y variación de 1 infección.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	Observaciones correctas	Observaciones Totales	% Adherencia Higiene de Manos META: 90%
2020	26370	30812	88.9%
2021	11644	12907	86.20%
2022	7432	9197	80.5%
2023	25513	28382	89.00%
2024	29266	30771	95.10%

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones

Datos: En la adherencia de los cinco momentos de manos Institucional para el año 2023 se presenta una adherencia a los cinco momentos de higiene de manos fue un promedio 89,22%; con respecto al año 2024 se cuenta con una adherencia de 95,11%, se identifica una variación de un aumento de 5,89% puntos porcentuales. Se mantiene constante capacitación y talleres de sensibilización a toda la persona. Con tendencia al aumento en la adherencia en el cumplimiento de la adherencia de higiene de manos, con incremento de 6,10 puntos porcentuales, con diferencia de 3753 observaciones correctas y 2389 de observaciones totales en comparación 2023-2024.

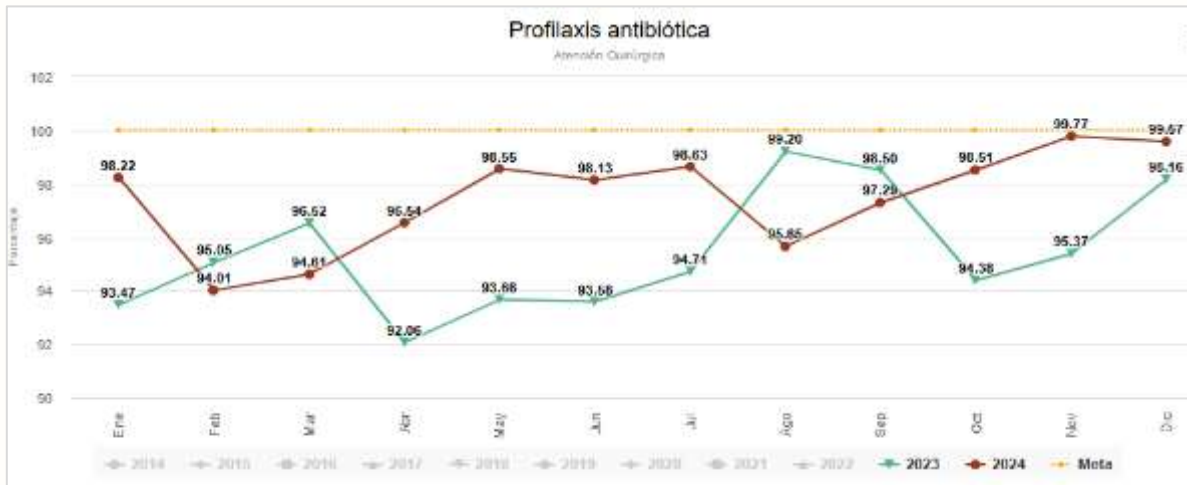


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	ISQ	Cirugías	META:0,35 TASA ISQ
2020	44	13167	0,32
2021	58	14437	0,4
2022	49	16434	0,29
2023	77	19037	0,41
2024	61	20307	0,3

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones

Con tendencia a la disminución de infecciones con un descenso diferencial de 0,11 puntos porcentuales en comparación 2023-2024, con diferencia de cirugías de 1270 en estos años y variación de 16 ISQ.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	% Adherencia Profilaxis Antibiótica META:100%
2020	81.8%
2021	86,20%
2022	74%
2023	95,30%
2024	97,40%

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones

Con tendencia al aumento en la adherencia en el cumplimiento de la profilaxis antibiótica, con incremento de 2,10% en comparación 2023-2024 con variación de 16 ISQ.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	Aislamientos contacto	Aislamientos Mes	META:
			2024:40 2025:20 Adherencia
2020	1810	2150	74%
2021	2591	3712	72,50%
2022	2570	5250	47%
2023	452	1642	27,50%
2024	321	1784	16,20%

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones

Con tendencia a la disminución de aislamiento derivado de la implementación del paquete de pertinencia y guía institucional, con una variación de 11.30 puntos porcentuales en comparación 2023-2024.

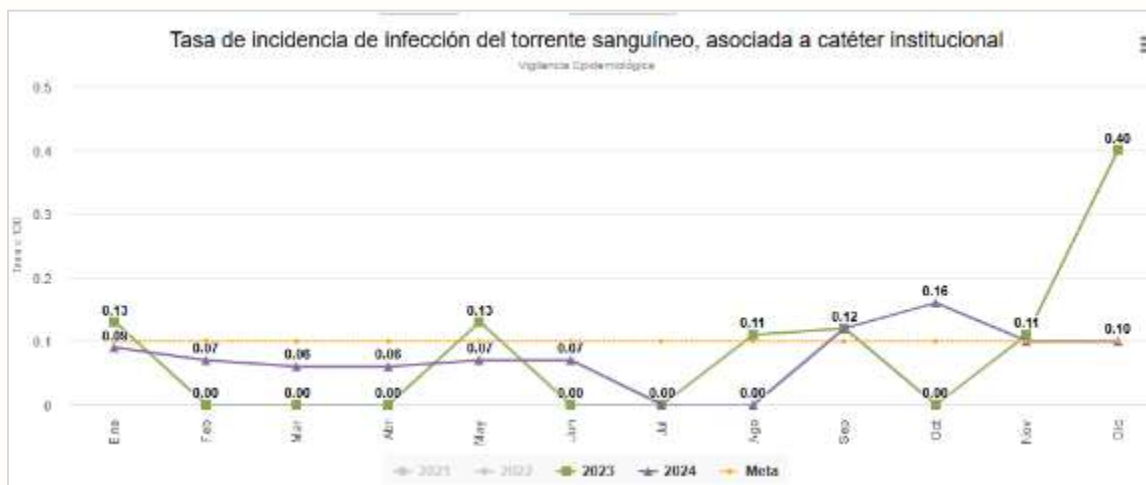


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	% Adherencia Aislamiento META:90%
2020	
2021	
2022	
2023	98,60%
2024	96,00%

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones

Con tendencia a la disminución de aislamiento derivado de la implementación del paquete de pertinencia y guía institucional, con una variación de 2,60 puntos porcentuales en comparación 2023-2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

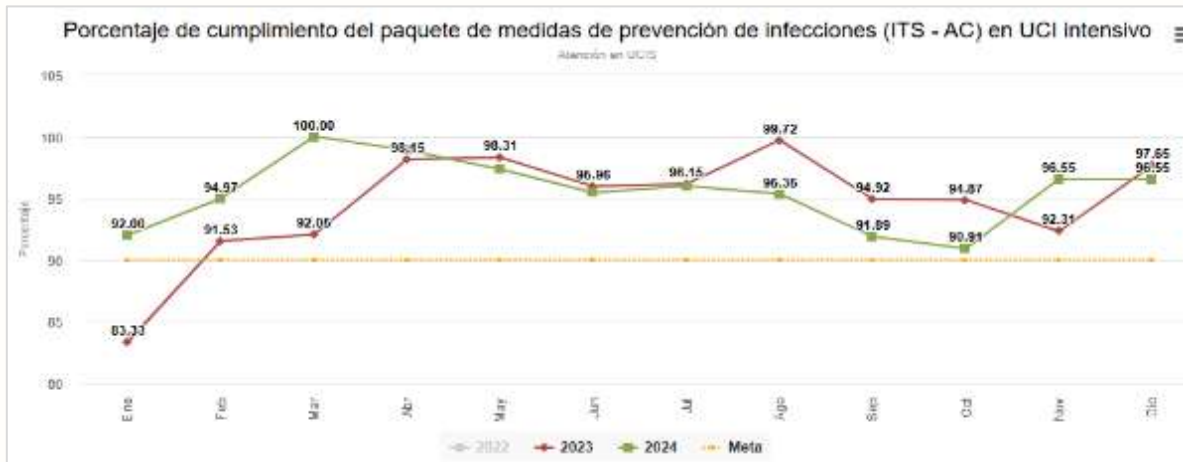
AÑO	ITS AC	Número de días catéter central	Tasa de ITS AC
2020			
2021	50	11607	0,43%
2022	13	10508	0,12%
2023	9	10084	0,09%
2024	10	14352	0,07%

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones

Con tendencia a la disminución en la incidencia de ITS AC, con disminución de 0,2 puntos porcentuales en comparación 2023-2024 con variación de 0,18:2021-2024.

AÑO	% Adherencia Paquete Prevención ITS AC META:90%
2020	
2021	
2022	
2023	94,50%
2024	95,40%

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Con tendencia al alza en la adherencia del paquete de prevención de ITS AC, con aumento de 0,90 puntos porcentuales en comparación 2023-2024.

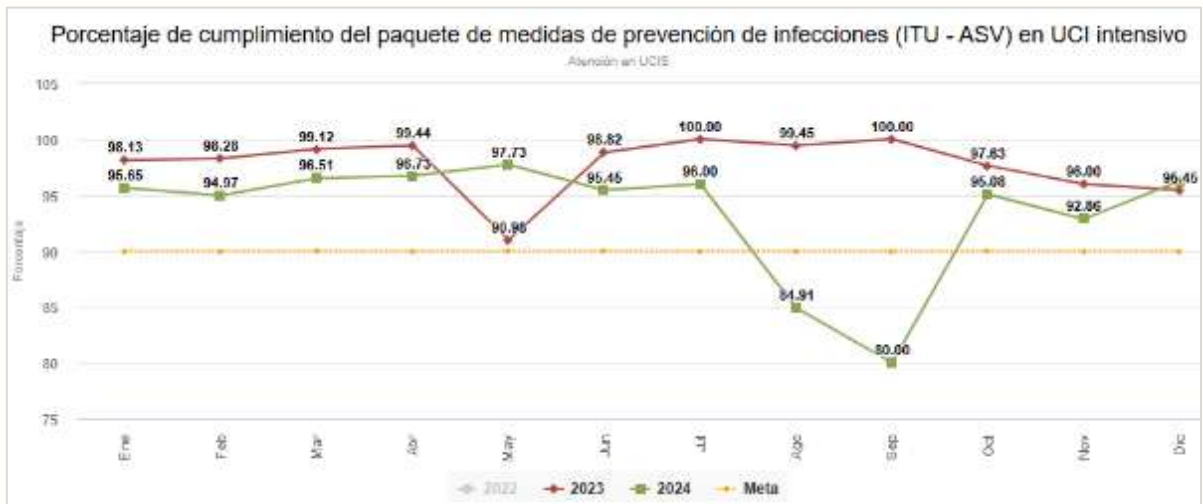


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	ISTU AC	Número de días sonda vesical	Tasa de ISTU AC
2020			
2021	54	12461	0,43%
2022	12	9490	0,13%
2023	4	9526	0,04%
2024	2	10521	0,02%

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones

Con tendencia a la incidencia de ISTU AC, con disminución de 0,02 puntos porcentuales en comparación 2023-2024 con variación de 0,16:2021-2024.

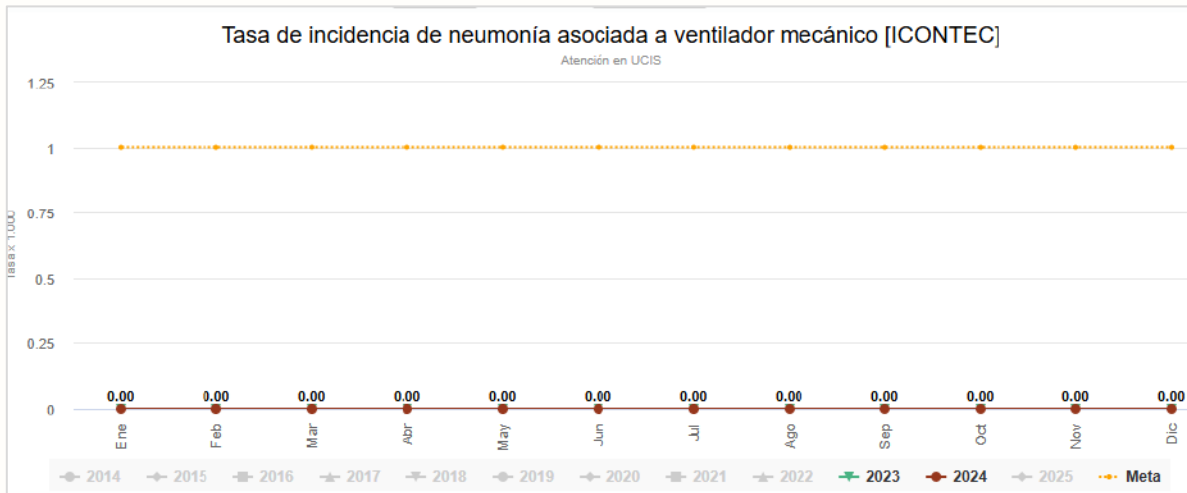


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	% Adherencia Paquete Prevención ISTU AC META:90%
2020	
2021	
2022	97,3%
2023	97,70%
2024	93,50%

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones

Con tendencia al alza en la adherencia del paquete de prevención de ISTU AC, con disminución de 4,20 puntos porcentuales en comparación 2023-2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	NAV	Número de días ventilación mecánica	Tasa de EAVM
2020	0	2124	
2021	5	2923	0,17%
2022	9	3846	0,23%
2023	0	2947	0,00%
2024	0	2864	0,00%

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones

Con tendencia a la disminución de la incidencia de NAV, con 0 eventos identificados para 2023-2024, con diferencia de 83 días VM

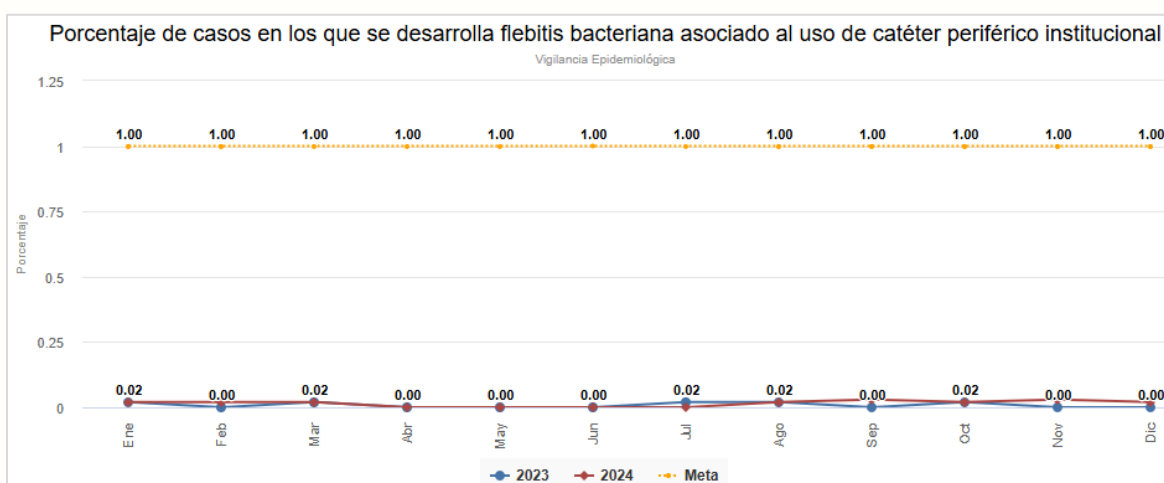


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	% Adherencia Paquete Prevención EAVM META:90%
2020	
2021	
2022	98,5%
2023	97,20%
2024	99,50%

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones

Con tendencia al alza en la adherencia del paquete de prevención de EAVM, con tendencia al aumento de 2,30 puntos porcentuales en comparación 2023-2024.

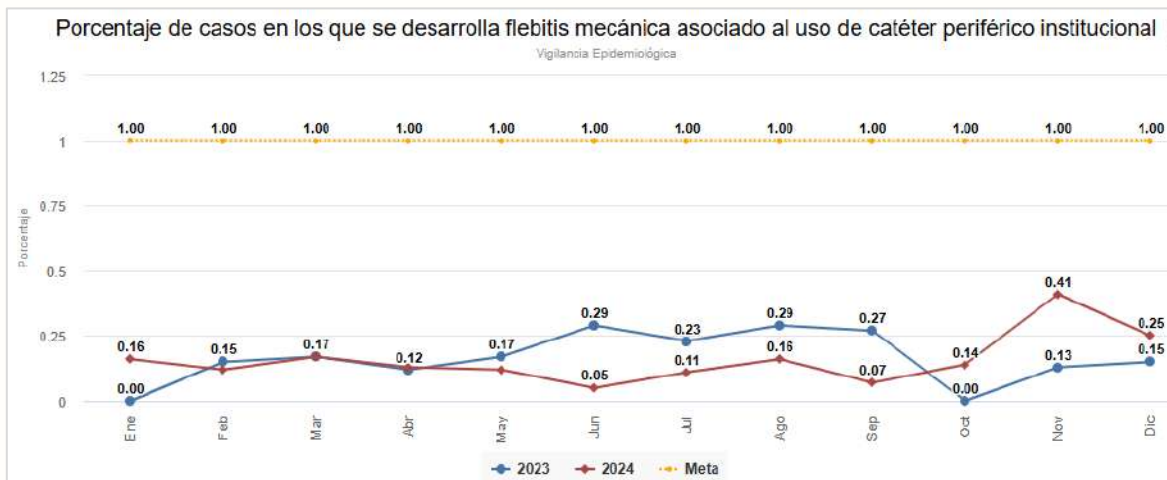


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	ITS CP	Número de catéteres periféricos insertados	% de Flebitis Infecciosa
2020			
2021			
2022			
2023	6	18194	0,03%
2024	9	11477	0,08%

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones

Meta: 1: Con tendencia a la disminución en la incidencia de ITS CP, con ligero aumento de 0,05 puntos porcentuales en comparación 2023-2024 con variación de 0,06.

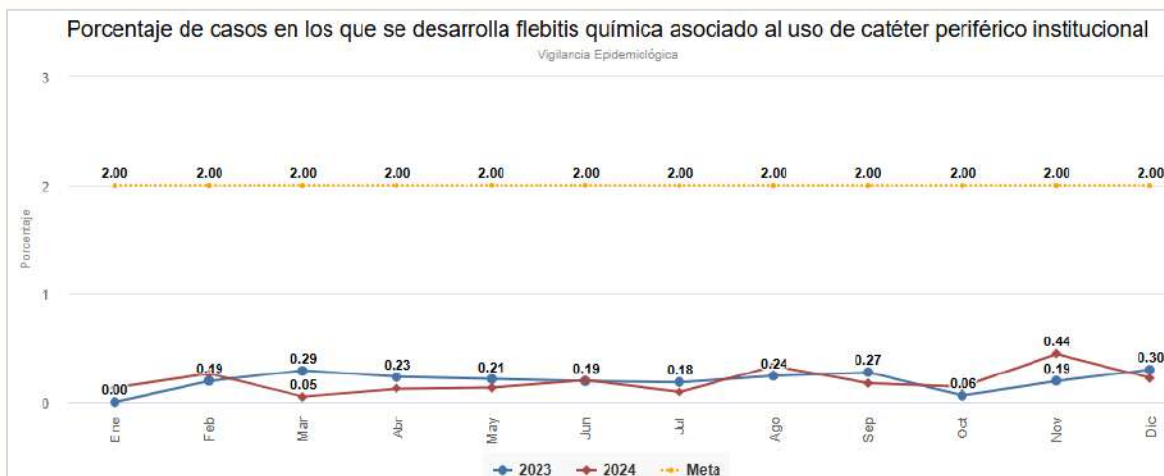


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	FLEBITIS MECÁNICA	Número de catéteres periféricos Insertados	% de Flebitis Mecánica
2020			
2021			
2022			
2023	127	18194	0,70%
2024	104	11477	0,91%

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones

Meta: 1: Con tendencia a la disminución en la incidencia de Flebitis mecánica, con ligero aumento de 0,21 puntos porcentuales en comparación 2023-2024 con variación de 0,80.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	FLEBITIS QUÍMICA	Número de catéteres periféricos Insertados	% de Flebitis Química
2020			
2021			
2022			
2023	149	18194	0,82%
2024	124	11477	1,08%

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones

Meta 2: Con tendencia a la disminución en la incidencia de Flebitis química, con ligero aumento de 0,26 puntos porcentuales en comparación 2023-2024 con variación de 0,95.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	% Adherencia Limpieza y desinfección Ambiente META:95%
2020	
2021	
2022	61,13%
2023	73,76%
2024	90,30%

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones

Meta 95%: Con tendencia al aumento en la adherencia en el proceso de ambiente seguro, con ligero aumento de 16,54 puntos porcentuales en comparación 2023-2024



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	% Adherencia Limpieza y desinfección Equipos biomédicos META:95%
2020	
2021	
2022	61,1%
2023	75,30%
2024	90,20%

Fuente: Jefe de enfermería líder del programa de control de infecciones

Meta 95%: Con tendencia al aumento en la adherencia en el proceso de equipos biomédicos seguros, con ligero aumento de 14,90 puntos porcentuales en comparación 2023-2024.

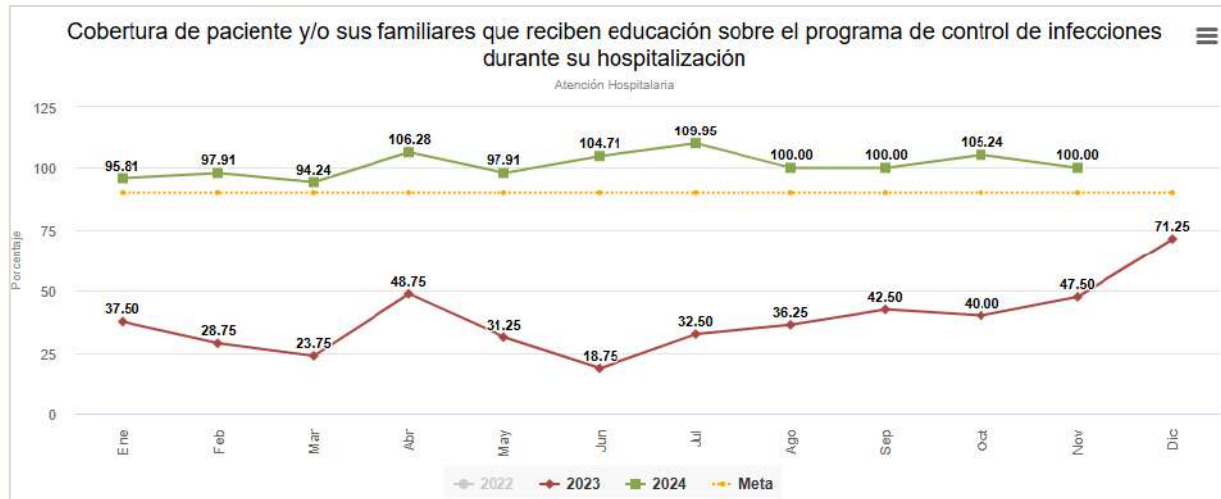
2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Vigilancia Inteligente	Estandarizar prácticas basadas en evidencia	70%	Por reajuste de línea de mando se frenó la metodología	Octubre 2024	Se identificó que la ronda de vigilancia inteligente se puede abordar diversas problemáticas y contribuir para que se puedan fortalecer las prácticas de avanzada.
Blood Culture	Fortalecer las prácticas en toma de muestras de hemocultivos	90%	Cambio de proveedor de hemocultivos con el que no se cuenta el	Agosto 2024	Se determinó que con la estandarización de la toma de hemocultivos permitió estandarizar las prácticas en la toma de muestra

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
	optimizando recursos		curso certificado de blood culture como el que posee biomeriaux		
Preceptoría	Dar respuesta al componente del programa	87%	Espacio académico reducido	Diciembre 2024	Se proporcionó retroalimentación regular y constructiva a los receptores, garantizando nuevas habilidades y mejora en las existentes
Premio excelencia en higiene de manos	Proyecto para recibir premiación por parte del programa de excelencia de la higiene de manos	100%	Falta de seguimiento de higiene de manos en consulta externa, servicio que era en el ponderado el servicio que más puntuaba en la calificación	Septiembre 2024	El mejoramiento del consumo de alcohol glicerinado especialmente en los servicios de apoyo y consulta externa
Top Bench expedición departamental por la atención segura	Exponer las buenas prácticas de la institución en término de seguridad del paciente y control de infecciones	100%	Se focalizó en el programa de control de infecciones y se determinó que se deben seguir aplicando las estrategias de prevención y control como estrategias multimodales	Septiembre 2024	Se determinó que se deben centrar las estrategias con fortalecimiento en el ámbito ambulatorio
Implementación de desinfección de No Contacto mediante la aplicación de Luz UV.	Monitorear y estandarizar procesos de limpieza y desinfección	80%	Se debe en comodato realizar la consecución del equipo, ya se realizó el piloto con una alerta de	Noviembre 2024	Por el rastreo microbiológico se determinó que fue efectiva la implementación de todo el ciclo de mejora para limpieza y desinfección desde el seguimiento, validación cualitativa,

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
			pseudo brote institucional		cuantitativa y por medio de cultivos medioambientales.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

De acuerdo con el seguimiento a familia y paciente se fortaleció el componente de educación con retroalimentación frente a los componentes del programa, se logra una adherencia superior a la meta frente a la cobertura de capacitación y educación con retroalimentación tanto a paciente y familia para fortalecer la corresponsabilidad en su manejo y cuidado.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

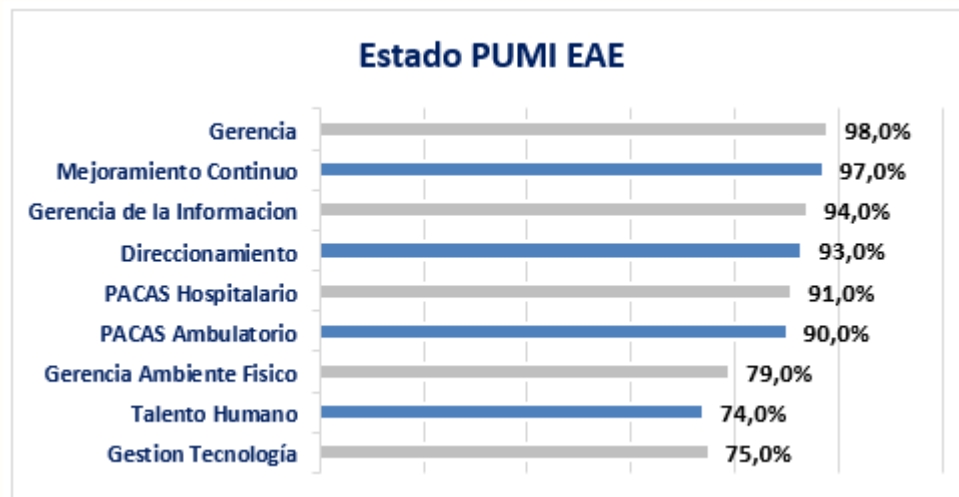
- Formación y desarrollo del Talento Humano
- Dentro de las estrategias de desarrollo del talento humano se encuentra frente a las metodologías de gestión de la información se impulsó la estrategia de los controles y seguimientos con monitorización de la información clave para prevenir las infecciones.
- Vigilancia Epidemiológica: se fortaleció el monitoreo y recolección de los datos para retroalimentación continuada con temas de fortalecimiento de las guías de implementación de aislamientos y estrategias de prevención de infecciones.
- Gestión del conocimiento (Knowledge Management): se fortalecieron la difusión de las mejores prácticas, protocolos y políticas internas mediante las jornadas de educación con fortalecimiento de estrategia teórica-práctica.

- **Análisis de Causa Raíz (ACR):** Se fortalece la identificación de causas subyacentes de eventos adversos relacionados con infección para prevenir ocurrencia, se genera esta metodología como fortalecimiento a la educación de eventos adversos.
- **Capacitación basada en competencias:** Identificación de necesidades formativas y desarrollo de habilidades específicas la higiene de manos, manejo de dispositivos invasivos, normas de bioseguridad y uso de EPP.
- **Aprendizaje Activo:** Se emplearon simulaciones con estudios de caso y juegos de rol para fortalecer el aprendizaje práctico.
- **Mentoría y Coaching:** Desde el programa de accesos vasculares se realizó preceptoría para fortalecimiento de habilidades y competencias por parte del líder que cuenta con experiencia para apoyar el desarrollo profesional del personal de salud y en formación.
- **Educación continua:** Se realizó actualización permanente sobre las nuevas normativas, guías y avances científicos relacionados con control de infecciones.
- **Curso salud total:** con los cursos de higiene de manos, control de infecciones y accesos vasculares con enfoque al personal asistencial con curso certificado.
- **Evaluación del Clima Organizacional**
- **Cultura organizacional:** Se generó estandarización de las prácticas con las rondas de vigilancia inteligente con la finalidad que los servicios evaluados sintieran apoyo por parte del equipo de gestión clínica.
- **Liderazgo:** se generó estrategia de las vigilancias inteligentes con el fin de estandarizar las prácticas de avanzada.
- **Comunicación:** se realiza retroalimentación a los equipos con el fin de mejorar el flujo de información frente a las estrategias de control de infecciones y normatividad vigente.
- **Trabajo en equipo:** Se fortalecieron los grupos para realizar trabajo colaborativo para generar estrategias de corresponsabilidad y prácticas de avanzada.
- **Reconocimiento y recompensa:** se generaron estrategias de incentivos para los que cumplen con las estrategias de control de infecciones y con los observadores ocultos frente a la estrategia multimodal.
- **Desarrollo y crecimiento:** Se seleccionaron a los jefes con el cumplimiento en lo relacionado con accesos vasculares con el fin de poder participar en el curso certificado de líder champions.
- **Ambiente laboral:** Se generaron espacios de participación en los que el personal cuenta con un clima institucional de bienestar aunado a la estrategia de reconocimiento y recompensa.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

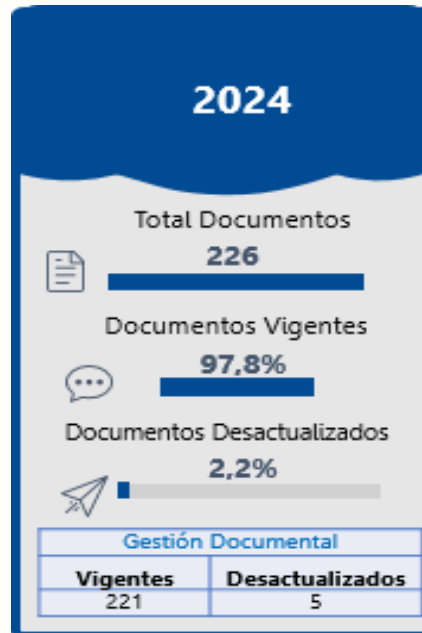
Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

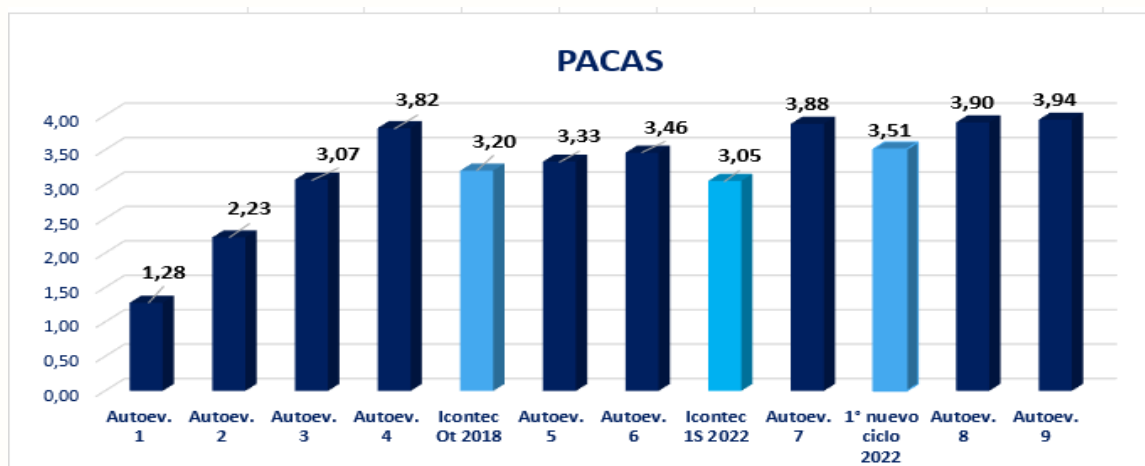
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

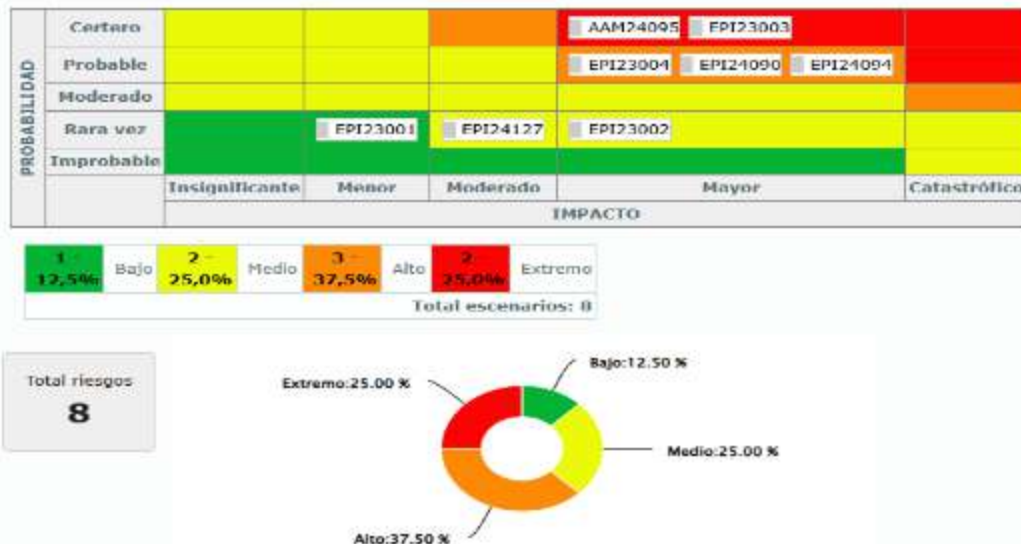
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024



POA 2024 Infecciones

Código

2024-SPB-03.2.1

Vigencia

2024

Estado

Ejecución

Responsable: Referente Infecciones

Fecha inicio: 2024-01-01

Fecha fin: 2024-12-31

Resumen programas:

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Capacitación en humanización en los servicios de salud, comunicación interna. (llegando a ti)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Rondas de las vigilancias (Programa de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente) Mi prioridad es mi paciente)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
La humanización un pilar del cuidado. (Tu Experiencia nuestro Compromiso)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Modelo de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (Modelo de Gestión Clínica)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Creemos Juntos: Creación del centro de investigación (Generación del Conocimiento)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Ecosistema Digital: Seguridad y desarrollo informático Transformación digital: Manejo de Inteligencia Artificial para control de infecciones como indicador de calidad. (IIV - CI FAN) (Ecosistema Digital)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Ahorrar no es solo gastar, sino saber gastar. (La reducción de TAAS disminuye los gastos institucionales). (Optimización de Recursos)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Optimización de recursos: Optimizar los recursos institucionales Reducción de costos asociados a la atención en salud. Rentabilidad Financiera)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Indicadores KPI de Gestión: Tasa global de infección: Con tendencia a la disminución de infecciones con un incremento diferencial de 0,17 puntos porcentuales en comparación 2023-2024, con diferencia de egresos de 1518 en estos años y variación de 1 infección.
- Adherencia institucional a los 5 momentos: Con tendencia al aumento en la adherencia en el cumplimiento de la adherencia de higiene de manos, con incremento de 6,10 puntos porcentuales, con diferencia de 3753 observaciones correctas y 2389 de observaciones totales en comparación 2023-2024.
- Porcentaje de ISQ Con tendencia a la disminución de infecciones con un descenso diferencial de 0,11 puntos porcentuales en comparación 2023-2024, con diferencia de cirugías de 1270 en estos años y variación de 16 ISQ.
- Profilaxis antibiótica: Con tendencia al aumento en la adherencia en el cumplimiento de la profilaxis antibiótica, con incremento de 2,10% en comparación 2023-2024 con variación de 16 ISQ.
- Porcentaje de aislamiento de contacto: Con tendencia a la disminución de aislamiento derivado de la implementación del paquete de pertinencia y guía institucional, con una variación de 11.30 puntos porcentuales en comparación 2023-2024.
- Cumplimiento de paquete de medidas de aislamiento: Con tendencia a la disminución de aislamiento derivado de la implementación del paquete de pertinencia y guía institucional, con una variación de 2,60 puntos porcentuales en comparación 2023-2024.
- Tasa de incidencia de ITS AC: Con tendencia a la disminución en la incidencia de ITS AC, con disminución de 0,2 puntos porcentuales en comparación 2023-2024 con variación de 0,18:2021-2024.
- Paquete de prevención de ITS AC: Con tendencia al alza en la adherencia del paquete de prevención de ITS AC, con aumento de 0,90 puntos porcentuales en comparación 2023-2024.
- Tasa de incidencia de ISTU CA: Con tendencia a la incidencia de ISTU AC, con disminución de 0,02 puntos porcentuales en comparación 2023-2024 con variación de 0,16:2021-2024.
- Paquete de prevención de ISTU CA: Con tendencia al alza en la adherencia del paquete de prevención de ISTU AC, con disminución de 4,20 puntos porcentuales en comparación 2023-2024.
- Tasa de incidencia de NAV: Con tendencia a la disminución de la incidencia de NAV, con 0 eventos identificados para 2023-2024, con diferencia de 83 días VM.



- Paquete de prevención de NAV: Con tendencia al alza en la adherencia del paquete de prevención de EAVM, con tendencia al aumento de 2,30 puntos porcentuales en comparación 2023-2024.
- Porcentaje de flebitis bacteriana: Meta1: Con tendencia a la disminución en la incidencia de ITS CP, con ligero aumento de 0,05 puntos porcentuales en comparación 2023-2024 con variación de 0,06.
- Porcentaje de flebitis mecánica: Meta 1: Con tendencia a la disminución en la incidencia de Flebitis mecánica, con ligero aumento de 0,21 puntos porcentuales en comparación 2023-2024 con variación de 0,80.
- Porcentaje de flebitis química: Meta2: Con tendencia a la disminución en la incidencia de Flebitis química, con ligero aumento de 0,26 puntos porcentuales en comparación 2023-2024 con variación de 0,95.
- Porcentaje de cumplimiento a los procedimientos de limpieza y desinfección de áreas y superficies institucional: Meta: 95%: Con tendencia al aumento en la adherencia en el proceso de ambiente seguro, con ligero aumento de 16,54 puntos porcentuales en comparación 2023-2024
- Porcentaje de cumplimiento a los procedimientos de limpieza y desinfección de equipos biomédicos institucional: Meta: 95%: Con tendencia al aumento en la adherencia en el proceso de equipos biomédicos seguros, con ligero aumento de 14,90 puntos porcentuales en comparación 2023-2024

9. PROYECTOS 2025

- Mejora de la calidad de la atención mediante la integración de los aliados estratégicos, expertos y componente de educación para el desarrollo del taller teórico práctico para la articulación de los líderes champions
- Reducir la frecuencia e impacto de los eventos adversos en 2 puntos porcentuales relacionados con la incidencia de infecciones asociadas a la atención en salud.
- Establecer colaboraciones y redes mediante el fortalecimiento de la metodología de investigación de acuerdo con el impacto del programa de control de infecciones
- Desarrollar habilidades y competencias de educación basado en competencias que se generen desde el área de control de infecciones
- Fomentar la participación del paciente en su cuidado con el fortalecimiento de la educación al paciente-familia y/o cuidador para favorecer la atención humanizada.
- Incrementar la eficiencia mediante la implementación de la digitalización de los instrumentos y guías de medición de los paquetes de cuidado institucional para prevención y control de infecciones.
- Mejorar la planificación y racionalización de recursos mediante la gestión mediante la paquetización de los bundle de cuidado para prevención de IAD.



Servicio

Cardiovascular

OBJETIVO GENERAL

Proveer servicios de cirugía cardiovascular a pacientes adultos, alineados con el Direccionamiento Estratégico de Clínica Los Nogales, integrando los servicios de cardiología intervencionista, anestesia cardiovascular y cuidados críticos para generar los mejores resultados o desenlaces en salud basados en las guías de práctica clínica.

1. RESUMEN EJECUTIVO

- Afianzamos el servicio de cirugía cardiovascular con mejoras en la calidad de la atención de los pacientes y familias que requieren intervenciones de nuestra especialidad. Mayor número de procedimientos de alta complejidad, adoptando técnicas quirúrgicas de menor invasión, procedimientos de vanguardia y con indicadores de calidad comparables con las metas internacionales.
- La mortalidad global es menor al 7% (se incluyen cirugías de salvamento, emergencias y procedimientos de alto riesgo), la mortalidad de revascularización miocárdica aislada programada es menor al 2%, la mortalidad de reemplazo valvular aórtico aislado programado es menor al 1.5%. La tasa de infección es menor al 1% global; Los anteriores indicadores son datos que las sociedades internacionales de cirugía cardiovascular identifican como puntos clave en calidad (Society of thoracic surgeons STS).
- Logramos un mayor número de atenciones a pacientes en nuestro servicio, (Consulta externa aumento el 6%, Cirugía aumento 6 % los procedimientos).
- Participamos en un mayor número de actos académicos. Presentamos trabajos en el congreso nacional de cirugía cardiovascular y cardiología, presentamos trabajos en el congreso latinoamericano LATAM EACTS-STs-LACES en Buenos aires. Fuimos contactados para presentar nuestra experiencia con datos de pacientes Clínica los Nogales en técnicas de reemplazo valvular aórtico llevando nuestras estadísticas y experiencia a Perú, Chile, Brasil y Puerto Rico.
- Implementación de nuevas técnicas quirúrgicas nuevas
- Reemplazo autólogo de válvula aortica neocuspidizacion Ozaki, preservación valvular con tejido propio del paciente.
- Técnicas de cirugía cardiaca de menor invasión (minitoracotomia, miniesternotomia, videoasistidas).
- Revascularización miocárdica quirúrgica todo arterial, técnicas de no tocar aorta, minitoracotomia, fuera de circulación extracorpórea.
- Fortalecimiento de indicadores que nos permiten medir la efectividad, calidad y productividad. En el 2024 se incluyen mediciones de:
 - Profilaxis antibiótica
 - Infección del sitio postoperatorio (ISO POP)
 - Inclusión en programa de clínica de anticoagulación



- Ventilación mecánica mayor a 48 horas
- Reintervención por sangrado entre otros
- Uso de técnicas para mitigar infecciones de sitio operatorio (campos desechables, solución desinfectante estéril). Se realizaron trabajos de campo para demostrar mejores resultados. Trabajo realizado de la mano de enfermera de infecciones, presentados en comité y aprobados para uso en nuestra institución.
- Durante el 2024 logramos afianzar la participación del programa de cirugía cardiovascular con el convenio docencia servicio, en el programa de especialización en cuidado crítico y perfusión de enfermería de la fundación ciencias de la salud de San José. Dando también continuidad al programa de pregrado de instrumentación quirúrgica de la fundación ciencias de la salud.
- Se fortaleció la relación con el Centro Policlínico del Olaya para el manejo conjunto de pacientes que requieren atención y procedimientos de nuestra especialidad, por los canales de comunicación de referencia y contra referencia, así como directa comunicación con los especialistas de cardiología y hemodinamia en ambas instituciones.
- Ampliación de tecnología.
- Adquisición de nueva máquina de circulación extracorpórea e intercambiador de calor
- Uso de prótesis valvulares de excelente calidad.
- Ampliación en oferta entrenamiento de cirugía cardíaca de menor / mínima invasión.
- Aprovechamiento y reproceso de insumos como estabilizadores y posicionadores coronarios.
- Con la adquisición de la nueva máquina de circulación extracorpórea se logra implementar el uso de cardioplegia Del Nido dada la presencia de rodillos para este fin.
- Con este tipo de cardioplegia logramos disminuir costos, logrando mejor relación de costo efectividad.
- Cada bolsa de 500 cc de cardioplegia Del Nido es de \$17.000 pesos (se prepara en central de mezclas y hay un stock mínimo en salas de cirugía que se repone según rotación), en cada caso quirúrgico se usan en promedio 2 bolsas y se infundes al paciente directamente en la aorta a través de un dispositivo que cuesta \$400.000 pesos; es decir, el costo por paciente usando esta tecnología es de 434.000 pesos.
- La cardioplegia Custodiol Bretschneider HTK se ha usado en la clínica desde el año 2015 cuando inicia el programa de cirugía cardiovascular, cada bolsa de 1000 cc tiene un costo de \$1.800.000 y, se usan 2 unidades por paciente así que tiene un costo aproximado de \$3.600.000.



- Con el cambio de cardioplegia logramos disminuir el gasto en este insumo en un 87.5 %.
- Disminución de ISO POP con respecto al año 2023 de 4.6 % a 0.6 % en el año 2024. Con estos resultados se demuestra que el trabajo interdisciplinario con el apoyo de comité de infecciones y la institución se refleja en calidad a nuestros usuarios, nos hace competitivos en el mercado y altamente costos efectivos (menor costo, menor tiempo de hospitalización, menores reintegros).
- Producción intelectual y participación en congresos nacionales e internacionales con trabajos de investigación de Clínica Los Nogales, demostrando resultados favorables, pericia en la especialidad, posicionamiento de la institución y proyección en el medio.
- Presentaciones en congresos – actos académicos: 2024 EACTS/STS/LACES Latin America Cardiovascular Surgery Conference Buenos Aires, Argentina. December 5-7.
 - Oral presentation: A minimally invasive multiarterial coronary artery bypass graft technique with conventional instruments, the beginning of a program in an emerging upper middle-income country. *Francisco Mauricio Rincón Tello*
 - Poster presentation: Advanced Bipolar energy use for multi arterial grafts (internal thoracics and radial) harvesting in coronary artery bypass surgery.
 - XXX Congreso Colombiano de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, 14,15 y 16 de marzo 2024 Barranquilla, Colombia.
 - Presentación en póster digital: Revascularización Quirúrgica del Miocardio mínimamente invasiva, serie de caso
- Actualización en cirugía cardíaca 2024:
 - 2024 EACTS/STS/LACES Latin America Cardiovascular Surgery Conference Buenos Aires, Argentina. December 5-7.
 - 2024 Fellows MIND Cath Lab Puerto Rico 8 - 9 Noviembre Ponce, Puerto Rico – Como proctor y conferencista.
 - 2024 AATS foundation Colombia Educational Program December 2-3. La Cardio.
 - 2024 programa Educativo de Edwards Insignia Mitral 14,15 Junio Cali, Colombia.
 - 2024 MIND 360 event, MedTronic. São Paulo, Brazil, March 19 – 21, 2024. Como proctor y conferencista.
- Publicación revista colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular:
 - Acceso a la cirugía cardíaca en Colombia: un análisis situacional. Access to cardiac surgery in Colombia: a situational analysis; Carlos J. Pérez-Rivera, Francisco M. Rincón-Tello, Dominique Vervoort, Lina M. Acosta-Buitrago,



Javier Maldonado-Escalante. DOI: 10.24875/RCCAR.22000098 Disponible en internet: 29-07-2024 Rev Colomb Cardiol. 2024; 31(3):134-142.

- Nuevo entrenamiento en cirugía cardiaca congénita, en patologías de cardiopatías congénitas en niños y en adultos. Ampliamos el portafolio y, podríamos soñar a futuro en tener también un programa de la institución o de la red de salud total para atender este tipo de pacientes; esto traería además de un portafolio más completo la integración de los servicios neonatales y pediátricos en la red.
- Se fortalece programa de cirugía de mínima invasión, con lo cual se logra además mostrar un programa costo efectivo, con estancias hospitalarias más cortas, (estancias aproximadas de una semana post operatoria, entre los servicios de UCI, UCII, Hospitalización) rehabilitación posoperatoria en menor tiempo.
- Actualmente el servicio de cirugía cardiaca de Clínica Los Nogales interviene entre el 70-80% de los pacientes bajo técnicas de menor invasión. Entre las cuales se destacan: Cirugía valvular por mini esternotomía, Cirugía valvular por mini toracotomía, video asistida, Revascularización miocárdica por mini toracotomía, asistida toracoscopia, procedimientos híbridos, Cirugía de revascularización fuera de circulación extracorpórea, procedimientos conjuntos con el programa de hemodinamia tipo TAVI – Transfemoral, trans subclavio, trans carotideo.
- Uno de los retos que más impacto los procesos asistenciales fueron las novedades presentadas con el prestador tercerizado de farmacia, en esta instancia contamos con el respaldo y apoyo de la institución que garantizo la disponibilidad de insumos y dispositivos médicos para dar continuidad oportuna en la atención de usuarios que necesitan cirugía cardiaca. Contamos con todos los equipos y tecnologías que se requieren, de igual forma estamos comprometidos con la custodia y cuidado de estos, además de los cobros oportunos evitando perdidas a la institución y mitigando las glosas por parte de los aseguradores.
- Mitigación de glosas:
 - La glosa presupuestada para el 2024 fue de \$5.472.692 de pesos, de los cuales hay una glosa efectiva por \$1.366.764 pesos que corresponde a un 24.9% del presupuesto.
 - En el año 2023 tuvimos una glosa presupuestada de 4.787.808 millones de pesos, con una glosa efectiva de \$819.996 pesos correspondientes a un 17%, aunque se observa un aumento de glosa en el año 2024, nos mantenemos por debajo de la meta exigente instaurada del presupuesto, con lo cual se evidencia la costó efectividad del programa.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

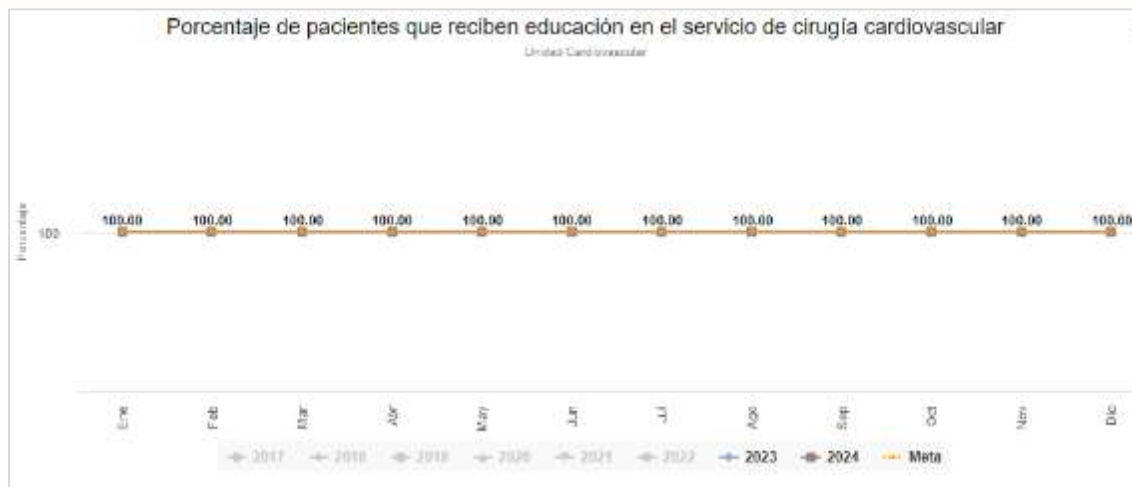
Se presenta un aumento en espera de asignación de citas de cirugía cardiovascular en el año 2024, el promedio de espera de este año fue de 10.37 días con un total de 723 pacientes atendidos y el promedio de días de espera en el año 2023 fue de 5.96 días con un total de 680 pacientes atendidos. Este aumento se debe a ingreso de herramienta que permite a los usuarios asignar sus citas personalmente, dada la apertura de agendas a 3 meses tienen mayor flexibilidad para escoger la fecha y hora de la atención. La promesa de servicio para medicina especializada en nuestra institución es de 20 días. Nos mantenemos en meta instaurada.

El paciente que requiere cita con cirugía cardiovascular encuentra de forma efectiva agenda disponible, es el paciente o acudiente quienes deciden día y hora de atención. No tenemos demoras en la disponibilidad. Hemos recibido quejas en entes de control como Supersalud de NO agendamiento de otras instituciones que tiene contratos con nuestro principal asegurador y, Clínica Los Nogales resuelve a tiempo y agenda estos pacientes.



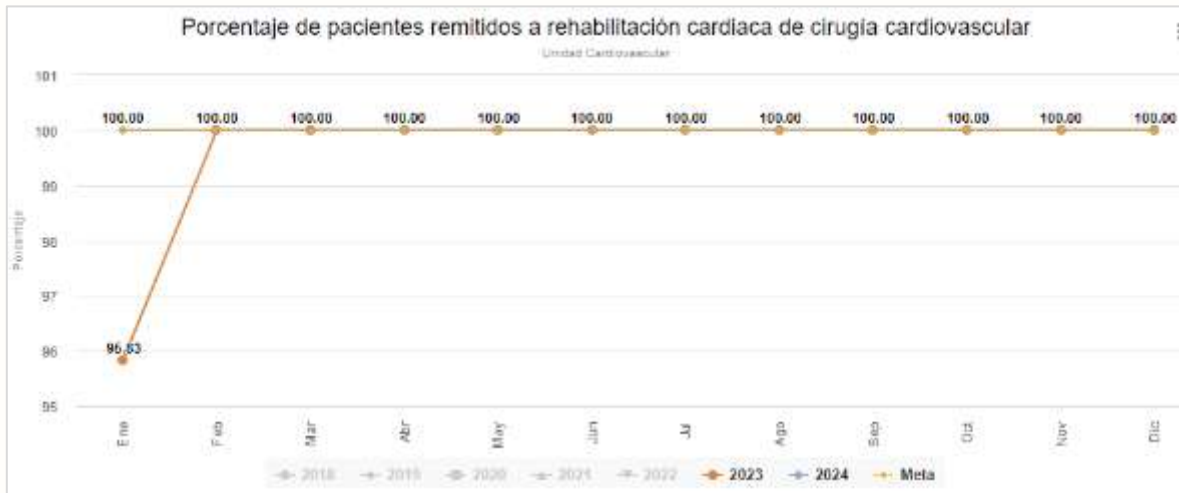
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se presenta un aumento en espera para la realización de cirugía revascularización miocárdica en el año 2024, el promedio de espera de este año fue de 6.34 días con un total de 75 pacientes atendidos y el promedio de días de espera en el año 2023 fue de 4.81 días con un total de 81 pacientes atendidos. Nos mantenemos en la meta instaurada para este indicador, máximo 8 días en espera de depuración de antiagregante plaquetario.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La educación como parte indispensable en el proceso de promoción y prevención se mantiene en un 100% a todo nuestro grupo poblacional. En el año 2023 fueron 219 pacientes educados, mientras que, en el año 2024, 235 pacientes recibieron educación. Estas actividades realizadas se encuentran almacenadas en el sistema de gestión integrado Almera y están enfocadas al paciente y su familia, sensibilización que genere apropiación de su proceso de salud y calidad de vida implementar hábitos saludables.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

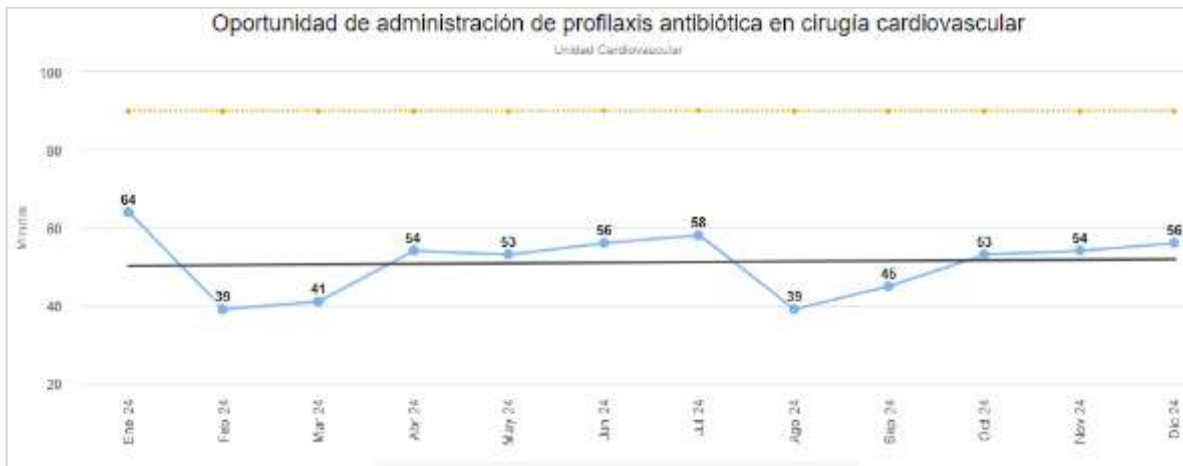
La terapia de rehabilitación cardíaca, como parte de promoción y prevención terciaria es vital en el proceso de recuperación de los pacientes operados del corazón, El 100% de los pacientes con egreso satisfactorio, en el año 2023, 198 pacientes y en el año 2024, 217 pacientes, fueron remitidos al programa de rehabilitación cardíaca en su asegurador, para dar continuidad en proceso de recuperación, sensibilización y compromiso del paciente con su salud y calidad de vida. La importancia de incluir al paciente en el programa es disminuir el riesgo de futuros eventos cardíacos, mejorar calidad de vida con estilos saludables, garantizar el retorno a sus actividades cotidianas y laborales prontamente.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Nos alineamos con paquete instruccional de seguridad de paciente, mitigar y prevenir complicaciones. La fibrilación auricular es una condición esperable en post operatorio de cirugía cardíaca, el 100% de los pacientes con egreso satisfactorio (en el año 2023 - 198

pacientes y en el año 2024- 217 pacientes), recibieron prescripción de betabloqueador como profilaxis antiarrítmica. Aunque recientemente existe literatura controversial; Este indicador se mide en las sociedades internacionales como uno de los ítems de calidad en los servicios de cirugía cardíaca en el mundo.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024 iniciamos medición de indicador profilaxis antibiótica prequirúrgica. Alineados con guía de profilaxis institucional, tenemos un tiempo entre 60 y 120 minutos para la administración del antibiótico. En la gráfica observamos que nos mantenemos por debajo de este tiempo en algunos periodos, se realizara intervención a desviación encontrada.



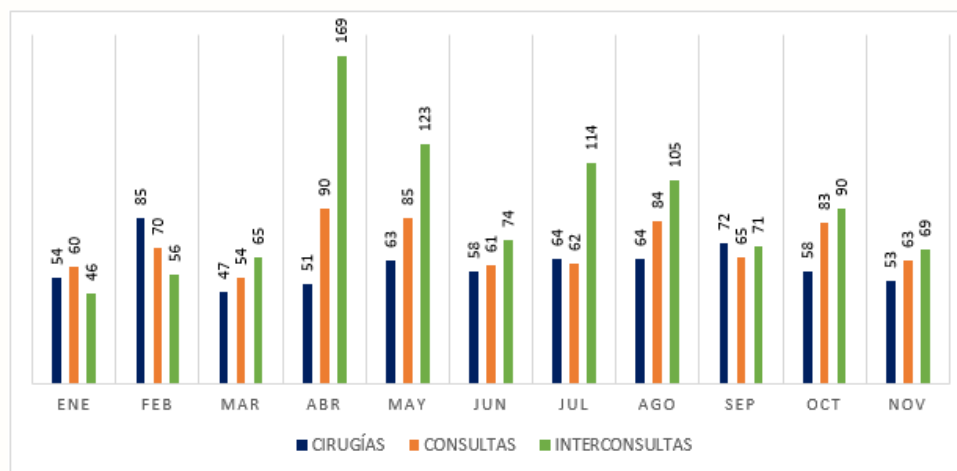
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el número de intervenciones realizadas por cirugía cardiovascular se encuentran incluidos todos los procedimientos en los cuales cirugía cardíaca participa; además de

aquellos en sala de cirugía 4to piso, anotamos también procedimientos de stand by realizados en hemodinamia, los segundos tiempos quirúrgicos y las reintervenciones para exploración. En el año 2024 se realizaron 293 intervenciones, mientras que en el año 2023 fueron 333 intervenciones. Se presenta una disminución en 2024 comparado con el año 2023.

2024									
PERIODO	CIRUGÍAS	CONSULTAS	INTERCONSULTAS	TOTAL	CIRUGÍAS	CONSULTAS	INTERCONSULTAS	INGRESOS	GLOSAS
ENE	54	60	46	160	34%	38%	29%	\$ 243.523.605	
FEB	85	70	56	211	40%	33%	27%	\$ 322.205.695	-\$ 375.912
MAR	47	54	65	166	28%	33%	39%	\$ 324.296.531	
ABR	51	90	169	310	16%	29%	55%	\$ 534.721.742	
MAY	63	85	123	271	23%	31%	45%	\$ 640.333.050	
JUN	58	61	74	193	30%	32%	38%	\$ 308.070.303	-\$ 279.034
JUL	64	62	114	240	27%	26%	48%	\$ 480.841.138	-\$ 642.718
AGO	64	84	105	253	25%	33%	42%	\$ 413.646.874	-\$ 69.100
SEP	72	65	71	208	35%	31%	34%	\$ 349.760.131	
OCT	58	83	90	231	25%	36%	39%	\$ 452.284.116	
NOV	53	63	69	185	29%	34%	37%	\$ 416.705.029	
DIC									
	669	777	982	2428	28%	32%	40%	\$ 4.486.388.214	-\$ 1.366.764

Fuente: Jefe de enfermería líder de cirugía cardiovascular



Fuente: Jefe de enfermería líder de cirugía cardiovascular

CENTRO DE COSTOS CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
INGRESOS


CUENTA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Ingreso Proyectado	\$107,412,244	\$174,461,120	\$460,355,561	\$574,407,553	\$560,327,544	\$154,853,126	\$112,240,021	\$346,461,290	\$215,000,115	\$241,832,455	\$274,460,495	\$340,464,464	\$4,560,103,733
Ingreso Real	\$140,822,419	\$222,628,848	\$412,211,817	\$484,415,716	\$442,217,049	\$179,112,212	\$119,145,221	\$342,461,471	\$245,718,131	\$492,474,118	\$574,718,028	\$0	\$4,486,388,214
% Cumplimiento	131%	127%	89%	84%	79%	116%	106%	107%	114%	204%	209%	0%	98%

CUMPLIMIENTO META ANUAL
98%
CUMPLIMIENTO PERIODO ANTERIOR 113.73%

CUMPLIMIENTO ACUMULADO 107.5%

CUMPLIMIENTO META CORTE 105.0%

SUPERAVIT ACUMULADO AL \$ 314,298,944

Fuente: Jefe de enfermería líder de cirugía cardiovascular

METAS DE PRODUCCION Y SEGUIMIENTO


INDICADOR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Cirugías Proyectadas	53	54	55	56	57	48	40	53	59	56	53	50	620
Cirugías Efectuadas	54	55	47	51	63	50	64	64	72	50	53	0	669
% Cumplimiento	102%	102%	85%	91%	110%	104%	160%	121%	122%	89%	100%	0%	107%

CUMPLIMIENTO PERIODO ANTERIOR
107.41%
CUMPLIMIENTO ACUMULADO
118.0%
TOTAL CIRUGIAS ALCANZADAS
669
CUMPLIMIENTO META CORTE
100.0%
CIRUGIAS REALIZADAS EN EL CORTE
53
SUPERAVIT ACUMULADO AL
102

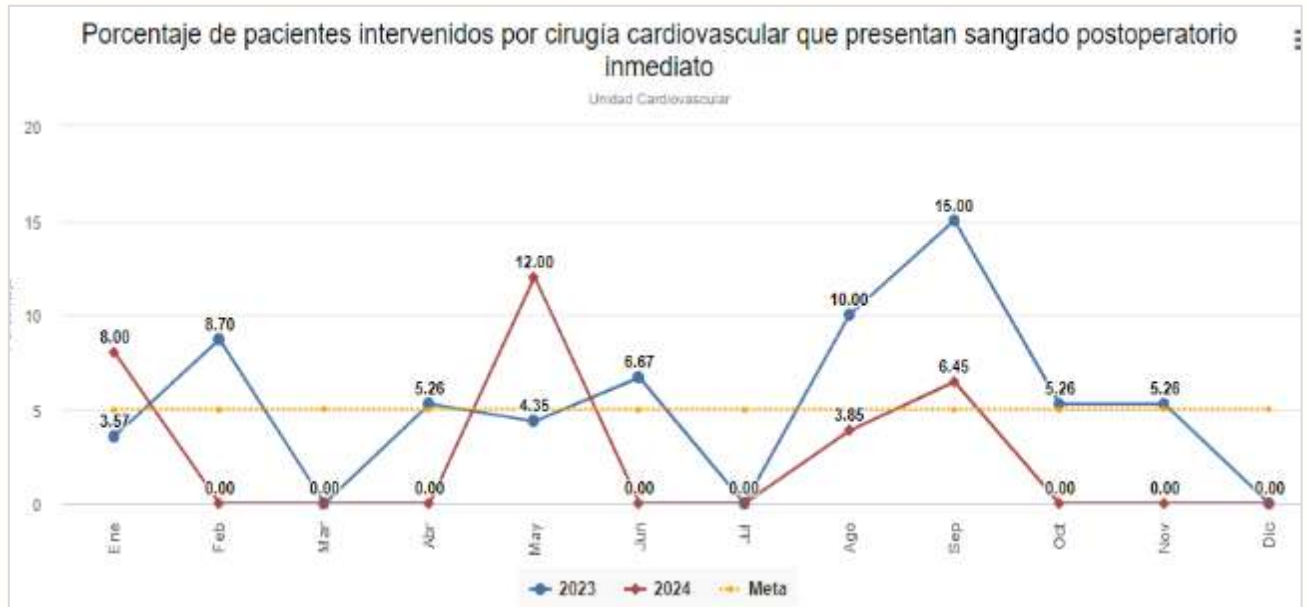
Fuente: Jefe de enfermería líder de cirugía cardiovascular

El programa de Cirugía cardiovascular para el año 2024 tenía un presupuesto proyectado de \$ 4.560.103.733 millones de pesos. A noviembre de 2024 se facturaron \$ 4.486.388.214 millones de pesos, es importante mencionar que aún se encuentran algunas cuentas en pre factura y no se ha plasmado ingresos del mes de diciembre. En cuanto a la glosa presupuestada para el 2024 fue de 5.472.692 pesos de los cuales hay una glosa efectiva por 1.366.764 pesos. Con lo cual se evidenciamos costo efectividad del programa de cirugía cardíaca.

En términos de productividad hemos cumplido más del 100% del presupuesto proyectado, los ingresos son mayores de forma progresiva a lo largo de los años y, las glosas se

mantienen en un valor muy pequeño para la complejidad del servicio. Nos hemos alineado con los direccionamientos de la institución bajo el marco actual de la salud en nuestro país buscando continuar la atención de los pacientes, con indicadores de calidad en metas internacionales y buscando costo efectividad en la atención.

2.2. Indicadores de efectividad



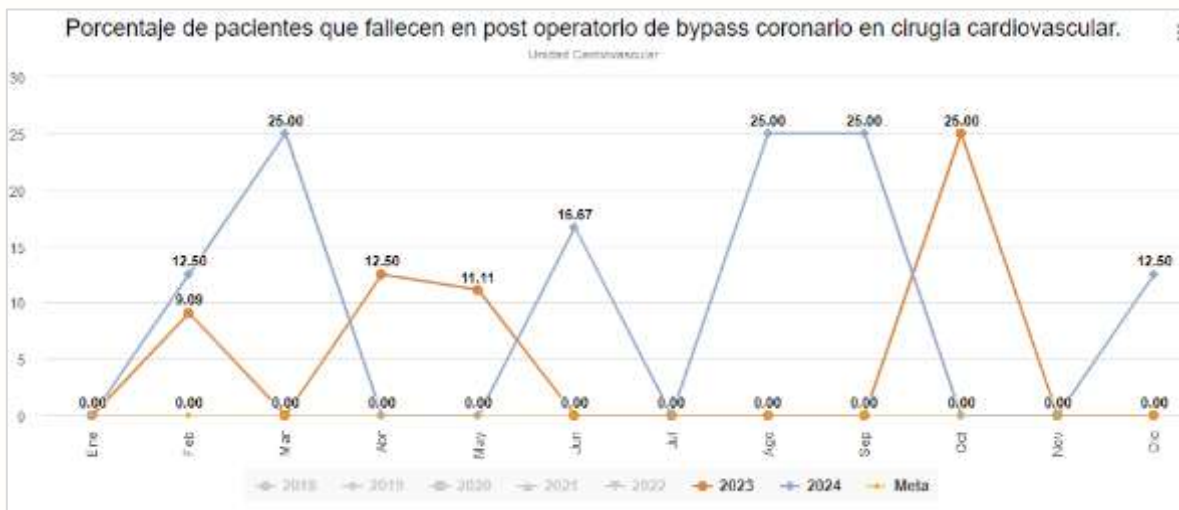
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024 el porcentaje de sangrado después de cirugía cardíaca fue de 2.7% (235 pacientes atendidos) comparado con el año 2023 donde el porcentaje presentado fue del 5.07%, (219 pacientes atendidos), con una disminución de 2.37% puntos porcentuales, lo que demuestra mejores resultados, que favorecen costo efectividad para la institución y satisfacción de la atención en el paciente. En resumen; tenemos menor tasa de reintervención por sangrado, menos complicaciones y una mejor curva de aprendizaje en el servicio, salas de cirugía y unidad de cuidados intensivos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024 no se presentó mortalidad después de un reemplazo valvular aórtico (44 pacientes), comparado con el año 2023 donde falleció 1 paciente de 52 pacientes con reemplazo valvular. Progresivamente acercamos los números hacia la excelencia en cirugía cardiovascular, aún con un mayor mérito al ser una institución que atiende pacientes de múltiples especialidades y dentro de ellas la de cirugía cardiovascular. Se mantiene costo efectividad y meta instaurada para este indicador.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

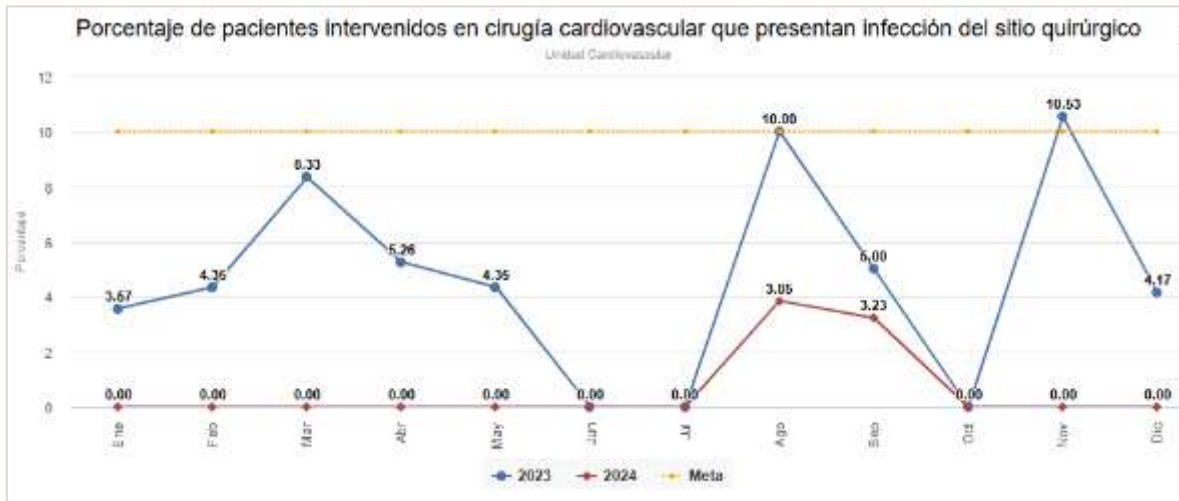
En el año 2024 incremento la mortalidad después de una revascularización miocárdica en un 3 % correspondiente a 6 pacientes de 75 pacientes intervenidos, comparado con el año 2023 donde fallecieron 4 paciente de 81 pacientes operados. La desviación de este indicador está dada por las múltiples morbilidades que presentan los pacientes con enfermedad arterioesclerótica (diabetes mellitus, obesidad, tabaquismo, sedentarismo,)

que hacen más tórpido el proceso de recuperación post operatorio inmediato y como desenlace, mortalidad. En cuanto a egreso satisfactorio y adecuada rehabilitación de los pacientes operados de bypass, evidenciamos que en el año 2024 fue de un 92% mientras que en el año 2023 fue de 95%. Este indicador hace parte en nuestro medio de una de las exigencias por los entes gubernamentales en salud. Nuestro número actual es del 92% indica que somos una clínica completamente capaz de manejar con eficiencia este tipo de patologías y, hace parte de la base de un grupo de cirugía cardiovascular hacia la excelencia.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencia una disminución en los reingresos hospitalarios después de cirugía cardíaca. En el año 2024 reingresaron 8 pacientes mientras que en el año 2023 los reingresos registrados fueron 15. Dentro de las causas de reingreso están la sobre anticoagulación, fibrilación auricular, falla cardíaca y otras no relacionadas directamente al procedimiento quirúrgico. El éxito se basa en intervenciones como educación, seguimiento del paciente por grupo médico y de enfermería, implementación de técnicas de menor invasión, mejor preparación prequirúrgica de los pacientes y de la mejor preparación de la piel. Por otra parte, el aumento progresivo del volumen hace que los diferentes servicios implicados en la atención de los pacientes sean cada vez más entrenado y apto para el manejo.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El porcentaje de ISO POP disminuyó notablemente en el año 2024.

En el año 2023 se presentaron en total 12 ISO POP (superficial y profunda) que representa un 4.6% de los pacientes operados en este periodo. En el 2024% se presentaron 2 ISO que representan el 0.6% de los pacientes operados en este periodo.

Este resultado se da gracias a las estrategias y productos utilizados en cirugía, respaldados por comité de infecciones y avalados por la institución. Logramos mejorar en un 86 %, brindando atención segura y de calidad a pacientes del programa de cirugía cardiovascular.

2.3. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Cardioplegia Del Nido	Disminución costos con calidad adecuada	100%	Disponibilidad de insumos.	Diciembre 2024	Se logra implementar este tipo de cardioplegia con una disminución notable de costos (87% del insumo) por cada paciente que requiere circulación extracorpórea y parada cardíaca.
Entrenamiento o congénitas – cirugía pediátrica cardiovascular	Ampliar portafolio. Mayor entrenamiento	100%	Horarios, disponibilidad tiempo, costos del entrenamiento	Diciembre 2024	Se completó el entrenamiento de la Dra. Rivera. Permite ampliar portafolio del servicio.

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
	en el grupo quirúrgico		asumidos por cada profesional.		
Entrenamiento o continuo personal de salas cirugía	Contar con personal idóneo para intervenciones quirúrgicas	80%	Perdida del talento humano.	Continuo – a necesidad del servicio	Se entrena continuamente personal de enfermería, instrumentación y médicos ayudantes.
Disminución infección	Mejor atención, menores costos, calidad	100%	Insumos, costos (campos desechables, solución estéril para lavado especial)	Diciembre 2024	Disminución del porcentaje de infección (cercana a 0%).
Actualización de tecnología	Insumos y tecnología actualizados	70%	Costos, adquisición de nuevo ecocardiógrafo y salvador de células		Se adquirió nueva máquina de circulación extracorpórea e intercambiador de calor. El salvador celular y el ecocardiógrafo son tecnologías antiguas y requieren cambio.
Producción intelectual	Continuar la producción intelectual y asistencia a eventos académicos bajo el nombre de Clínica Los Nogales				La presencia de la academia permite continuar posicionamiento, mejorar el rigor científico y mantener la calidad de atención.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Desde el programa de cirugía cardiovascular hacemos una encuesta interna al paciente donde evalúan la experiencia en la atención del programa de cirugía cardiovascular, en general es excelente para el 100 % de los pacientes atendidos, como uno de los proyectos para el 2025 solicitaremos a gestión del servicio implementar una encuesta por la aplicación programa “Xcustomer” que permita medir con más objetividad la experiencia de cada paciente que ingrese al programa de cirugía cardiovascular y así plantear planes de mejora si se presentan desviaciones.



Fuente: Jefe de enfermería líder de cirugía cardiovascular

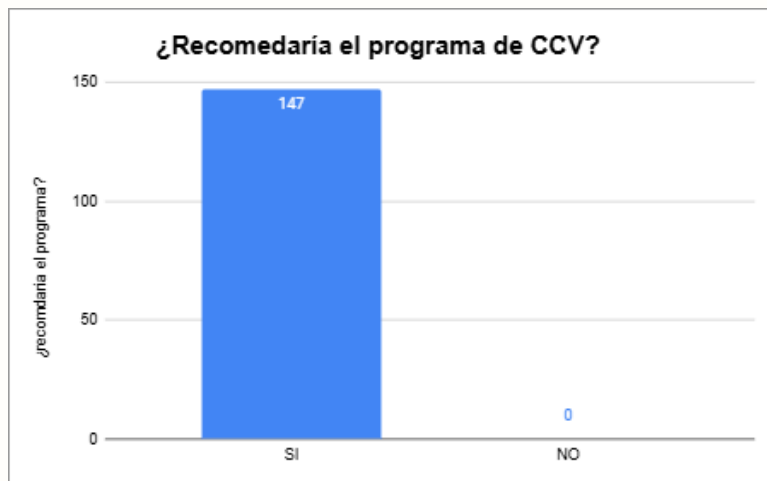
Evaluamos la experiencia de nuestros pacientes a través de una encuesta que evalúa 3 ítems. En este ítem se pregunta al paciente ¿Cómo califica la atención prestada por el equipo de Cirugía Cardiovascular? (En cuanto amabilidad y trato respetuoso). En el año 2024 aplicamos esta encuesta a 147 pacientes, de los cuales el 82.9 % (122 pacientes) están completamente satisfechos con la atención prestada por el equipo de CCV, mientras que el 17.1% (25 pacientes) manifiestan que la atención fue buena.



Fuente: Jefe de enfermería líder de cirugía cardiovascular

En el segundo ítem se solicita al mismo número de pacientes (147) calificar la información que recibió por parte del equipo de cirugía cardiovascular (sobre su enfermedad, tratamiento, rehabilitación y resolución de dudas). La respuesta de nuestros pacientes es

positiva en esta pregunta, ya que cuentan con toda la información desde la primera valoración y educación continua durante su hospitalización. El 82.9 % (122 pacientes) están completamente satisfechos con la información recibida desde el equipo de CCV, mientras que el 17.1% (25 pacientes) manifiestan que la información de su enfermedad y tratamiento fue buena.



Fuente: Jefe de enfermería líder de cirugía cardiovascular

En este ítem ¿Recomendaría el servicio de Cirugía Cardiovascular de Clínica los Nogales, a un familiar o un amigo? Se refleja la satisfacción del 100% de la muestra. Los 147 pacientes encuestados recomendarían el programa de cirugía cardiovascular de Clínica Los Nogales. Manifiestan haber recibido una atención de calidad que comprende las necesidades y expectativas de los pacientes, ya que es personalizada lo cual aumenta la satisfacción.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Durante el año 2024 se fortaleció el entrenamiento en salas de cirugía de instrumentadoras quirúrgicas, ayudantes y auxiliares de enfermería. De la mano de la coordinadora de salas de cirugía se programaron participaciones de personal no entrenado con el fin de potencializar sus competencias en la sala cardiovascular.

Actualmente contamos con 4 instrumentadoras, 5 auxiliares de enfermería, 3 ayudantes quirúrgicos entrenados, comprometidos con el programa personal adicional que se entrenó en el 2024 (4 ayudantes y 3 auxiliares), se retiraron e hicieron pruebas en otras instituciones obteniendo calificaciones altas y crecimiento profesional.

La Dra. Aura Rivera completo entrenamiento de 18 meses con la Fundación Cardio infantil La Cardio en cirugía pediátrica cardiovascular – congénitas.

En cuanto a la incursión en nuevas técnicas realizamos entrenamiento en técnica Ozaki, (reemplazo valvular aórtico antólogo) contamos con el acompañamiento y entrenamiento de Proctor y casa comercial, se realizó taller y capacitación de todo el equipo de cirugía cardiovascular, con posterior realización de procedimiento quirúrgico. Paciente con egreso y post operatorio satisfactorio y completamente rehabilitado.

Participaríamos en jornada educativa de enfermería dando cubrimiento a todo el talento humano antiguo y nuevo con el objetivo de instruir, sensibilizar y dar conocer las pautas de cuidado a pacientes en situación preoperatoria de cirugía cardíaca, la adecuada preparación que permita el éxito de la programación de su cirugía, los cuidados específicos durante el postoperatorio y su estancia hospitalaria en aras de garantizar una recuperación satisfactoria y un egreso seguro al domicilio. Soportes en departamento de enfermería. La experiencia con las nuevas tecnologías valvulares fue compartida en actividad académica (programada en octubre de 2024) con dirección médica, administrativa, talento humano de salas de cirugía, UCI, hospitalización. Mostramos en esta actividad el proceso de recuperación y rehabilitación de los pacientes sometidos a cirugía de corazón a quienes se les implanto una prótesis de alta calidad y la importancia de la participación de cada uno de ellos en el proceso con cada paciente. Este tipo de tecnologías ha permitido mostrar a Clínica Los Nogales como referente de cirugía cardiovascular ante otras instituciones y otros países, lo cual posiciona competitivamente nuestra institución.



Los Nogales Medtronic

Programa de cirugía cardíaca
Experiencia Aavalus

Conoce el procedimiento de
la **válvula quirúrgica aórtica**

Reconocimiento a la **Válvula #200**
Implantada en Clínica Los Nogales

Exponer
Dr. Francisco Mauricio Rincón Tello

Fecha:
Martes 29
de Octubre de 2024

Hora:
5:30 p.m.

Lugar:
Auditorio Piso 10
Clínica Los Nogales

Regístrate y participa

Dirigido a: Médicos especialistas y equipo de enfermería

Síguenos en redes

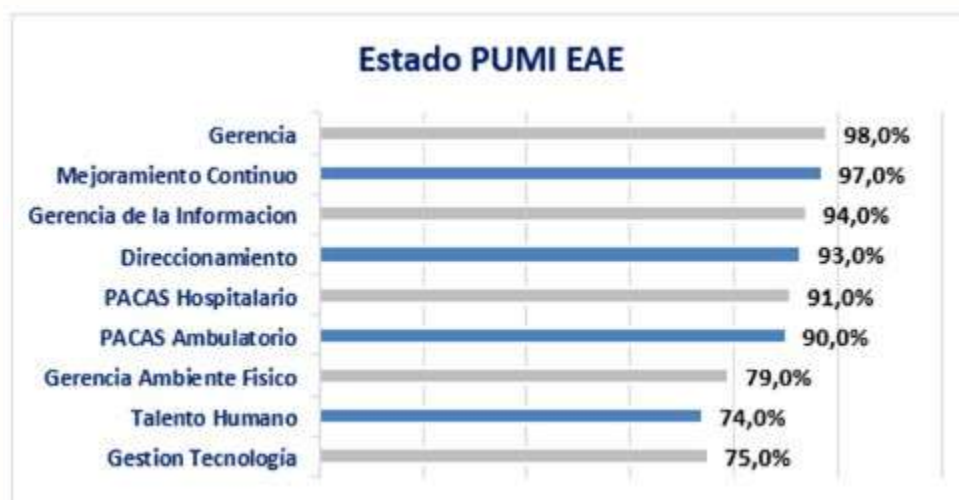
Científicamente avanzados, humanamente cálidos.

Fuente: Coordinación de comunicaciones

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

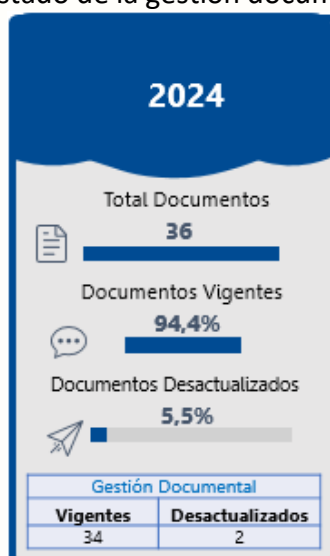
Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

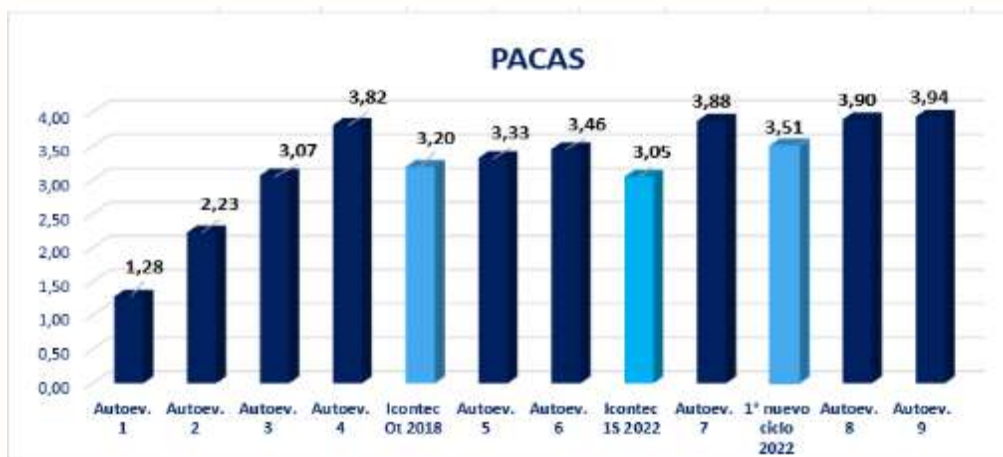
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

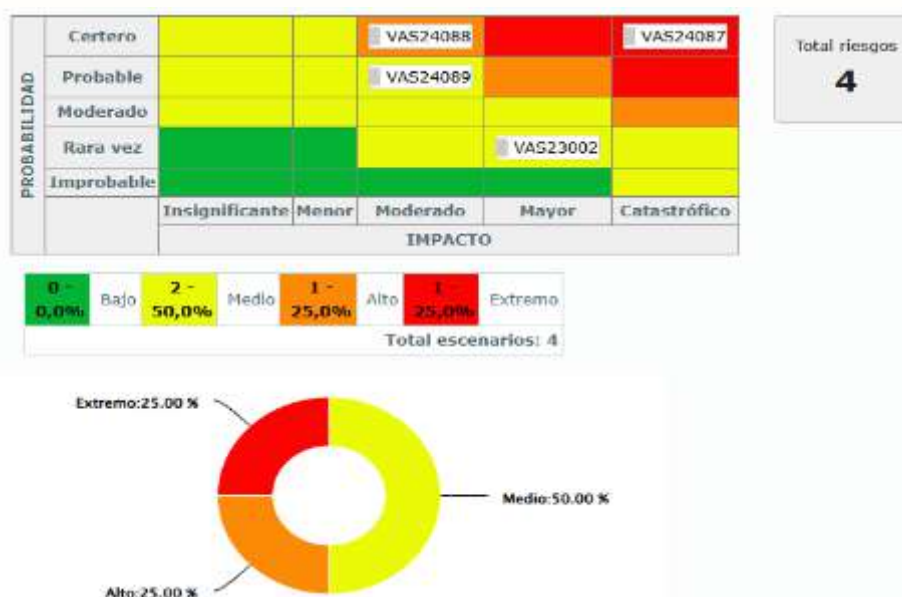
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTION DEL RIESGO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Bajo el marco actual de regulación en salud que el gobierno impone es difícil continuar atención en salud de alta calidad, implica mejor uso de los recursos disponibles en términos de costo efectividad sin perder calidad, seguiremos trabajando alineados a la dirección de la institución y esperando mejoren las condiciones actuales.
- Metas de calidad con indicadores reales comparados con sociedades internacionales nos permiten posicionarnos en la clínica, grupo asegurador y en el medio como un servicio eficiente y de alto desempeño en patologías complejas de cirugía cardiovascular
- El mejoramiento de la tecnología en sala de cirugía nos permite ser más eficientes y menos costosos.
- La participación académica permite compartir nuestra experiencia y mostrar los buenos resultados que tenemos en la institución, genera posicionamiento y demuestra calidad científica. Tenemos la necesidad de una unidad de investigación o grupos de investigación de la clínica que faciliten plasmar en escrito todas las ideas y datos que tenemos para mejorar la producción intelectual.
- Consideramos que, a comparación de varios años atrás; clínica Los Nogales está preparada desde un enfoque multidisciplinario para asumir una mayor complejidad en patologías cardiovasculares complejas.

8. PROYECTOS 2025

- Continuar con indicadores en metas internacionales en términos de mortalidad, morbilidad, infección entre otros.
- Mantener la atención de los pacientes de forma oportuna, ser costo efectivo sin comprometer calidad en la atención alineada a las direcciones que la institución considere ante el marco actual del sistema de salud.
- Lograr mostrar a salud total los resultados y así ser centro de referencia de patologías cardiovasculares.
- Los modelos de atención a otro tipo de aseguradores -Internacionales y prepagadas pueden ser un punto no explorado en nuestra institución para cirugía cardiovascular. Tenemos resultados y datos de alta calidad que nos permitirían junto con la infraestructura y ubicación de la institución mostrar los servicios y ser atractivos a este nicho de pacientes.
- Una unidad de investigación institucional es importante para dar el siguiente paso a la producción intelectual.
- Renovación de tecnología (ecocardiógrafo, salvador celular).



- La incursión en nuevas tecnologías para el servicio de cirugía cardíaca de la clínica debe tener dos objetivos: Terapia de ECMO y asistencia ventricular más trasplante cardíaco.
- Aumentar la oferta de servicios y la capacidad de atender todo tipo de patologías cardíacas, hemos madurado la atención en patologías frecuentes de esta especialidad y, consideramos es momento de dar un paso más para posicionar a clínica Los Nogales en el ámbito del ECMO, asistencia ventricular y trasplante cardíaco, lo anterior permitirá manejar todos los pacientes que requieran algún tipo de intervención cardíaca y ser centro de referencia de la red salud total como viene sucediendo actualmente.
- Con la presencia del programa de falla cardíaca hemos notado pacientes con patologías de falla cardíaca avanzada que no podemos manejar en la institución. Específicamente aquellos pacientes que requiere intervención bajo soporte de ECMO o asistencia ventricular y pacientes con indicación de trasplante cardíaco. El año 2024 se remitieron o se enviaron a otras instituciones pacientes con indicación o necesidad de sistema ECMO durante el manejo de pacientes., también remitimos pacientes de forma emergente, salvamento; bajo canulación en sala de cirugía o unidad de cuidados intensivos para ser manejados por programas de ECMO (Shaio, clínica del Country, Fundación Cardioinfantil La Cardio).
 - Aproximadamente 1 a 2 pacientes mensuales se deriva el manejo en remisión ante indicación de cirugía cardíaca, pero con requerimiento perioperatorio de sistemas ECMO.
 - 5 pacientes fueron canulados de forma emergente en salas de cirugía (3) y en unidad de cuidados intensivos (2) para traslado con terapia ECMO transporte.
 - El programa de falla cardíaca maneja un número mayor de estos pacientes que son derivados a otra institución.
- Los desafíos que tenemos para continuar en crecimiento y sostenibilidad dada la coyuntura actual en cuanto a posibles reformas del sector nos obligan a ser cada vez más completos como institución prestadora de salud, a tener a disposición en la institución tanto la pericia del talento humano como la tecnología requerida para la atención de todo tipo de pacientes. Desde cirugía cardíaca aún tenemos oportunidad de ofrecer más agenda para valoraciones en consulta, aún tenemos espacio en cirugía cardíaca para atender más pacientes que requieran intervenciones, aún podemos implementar tecnologías como ECMO, asistencia ventricular y servicios como trasplante cardíaco para tener el portafolio completo.
- El entrenamiento de los cirujanos cardíacos activos en el programa actualmente YA comprende las anteriores terapias, estamos convencidos que implementarlas traerá una mejor atención, aportará mayor volumen, así como complejidad a la institución bajo un nivel de calidad demostrado y traerá una retribución económica importante dado el alto costo - retorno económico de estas terapias.



Es un reto inmenso lograr mantener el grupo y el talento humano entrenado en la atención de nuestros pacientes para continuar manteniendo los niveles de calidad demostrado. La competencia en el sector de salud es compleja y debemos tener a nuestro equipo (auxiliares enfermería, jefes de enfermería, médicos, especialistas, terapeutas, perfusionistas, administrativos) comprometidos con los proyectos de la clínica con incentivos claros de crecimiento en aspectos como el profesional, intelectual, económico y de satisfacción personal.

Unidad de Oncología

OBJETIVO GENERAL

Brindar atención oportuna, eficaz y humanizada, basada en los más altos estándares de seguridad, al paciente oncológico y su familia durante las fases de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

1. RESUMEN EJECUTIVO

Se establecieron indicadores de desenlaces clínicos tratando de llevar a cabo el cumplimiento de una meta al 100%.

Reduciendo la mortalidad relacionada con la enfermedad en paciente oncológico en mejoras de intervención del tratamiento en una mejor atención oportuna a su diagnóstico.

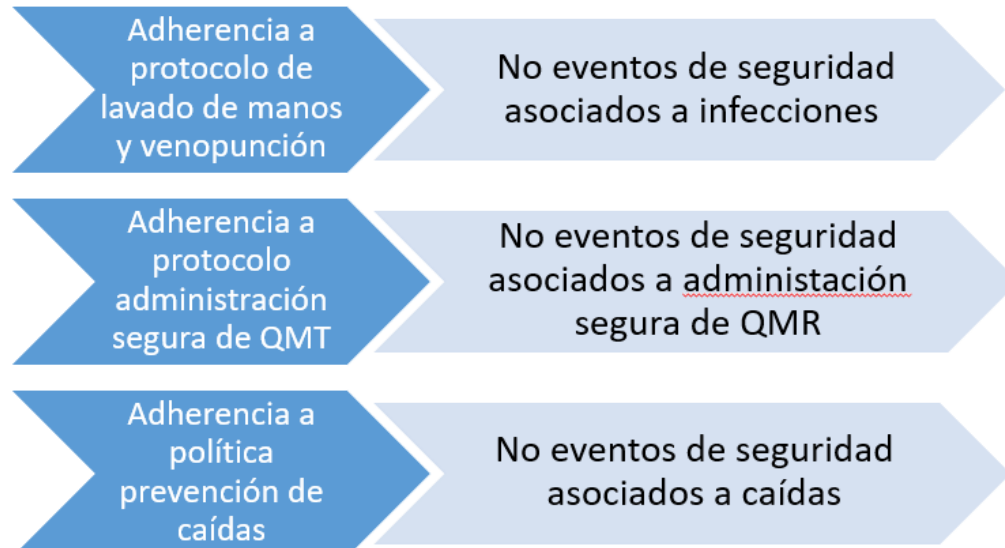


Fuente: Coordinación de la unidad de oncología

Mejora en la atención y ordenamiento de medios diagnósticos con hallazgos oportunos en cuanto su enfermedad, agilizando así su tratamiento.

Progreso en cuanto la forma o condición de como el paciente puede tratar su enfermedad de forma veraz y oportuna evaluando su bienestar físico y emocional para un mejor cuestionamiento de calidad de vida, y que su tratamiento lo vea de forma positiva y satisfactoria.

Indicadores de Calidad



Fuente: Coordinación de la unidad de oncología

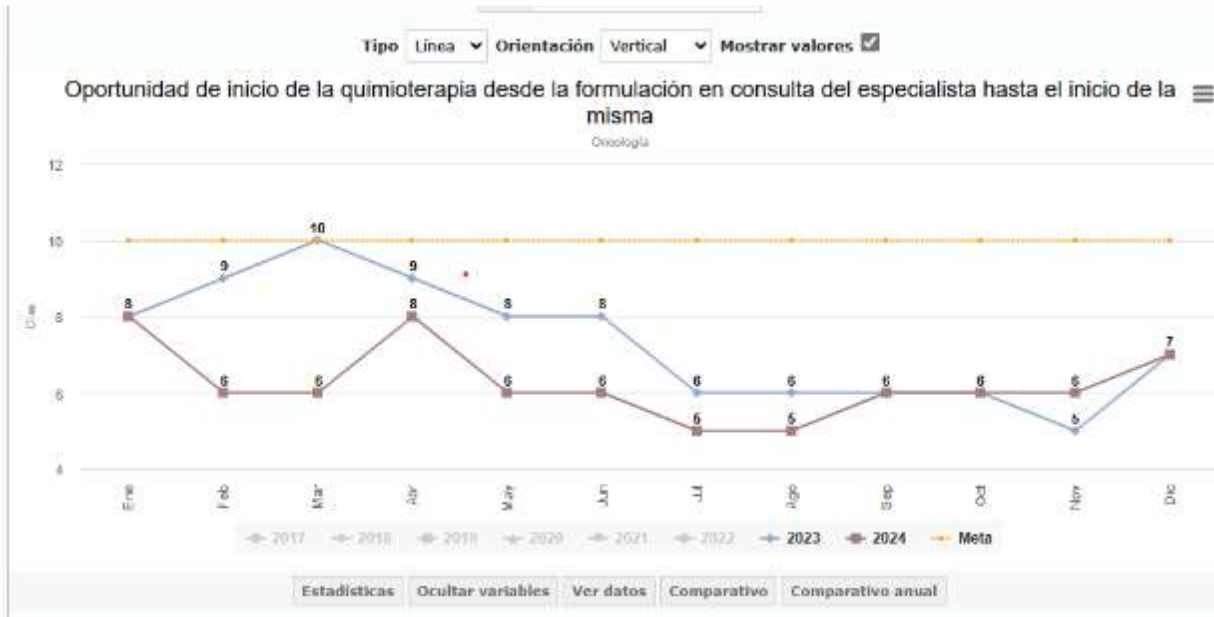
Se realizó un programa de capacitación continua para profesionales que intervienen el proceso de atención del paciente con diagnóstico de cáncer, llevando a cabo una meta del 95%. El cual se realiza con capacitaciones continuas al personal de la unidad oncológica auxiliares y jefes de enfermería, médicos de soporte, jefes graduados en especialización de oncología, revisión de temas de interés en cuanto administración de medicamentos y diferentes tratamientos a pacientes oncológicos para así mismo tener un aumento de resultado en la atención en nuestros pacientes oncológicos.



Fuente: Coordinación de la unidad de oncología

Fortalecer las juntas de escalonamiento terapéutico e indicación de nuevas tecnologías (Optimización de recursos).

Se realizan Juntas medicas para revisar cambios, manejo terapéutico y tratamiento en pacientes Oncológicos con médicos especialistas.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Los retos en la unidad oncológica es el mejoramiento continuo en cuanto a brindar una atención oportuna y llevar a que el paciente cumpla con su cita programada para su aplicación de tratamiento, así no generara que haya perdida de aplicación y abandono de tratamiento.

Mejoro el agendamiento de la aplicación de quimioterapia generando movimiento de sillas de manera efectiva durante el día y el movimiento de la sala mejore indicadores, atención al paciente y tiempos.

Medir la oportunidad inferior a 15 días de inicio de quimioterapia desde la formulación en consulta con el especialista hasta el inicio de esta, con el fin de identificar las desviaciones en la oportunidad y aplicar las acciones correctivas pertinentes y oportunas que contribuyan a una mejor prestación de servicios a nuestros usuarios.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores productividad

Se observa una mejora en comparación al año 2023 en la oportunidad de inicio de quimioterapia ya que su tiempo promedio de 8 días disminuyó en el año 2024 mejorando tiempos de tratamiento.



Fuente: Modelo BISA (Base de información de servicio asistenciales)

Se observa en comparación del año 2023 ahí un aumento en cuanto consultas de especialidades brindando así una mejor oportunidad de atención.

Estadística													
COMPORTAMIENTO QUIMIOTERAPIA													
Volumen pacientes atendidos en quimioterapia													
Variable	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Tendencia
Número de pacientes a los que se les administro quimioterapia en la unidad de oncología	475	501	482	515	536	529	530	533	527	542	531	534	
Número de pacientes a los que se les administro quimioterapia hospitalización	37	37	64	42	46	36	39	49	51	56	26	30	
Número de pacientes a los que se administro medicamentosa NO CITOTOXICOS en la unidad de oncología	120	177	183	206	263	268	265	273	259	293	320	240	
Total	632	715	689	763	845	842	834	855	832	885	880	813	
													9585

Fuente: Modelo BISA (Base de información de servicio asistenciales) – Año 2024

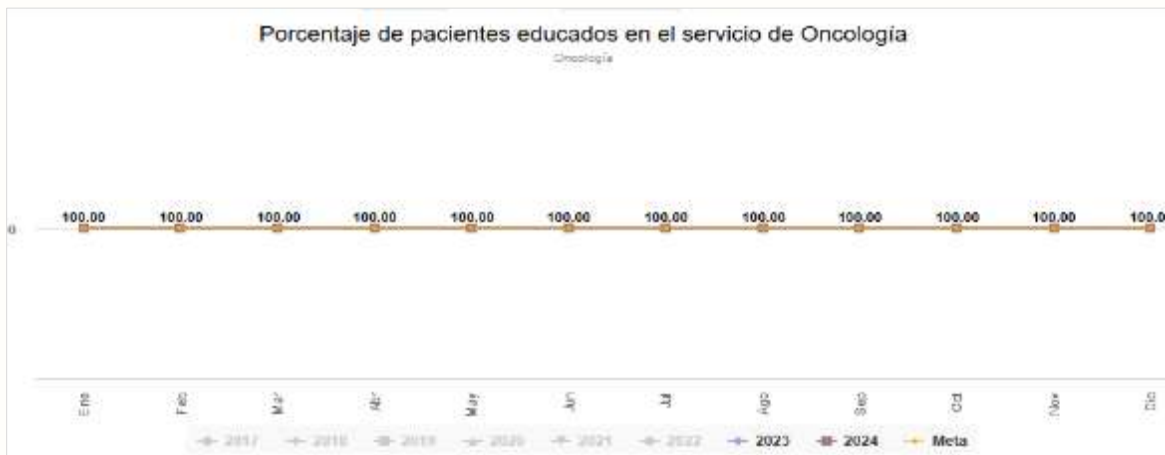


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Expresa el número de tratamientos de quimioterapia terminados que lograron cumplir los objetivos que se plantearon según las particularidades de cada paciente por cada 100 tratamientos finalizados en un mes de seguimiento, en el cual se visualiza que para el año 2024 no cumple con el objetivo a comparación del año 2023.

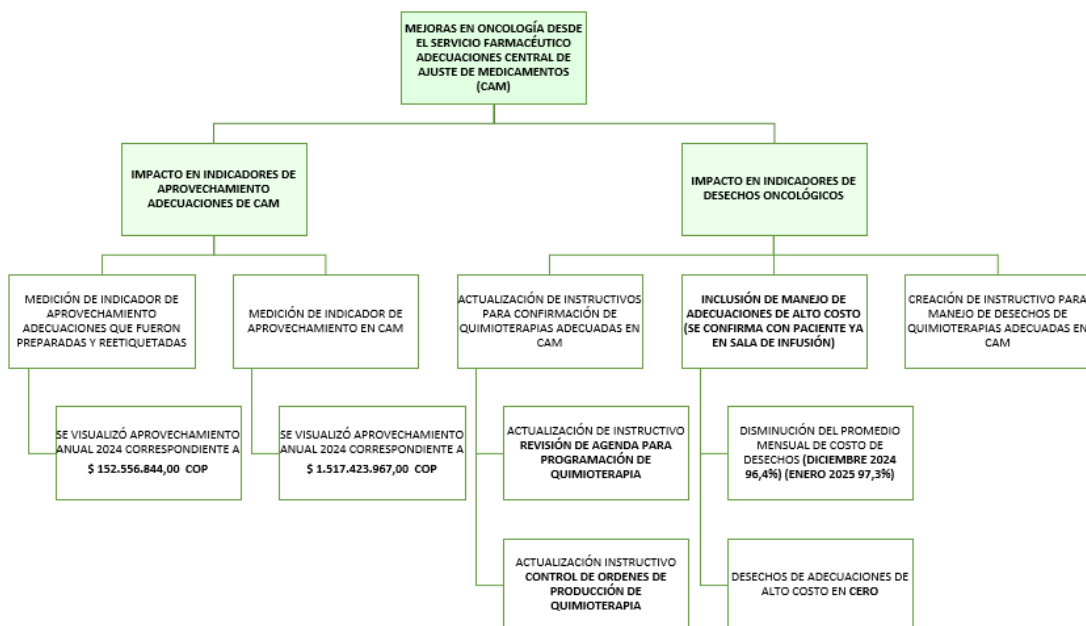
Volumen pacientes atendidos en quimioterapia													
Variable	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Tendencia
Número de nacimientos a los	321	339	369	355	395	372	405	433	439	440	451	459	
Número de	41	27	25	19	24	16	28	20	19	26	29	34	
Número de	0	0	163	120	134	150	76	108	126	130	127	128	
Número de	362	366	557	494	553	538	509	561	584	596	607	621	
Total													6348

Fuente: Modelo BISA (Base de información de servicio asistenciales) – Año 2023



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Medir la cantidad de usuarios educados en el servicio de Oncología, mediante la comunicación de temas y recomendaciones de vital importancia para su estado de salud de acuerdo con el tipo de patología, con el fin aportar al cumplimiento del modelo de atención integral en salud de la institución y al bienestar y humanización de nuestros usuarios. se logra educar al 100 % de los pacientes. en temas como extravasación, efectos secundarios, prevención de caídas. Este indicador se cumple con la estrategia de intervención de las profesionales de enfermería, auxiliares, psicología, nutrición y trabajo social



Fuente: Coordinación de la unidad de oncología

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Agendamiento am	Disminuir perdidas de quimioterapia e inmunoterapias de alto costo	90%	Inconformidad de los pacientes al momento del agendamiento am (onces)	En avance continuo	Mejoro el volumen de perdidas

El volumen de pérdidas de quimioterapia e inmunoterapia disminuye desde el momento de la implementación de este método de verificación de citar al paciente AM así su aplicación sea en la tarde y así mismo se realiza valoración por medico de sala de quimioterapia ya que son medicamentos de alto costo.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Analizando los PQRS se observa que ahí un número significativo de pacientes el cual por distintas razones no se han sentido a gusto con la atención, donde se observa que la oportunidad de atención es el índice más significativo ya que nuestros especialistas manejan una agenda con citas extras y la atención del paciente oncológico demora un poco más, y esto hace que se presente alguna inconformidad en el usuario, pero ya evaluando la parte de atención en sala y la satisfacción que presentan los pacientes reflejan un 98% significa que se está prestando una atención humanizada a gusto del paciente con tendencia a ser mejores.

PQRS POR MES													
Etiquetas de fila	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Total general
LN-Oncología y SAMI	3	8	10	13	7	7	11	17	7	12	17	13	125
Total general	3	8	10	13	7	7	11	17	7	12	17	13	125

Fuente: Coordinación de la unidad de oncología

ATRIBUTOS POR MES								
	Actitud de Servicio	Barreras de Acceso	Oportunidad	Percepción Manejo Entendible y Comprensible	Seguridad Del Paciente	Información/ tramites administrativos	Confort e Infraestructura	Demora en la atención
Ene			2			1		3
Feb	1	2				1		4
Mar	3	1	3		1	1	0	10
Abr	2		8			1		13
May	1		3			1		7
Jun	1	1	5					7
Jul	1	2	7		1			11
Ago	2	6	6					17
Sept		3	1					7
Oct	3	2	2					12
Nov	6	5	5					17
Dic	1	2	3			2		13
Total	21	26	43	2	0	7	0	125

Fuente: Coordinación de la unidad de oncología

Inconformidades de los pacientes en la unidad de oncología

 Oncología	Año	Satisfacción	PQRS
	2023	98.4%	0.2%
	2024	99.0%	0.1%
	TOP 5 Atributos Afectados 2024		
	1	Oportunidad	43
	2	Demora en la atención	26
	3	Barreras de acceso	26
	4	Actitud de servicio	21
	5	Información trámites administrativos	7
	Indicador NPS		
	Año 2023	89.1%	
	Año 2024	99.0%	

Fuente: Coordinación de la unidad de oncología

Se observa mejora en atención en comparación del año 2023.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

- Se realizó educación durante la quimioterapia: Proceso de administración de medicamentos conocimiento de posibles síntomas a presentar.
- Se realiza afrontamiento del diagnóstico en cuanto a paciente y familia
- Se realizó educación ante Cuidados de la piel durante el tratamiento
- Se realizó una jornada de educación sexual y reproductiva- Facilitar la educación sexual y reproductiva en pacientes oncológicos mediante recursos informativos y apoyo emocional, para abordar sus inquietudes y decisiones relacionadas con la sexualidad y la fertilidad durante y después del tratamiento, el cual tuvo una respuesta positiva en cuanto desconocimiento del tema y la importancia que tiene a nivel emocional.

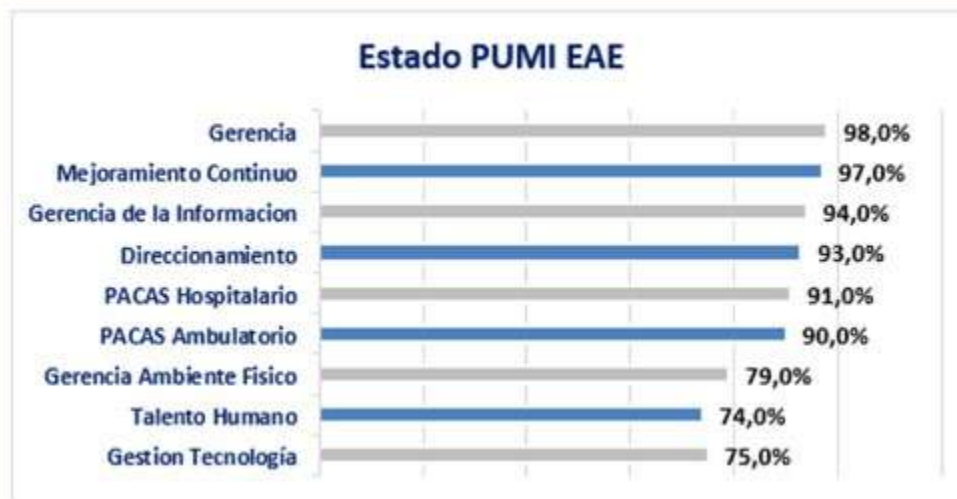
4.2. Evaluación del Clima Organizacional

Se realiza actividad de interacción de ideas durante el proceso con el grupo de oncología auxiliares y jefes de enfermería, para mejorar y fortalecer el equipo de trabajo y así mismo observando resultados, brindando conocimiento en todo el rol individual de cada colaborador de la unidad de quimioterapia, en cada una de sus funciones, y así mismo se dialogó sobre inconformidades de unos a otros en ámbito laboral y llegar a un acuerdo en grupo de un ambiente sano y de calidad que refleje buenos resultados en el servicio el cual mejora el clima organizacional, dicha actividad se realiza en la unidad de quimioterapia finalizando el turno de cada colaborador, y el cual arroja un resultado positivo ya que lo toman de manera asertiva y comprometida.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

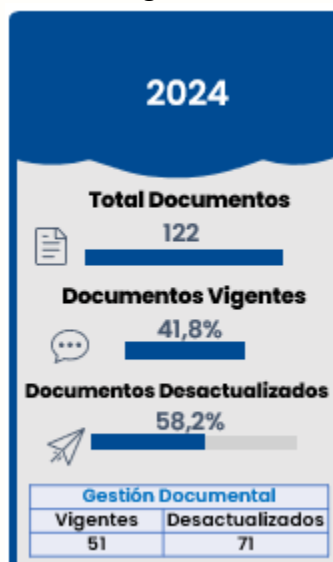
Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio, los resultados son los siguientes:



Fuente Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

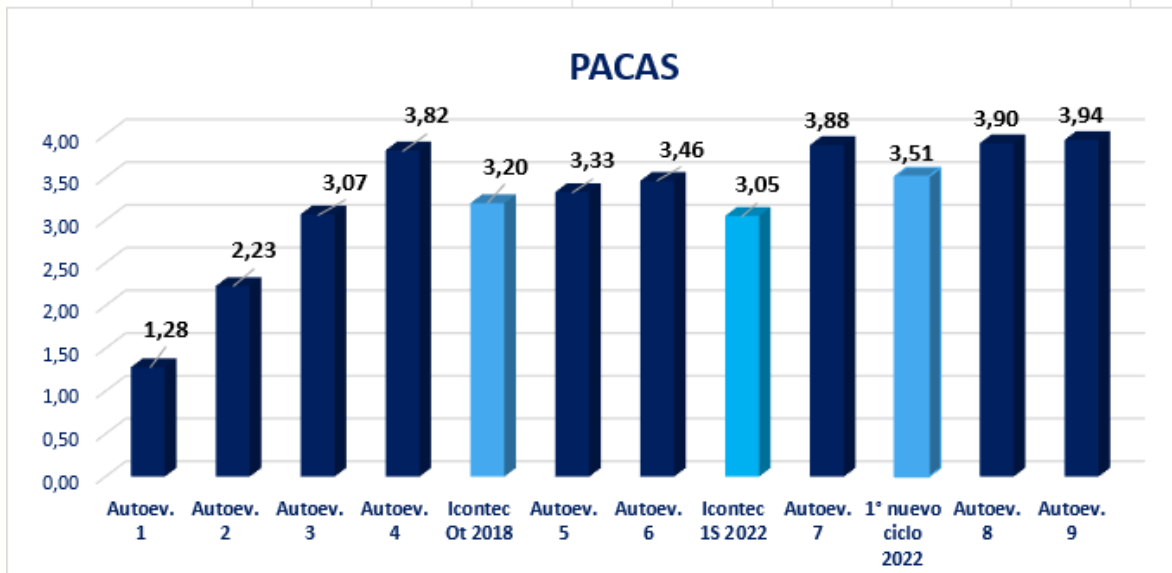
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual

		POA 2024 Oncología		<table><tr><td>Código</td><td>2024-SIN-10.8</td></tr><tr><td>Vigencia</td><td>2024</td></tr><tr><td>Estado</td><td>Ejecución</td></tr></table>		Código	2024-SIN-10.8	Vigencia	2024	Estado	Ejecución
Código	2024-SIN-10.8										
Vigencia	2024										
Estado	Ejecución										
Responsable: Coordinación de Oncología				Fecha inicio	2024-01-01	Fecha Fin	2024-12-31				
Resumen cronogramas											
Cronograma		Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento						
Programa de capacitación continua para profesionales que intervienen el proceso de atención de paciente con diagnóstico de cáncer (Legando a TI)		95,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	95,0%						
Establecer indicadores de desenlaces clínicos (Mi prioridad es mi Paciente)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Fortalecer el programa de cuidados (yo cuido y me cuido) (la experiencia nuestra compromiso)		83,8% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	83,8%						
Ajustar el modelo de atención del paciente oncológico para el seguimiento de paciente preexistente e incluir en el modelo de gestión clínica toda la navegación que se hace con el paciente oncológico. (Modelo de Gestión Clínica)		15,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	15,0%						
Jornada de actualización de oncología clínica dirigida a médicos/jornada de actualización de oncología clínica dirigida a enfermeras (Generación del Conocimiento)		85,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	85,0%						
Realizar prueba piloto de sistema de agendamiento de quimioterapia (Ecosistema Digital)		47,5% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	47,5%						
Fortalecer las rutas de escalonamiento terapéutico e indicación de nuevas tecnologías (Optimización de recursos)		90,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	90,0%						
Afinar el modelo de cuidado dano en oncología: tiempos de respuesta a BC (Rentabilidad Financiera)		62,5% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	62,5%						
TOTAL		72,39% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	72,4%						

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Se validan pacientes de tratamientos de alto costo en horario am
- Se ajustan horario con cambio de franjas para mayor cobertura con ajuste de actividades y cumplimiento de horas.
- Se valida creación de agendas en Don Doctor y parametrización para disminución de tiempos de sala para cargue de bloques de horario
- Agenda a nombre de procedimientos y se carga con aplicación de medicamentos, ampliación de tiempos de agenda y creación de infraestructura de SAME, creación de cups para Cargue en Don doctor en procedimientos, ajuste de nota desde Don Doctor a paciente.
- Se observa un mejor comportamiento de horario en la sala de infusión.

9. PROYECTOS 2025

- Desarrollar las actividades en las jornadas académicas de las estrategias establecidas en el programa cuidando con amor brindando las herramientas necesarias de experiencia de servicio.
- Desarrollar las actividades en las jornadas académicas de las estrategias establecidas en el programa cuidando con amor brindando las herramientas necesarias de

experiencia de servicio. Brindar al paciente talleres de arte y manualidad durante su tiempo de infusión en sala, para que así mismo su estadía sea agradable y productiva (TESOROS HECHOS CON AMOR).

- Capacitar al grupo de navegadoras con el curso, Te Capacito " Nuestro mejor escudo en oncología Enseñanza para la vida.
- Capacitar al equipo de navegadoras en mejores prácticas para la ejecución de sus tareas
- Programar anual de capacitaciones de protocolos institucionales en conjunto con personal de Medical para realizar en UNITOTAL y en jornada académica con temas específicos de la unidad de oncología.
- Realizar estrategias por cada una de las metas de seguridad del paciente que garanticen la adherencia, para identificar posibles causas y que acciones podemos realizar para intervenir de forma eficaz.

Unidad de Cardiología

OBJETIVO GENERAL

Brindar una atención oportuna, humanizada, segura y eficiente, con el fin de definir un diagnóstico y dar continuidad teniendo en cuenta el estado de salud, en la unidad de cardiología.

1. RESUMEN EJECUTIVO

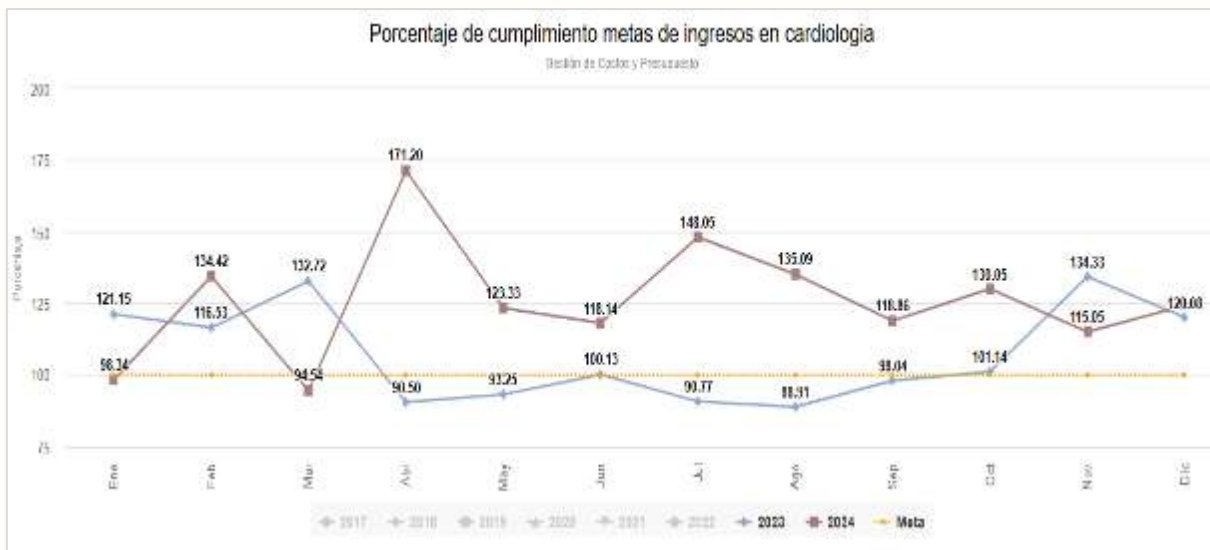
- Durante el año 2024 la unidad de cardiología trabajo en las desviaciones encontradas en las evaluaciones periódicas, se plantearon planes de mejora las cuales se visualizan en el POA 2024. Se continuo en mejoramiento de los indicadores de Almera, con el fin de fortalecer los procesos y cumplir con las metas establecidas por la clínica.
- La oportunidad en el agendamiento de citas de cardiología y procedimientos se amplió, garantizando agendamiento para call center, respuestas PQR, y para la atención directa en el servicio, se puede exponer que en el año 2023 se tenían 600 PQR represadas por asignar citas entre procedimientos y consultas, al finalizar el año 2024 por día se recibieron 15 PQR las cuales se les daba respuesta en los tiempos indicados.
- La disponibilidad para pacientes oncológicos aumento, brindando una agenda especial los miércoles y jueves para toma de ecocardiograma transtorácico, pacientes que cuenten con la orden de prioritario se les brinda atención inmediata, los reportes de electrocardiograma se entregan el mismo día que se toma, las consultas de cardiología para iniciar su tratamiento, se abrió un espacio de consultas extras, con el fin de no entorpecer el proceso.
- Se trabajo en la entrega oportuna de los reportes de electrocardiogramas, MAPA, HOLTER.
- El personal de enfermería tuvo participación en las reuniones académicas de enfermería mensuales.
- los informes de productividad del servicio, comparando el año 2023 con el año 2024, se evidencia un aumento del 29% en el número de actividades realizadas.
- Se persevera en la actualización académica continuada, mediante la reunión médica mensual del último jueves de cada mes. (Actas de reunión).
- La realización de la Junta medico quirúrgica semanal, se ha convertido en un espacio académico de intercambio de opiniones que benefician de forma importante a los pacientes.
- Adicional el grupo medico participo en importantes publicaciones y trabajos de investigación, congresos nacionales e internacionales.
- Fortalecimiento de la clínica de falla cardiaca- cardiología.
- Iniciamos programa de Mitra Clip – Clínica Los Nogales.



- Trabajos de concurso presentado en el congreso nacional de cardiología.
- Optimización de citas de ecocardiografía y consulta pacientes oncológicos.
- Trabajo concurso presentado congreso S.C.C. Marzo del 2024. Barranquilla:
- Caracterización de variantes genéticas en pacientes con fenotipo hipertrófico en un centro de cardiología entre los años 2021 a 2023.
- Cierre Percutáneo de fuga para valvular en paciente con prótesis valvular mitral mecánica.
- Participación y organización simposio nacional de cardio oncología.
- Participación como conferencistas en el congreso nacional de cardiología. Barranquilla marzo 2024.
- Masas cardiacas por ecocardiografía. Dra. Roncancio.
- Factores de riesgo cardiovascular en el paciente oncológico. Dra. Roncancio.
- Imágenes cardiovasculares en paciente oncológico. Dr. Carvajal.
- Presentación libro de electrocardiografía: interpretación en enfermedad coronaria. Dr. Fuentes.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Según el comportamiento de este indicador nos permite identificar que en el año 2024 tuvo un comportamiento positivo con lo propuesto Vs lo ejecutado teniendo así un promedio de la ejecución del 125.94% de la productividad, sin embargo cuando lo comparamos con el año anterior 2023 encontramos que el comportamiento fue del 107.30% y ende se ve un

aumento del 14.8% para esto es importante resaltar que con la apertura de nuevas agendas, tiempos de agendamiento nos permitió suplir las necesidades de los usuarios, aumentar la capacidad instalada y con esto la oportunidad y los tiempos de respuesta.



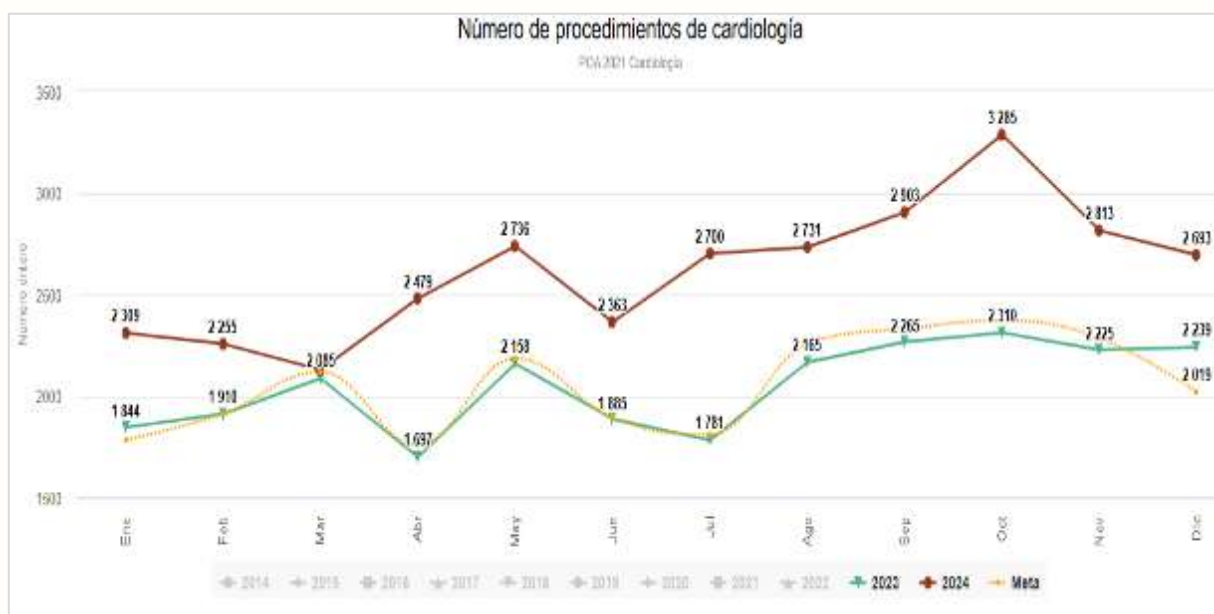
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se puede observar que durante el año 2024 se trabajó en la oferta de consultas de acuerdo con la demanda requerida por los usuarios, manteniendo la oportunidad de asignación de citas en promedio de 16 días, cumpliendo con la meta planteada por la clínica, la cual no debe superar los 20 días de acuerdo con el modelo asistencial institucional.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Con el indicador de controles de cardiología durante el año 2024 se trabajó en la en mantener una oportunidad no superior a los 20 días con el objetivo de tener control sobre el tratamiento y suprimiendo complicaciones futuras



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El número de procedimientos del área de cardiología ha tenido una tendencia al crecimiento comparando año anterior de un 0.59%, se ha trabajado de la mano con el modelo de atención de consulta externa, manteniendo una estable oferta del servicio, brindando información oportuna sobre la preparación de los diferentes procedimientos, y confirmada asistencia para optimizar la programación de agendas.

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Programa de Mitra clip	Mejorar la función cardíaca y reducir los síntomas en pacientes con insuficiencia mitral severa, especialmente para aquellos pacientes que no candidatos para cirugía cardíaca convencional	100%	Ninguna	Marzo del 2024	Proporcionar una opción terapéutica efectiva menos invasiva para pacientes con insuficiencia mitral severa

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

De acuerdo con la gráfica se puede observar que durante el año 2024 la satisfacción del usuario frente a la atención del servicio de cardiología se mantuvo en promedio en un 98%, resultado positivo para la meta establecida por la organización.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Durante el año 2024 se desarrollaron por mes diferentes actividades al equipo de enfermería, la cuales reforzaron las actividades diarias que desempeñamos en el área, con el fin de mitigar los errores.

- Enero: monitorización continua de presión arterial
- Febrero: ecocardiograma stress con prueba de esfuerzo o farmacológica.
- Marzo: tipos de aislamiento
- Abril: residuos hospitalarios
- Mayo: Holter
- Junio: Prueba de esfuerzo
- Julio: Electrocardiograma
- Agosto: lavado de manos
- Septiembre: Identificación segura
- Octubre: comunicación asertiva
- Noviembre: ECOTE

- Diciembre: Tipos de limpieza de desinfección.
- Adicional por parte medica el ultimo jueves de cada mes se realiza reunión académica de actualización de guías y mantuvieron activos en participación de congresos nacionales e internacionales.
- Trabajo concurso presentado congreso S.C.C. Marzo del 2024. Barranquilla
- Participación como conferencistas en el congreso nacional de cardiología.
- Barranquilla marzo 2024.
- Masas cardiacas por ecocardiografía. Dra. Roncancio.
- Factores de riesgo cardiovascular en el paciente oncológico. Dra. Roncancio.
- Imágenes cardiovasculares en paciente oncológico. Dr. Carvajal.
- Presentación libro de electrocardiografía: interpretación en enfermedad coronaria. Dr. Fuentes.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

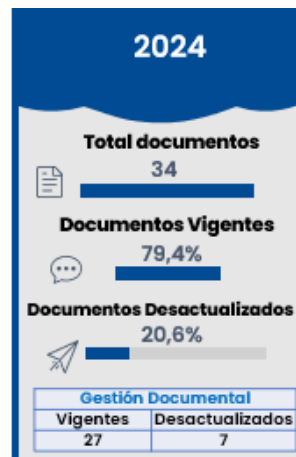
Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

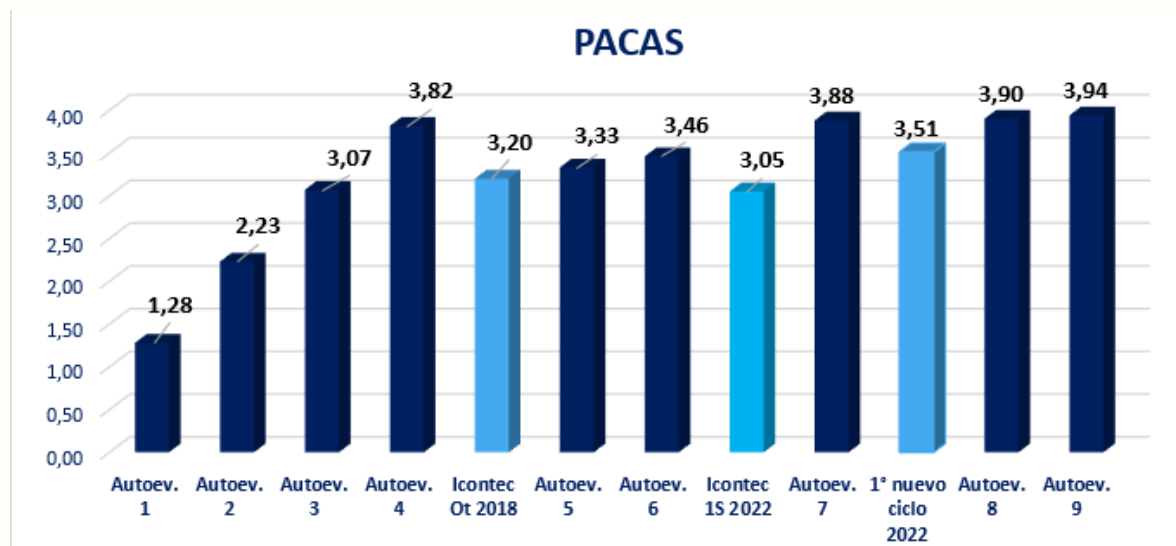
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

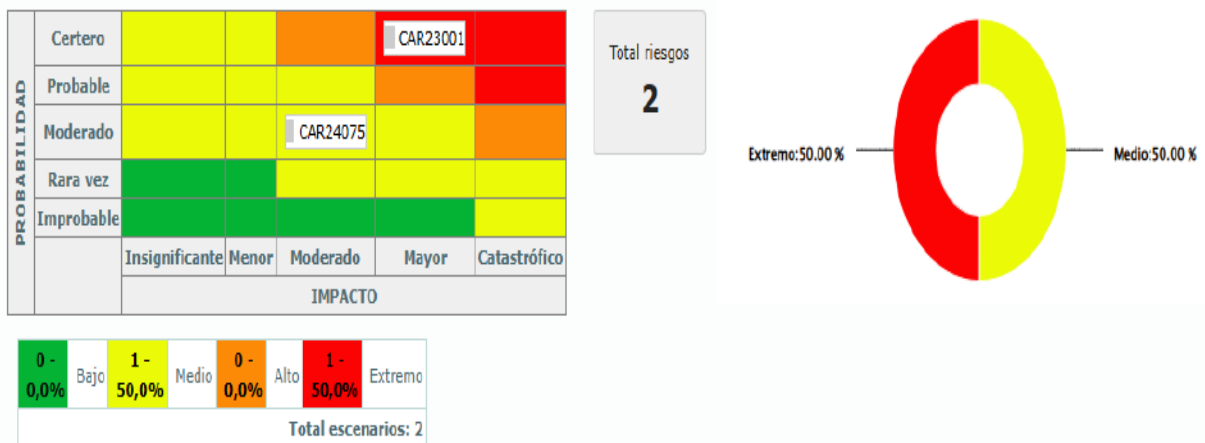
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024



POA 2024 Cardiología

Código2024-S/0-10.5

Vigencia2024

EstadoTerminado

ResponsableUnidad de Cardiología

Fecha inicio2024-01-01Fecha Fin2024-12-31

Resumen cronogramas

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Generar espacios para el desarrollo de actividades educativas, que van de la mano con la retroalimentación de las estrategias de seguridad del paciente, con el fin de ir alineados a la planeación estratégica de la clínica.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Mitigar acciones inseguras que puedan ser causantes de un evento adverso.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Verificar de manera oportuna la disponibilidad de agentes, con el fin de ir alineado a la meta establecida por la clínica y dar respuesta oportuna a los usuarios.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Mejorar los tiempos de toma y reporte de exámenes al paciente hospitalizado, al paciente ambulatorio disminuir los tiempos de esperar y dar una dirección clara.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Crear espacios para la participación activa en juntas médicas, procesos de investigación, creación de artículos y asistencia a congresos y actividades que involucren a funcionarios, pacientes y familiares.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Aprovechar el agendamiento presencial para brindar información clara y adecuada sobre la cita que agenda, si requiere preparación dar folleto informativo, verificar asistencia por medio de llamada, correo o SMS.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Cuidados de los equipos biomédicos	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Tiempo de agendamientos, disminución de tiempo en la sala de espera, priorización en la atención de paciente hospitalizado.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

En el servicio de cardiología es fundamental la mejora continua de la calidad de la atención de los pacientes como eficiencia del servicio; es por esto por lo que debemos darle la importancia correspondiente:

- Prevención diagnóstica temprana: estos son esenciales para reducir la incidencia de la enfermedad cardiovascular. La educación del paciente sobre hábitos saludables puede tener un gran impacto en la prevención.
- Tratamiento integral multidisciplinario: el manejo de enfermedades cardiovasculares debe ser integral en donde se involucra cardiólogos, enfermeros, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas y la rehabilitación cardiovascular
- La comunicación efectiva es clave con el paciente: esto garantiza comprender el diagnóstico, las opciones de tratamiento disponibles y la importancia de seguir las recomendaciones médicas
- Seguimiento continuo es vital para el control de las enfermedades
- El trabajo en equipo mejora los resultados
- Actualización constante del grupo interdisciplinario
- La importancia del autocuidado y el empoderamiento del paciente

9. PROYECTOS 2025

- Cumplir con las estrategias establecidas por la institución.
- Reducir los tiempos de estancia hospitalaria por estudios de cardiología.
- Fortalecer el proceso de atención, mantener los indicadores de oportunidad de asignación
- de citas y tiempos de atención dentro de las metas establecidas.
- Ser un referente en el país en manejo de cardiopatía estructural – enfermedad valvular.
- Aumentar la producción académica en publicaciones, participación en estudios
- metacéntricos e investigación original.
- Fortalecer imágenes diagnósticas cardiovasculares: RMN cardíaca, TAC cardíaco, Score
- de calcio.
- II simposio de cardiología.



Unidad de Urología

Los Nogales | Torre 2



Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C.
Autopista Norte, Costado Oriental.



www.clinicanogales.com



(601) 593 70 00

OBJETIVO GENERAL

Ofrecer atención integral por la especialidad a pacientes con patología urológica de alta complejidad, con el fin de brindar tratamiento diagnóstico y terapéutico a los pacientes tanto oncológicos como no oncológicos, con calidad y oportunidad en la atención.

1. RESUMEN EJECUTIVO

La unidad de urología de la Clínica los Nogales se posiciona como un referente en el diagnóstico y tratamiento de patologías urológicas de alta complejidad. La gestión se enfoca en la eficiencia operativa, hecho que permitió en el 2024 superar la meta trazada en la realización de consultas de primera vez y control por la especialidad y en el caso de procedimientos, un resultado cercano al cumplimiento, con un porcentaje del 91% (con un promedio de 744 procedimientos mes y un total de 8931 realizados de 9808 proyectados), como se muestra en la tabla a continuación:

Consultas	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Numero de consultas proyectadas	1154	1515	1445	1055	1612	1202	1265	1348	1501	1460	1828	1390	16775
Número de consultas realizadas	1515	1762	1818	1916	1770	1293	1426	1630	2117	2125	1593	1319	20284
Cumplimiento meta	131%	116%	126%	182%	110%	108%	113%	121%	141%	146%	87%	95%	121%
Procedimientos	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Número de procedimientos proyectados	841	928	934	789	866	651	732	849	757	765	855	841	9808
Número de procedimientos realizados	871	636	623	762	861	919	737	618	790	793	705	616	8931
Cumplimiento meta	104%	69%	67%	97%	99%	141%	101%	73%	104%	104%	83%	61%	91%

Fuente: BISA (Base de información de servicios asistenciales)

Dentro de los retos de la unidad, se encontraba optimizar la capacidad instalada para la consulta, logrando una utilización del 106% de los consultorios. Por otra parte, el porcentaje de utilización de las salas de Urodinamia, cistoscopia y ecografía + biopsia se encuentra en el 35%, sin embargo, se cumplió como se mencionó previamente en un 91% la meta de procedimientos a realizar. Con esto, se evidencia una oportunidad de crecimiento en la realización de procedimientos diagnósticos.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores productividad



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Durante el 2024, se fortaleció el proceso de educación a los pacientes con un cumplimiento sostenido, de acuerdo con los formatos establecidos de cada uno de los procedimientos diagnósticos de la unidad, en los cuales se encuentran consignadas todas las indicaciones frente a medicamentos, hora de asistencia, condiciones de ayuno, requisitos administrativos entre otros, permitiendo así, disminuir los riesgos en los pacientes y garantizar la realización de su procedimiento.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Indicador de cancelación de procedimientos de urología que no cumple la meta en el 2024, con un porcentaje del 6.1% (meta <5%) en empeoramiento al comparar con el 2023, año en el que su porcentaje acumulado fue del 1.68%.

Los meses con mayor número de cancelaciones en el 2024 fueron febrero, marzo y agosto. Dentro de las causas de cancelación se encuentran:

- Agenda cancelada por la institución: 52.27%
- Motivos personales del paciente: 19.34%
- Reprogramación: 8.46%
- Otros: 5.44%
- Bloqueo horario: 3,63%
- Paciente no cumple con la preparación: 2.11%

De acuerdo con lo anterior, para el 2025 se realizará la actualización a las políticas de cancelaciones y reprogramaciones, asegurando el cumplimiento del indicador.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Durante el año 2024 se realizaron 866 procedimientos diagnósticos menos que el año 2023, sin embargo, con un cumplimiento de la meta de proyección según costos y presupuesto del 91%.

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Clínicas por patología	Brindar un abordaje integral a las enfermedades urológicas mediante la creación de clínicas enfocadas en patologías específicas, tales como incontinencia, próstata a fin de segmentar los especialistas y garantizar las mejores prácticas.	20%	Agendamiento Rutas claras de atención Seguimiento al proyecto	Pendiente	

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



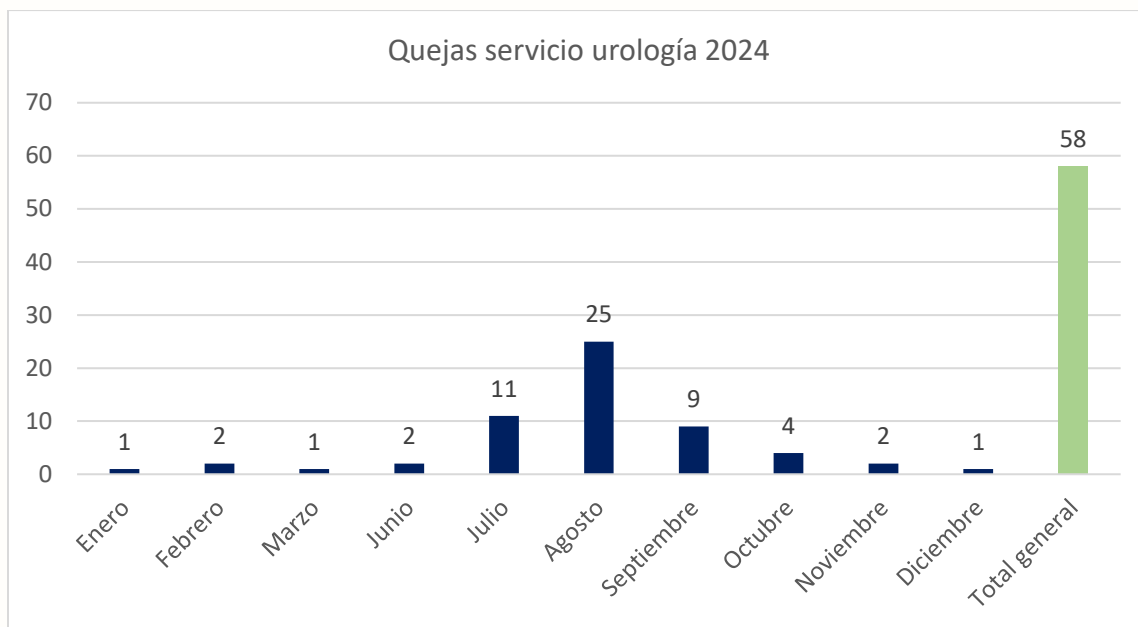
Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Indicador de satisfacción de la unidad de urología con mejoría significativa al comparar con el 2023. Durante el 2024 se cuenta con un resultado acumulado del 99,71%, versus un 98.79% del año previo. Se debe continuar fortaleciendo con el equipo humano, la política de humanización, para mantener los resultados en el 2025.

Comportamiento quejas:

En el 2024, se radicaron un total de 58 quejas (fuente Xcustomer), con un pico en el mes de agosto por barreras de acceso como atributo de mayor afectación y que se intervino con el fortalecimiento en el proceso de agendamiento,

recomendaciones, recordación de las citas y validación en el cumplimiento de la preparación de los procedimientos diagnósticos de la unidad y con la sensibilización con el equipo de especialistas sobre la importancia en el cumplimiento de sus agendas evitando las cancelaciones y reprogramaciones.



Fuente: Coordinación de la unidad de urología

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y Desarrollo del Talento Humano

Una de las estrategias de formación transversal de la clínica los nogales, es la realización de jornadas académicas mensuales, donde urología participa activamente. Así mismo, en la plataforma UNITOTAL se cargan los cursos del personal de planta, de acuerdo con el perfil del personal y se realiza seguimiento al cumplimiento en la realización de estos.

El equipo de especialistas realiza jornada de junta médica y de revisión de tema de residentes dos veces al mes, fortaleciendo el conocimiento y la toma de decisiones basadas en las mejores prácticas clínicas.

4.2. Evaluación del Clima Organizacional

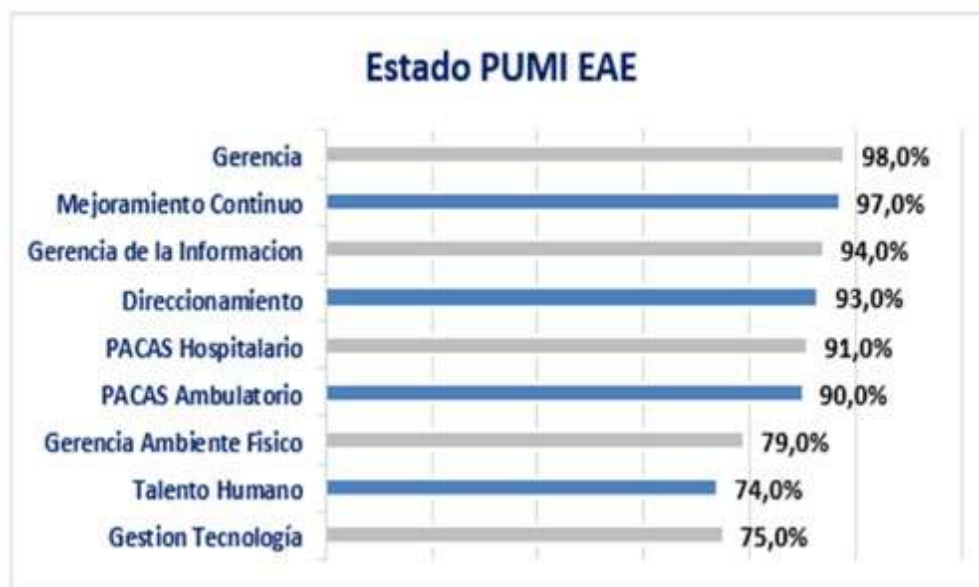
En el 2024, se realizó ajuste de funciones específicas asignadas a cada auxiliar, permitiendo cobertura de las necesidades propias del servicio, como lo son la realización de procedimientos, verificación de correcto diligenciamiento de consentimientos informados, realización de limpieza y desinfección rutinaria y terminal, realización de educación a paciente antes y después de toma de procedimiento a fin de mejorar la percepción de la carga laboral. También, durante las rondas administrativas, se destacan las mejoras que se evidencian en el servicio, se refuerzan las oportunidades de mejora, estableciendo un canal fluido de comunicación. El porcentaje de rotación de auxiliares fue del 50%, debido a 1 renuncia en el mes de enero del 2024 que fue cubierta en febrero.

El porcentaje de rotación de los auxiliares de caja es del 0%. Como novedad en diciembre una de las auxiliares de caja salió a licencia de maternidad, siendo cubierta por el proceso.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio, los resultados son los siguientes:



Fuente Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

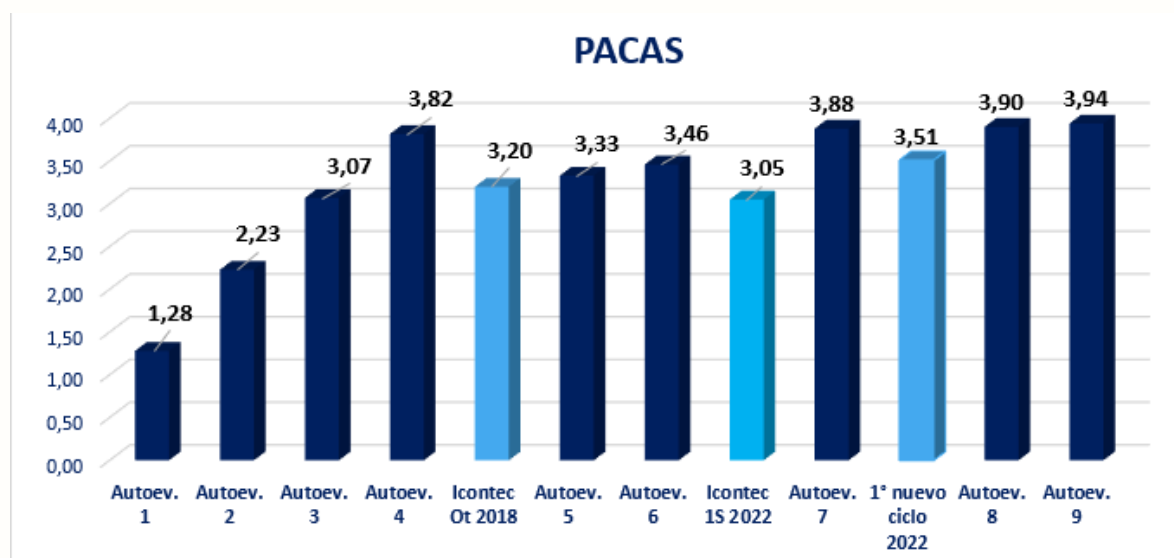
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

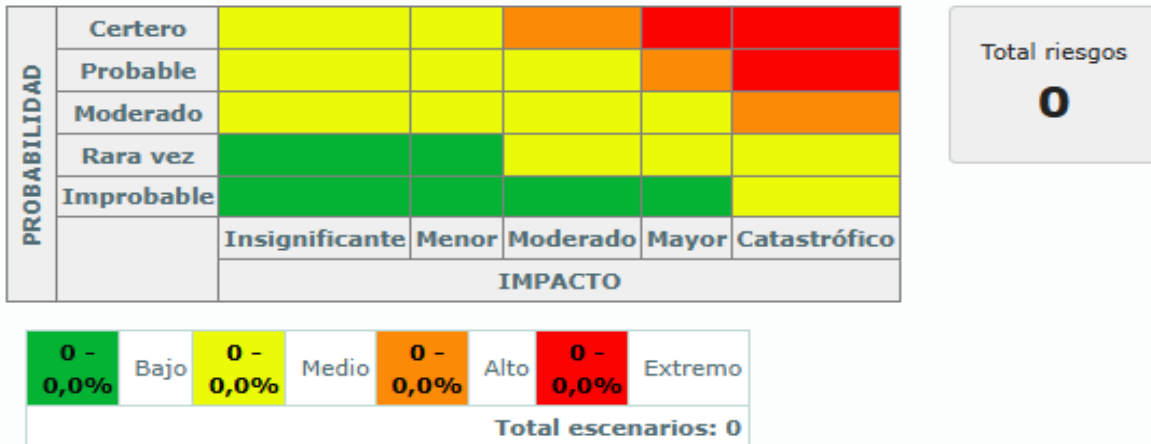
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

		Clínica Los Nogales POA 2024 Urología		Código: 2024-SGR-10.7 Vigencia: 2024 Estado: Ejecución	
Responsable: Coordinación de Urología		Fecha Inicio: 2024-01-01		Fecha Fin: 2024-12-31	
Resumen cronograma:					
Cronograma		Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Personalización y Eficiencia en el Servicio: Mejorar la experiencia del paciente mediante la implementación de sistemas personalizados de comunicación y seguimiento. (Llegando a ti / Enfoque Colaborador)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Implementación de Estrategias de Vigilancia y Promoción de una Cultura de Seguridad: Reducir los incidentes relacionados con la seguridad del paciente y fomentar una cultura que promueva la seguridad y el bienestar del paciente y su familia. (Mi prioridad es mi paciente / Enfoque paciente y su familia)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Mejorar la Experiencia Global del Paciente y su Familia: Asegurar que todos los pacientes, tanto ambulatorios como hospitalarios, y sus familias, tengan una experiencia positiva y coherente en todas las etapas de su atención. (Tu experiencia nuestro compromiso / Enfoque paciente y su familia)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Optimizar los Servicios de Hospitalaria y Comunidad: Garantizar que los internamientos y servicios hospitalarios cumplan con altos estándares de calidad y eficiencia, especialmente en la atención de pacientes ambulatorios y hospitalarios. (Modelo Gestión Clínica / Enfoque paciente y su familia)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Potenciar la Educación Continua: Desarrollar y facilitar oportunidades de aprendizaje continuo que estén alineadas con las últimas tendencias y descubrimientos en el campo. (Generación del Conocimiento / Enfoque Colaborador)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Asegurar la Accesibilidad y Habilidad de Uso de las Tecnologías: Garantizar que las herramientas digitales sean fáciles de usar y accesibles para todos los usuarios, incluyendo formación adecuada para su manejo. (Ecosistema Digital / Enfoque Colaborador y Paciente)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Cobertura Completa de Especialistas: Garantizar que exista una dotación adecuada de especialistas para todas las jornadas, mejorando así la disponibilidad y la respuesta al paciente. (Optimización de Recursos / Enfoque Colaborador)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Aumentar el Uso de la Capacidad Instalada: Mejorar la ocupación de infraestructuras y recursos existentes para maximizar su utilización y eficiencia. (Rentabilidad Financiera / Enfoque Colaborador)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL		100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,00%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Si bien la unidad de urología muestra cumplimiento en los porcentajes de educación a los pacientes y satisfacción, existe una gran oportunidad de mejora referente al manejo de las agendas de las consultas y procedimientos diagnósticos, dado que la tendencia de cancelaciones del 2024 frente al 2023 fue al empeoramiento, lo que se traduce en brechas en la planeación de la prestación de los servicios. Así mismo se debe trabajar en minimizar los riesgos por medio de capacitación continua del personal, educación a pacientes, actualización y socialización de protocolos y GPC.

9. PROYECTOS 2025

- Gerenciamiento de las agendas desde el proceso de consulta externa.
- Actualización de GPC, formatos y protocolos del servicio de urología.
- Mejorar la cultura de seguridad del paciente fortaleciendo el reporte y análisis.
- Incluir indicadores claves de seguimiento a la unidad de urología como es la tasa de eventos adversos, la tasa de quejas, complicaciones, entre otros.

Unidad de Gastroenterología

OBJETIVO GENERAL

El Servicio de Gastroenterología de la Clínica Nogales tiene como objetivo ofrecer un programa completo de prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías de las vías digestivas, bajo un modelo de atención asistencial certificado, con calidad y mejora continua que impacte en los indicadores básicos de salud.

1. RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe de gestión de la unidad funcional de Gastroenterología analiza el desempeño operativo, financiero y de calidad durante el periodo evaluado, destacando los logros alcanzados, los retos enfrentados y las áreas de mejora identificadas.

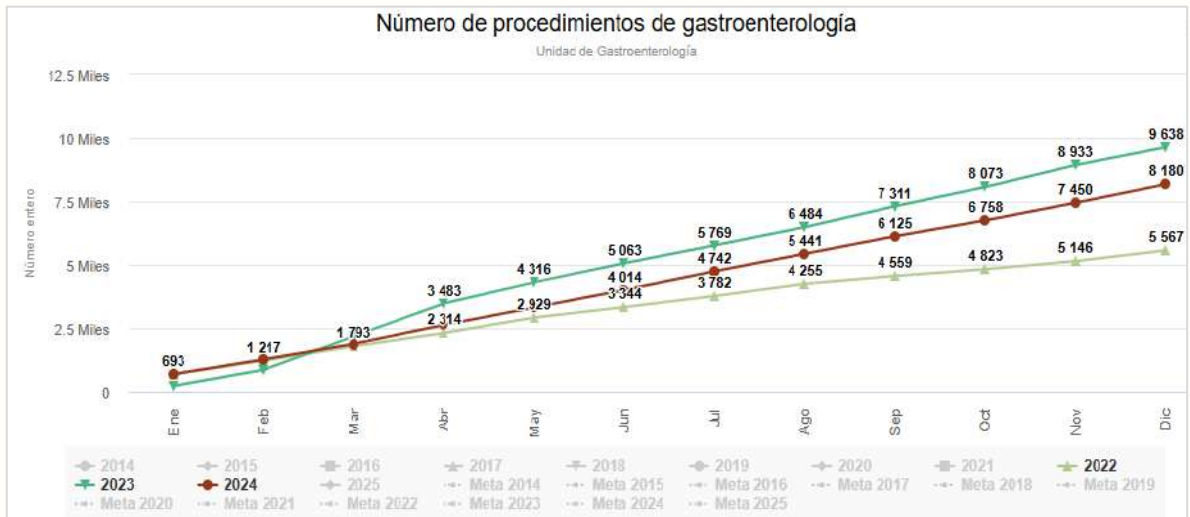
Resultados Claves:

- Volumen de servicio: se realizaron un total de 8.138 procedimientos durante el año 2024, los procedimientos más realizados en el servicio fueron, Colonoscopia con sedación con un total de 3.725 y una participación del 45,5% seguido por Endoscopia con sedación con un total de 3.100 procedimientos y una participación del 37,9%. Estudios como CPRE, Endoscopia sin sedación, Resección De Lesión De Intestino Grueso, Ligadura de Varices Esofágica, Colonoscopia sin sedación, Gastrostomía Percutánea e Incisión de Pólipo Gástrico suman un total de 967 procedimientos y una participación del 11,9%. El porcentaje restante, 4,7% se lo reparten otros 17 procedimientos de los cuales se hicieron menos de 60 procedimientos de cada uno durante el año. El cumplimiento de la meta proyectada por costos y presupuestos fue del 92%.
- Indicadores de calidad: Durante el 2024 la tasa acumulada de complicaciones derivadas de procedimientos de Gastroenterología es del 0,14%, con una desviación con respecto a la meta (0%) de 0,14 puntos porcentuales. En los meses de enero, abril, mayo, junio y Julio no se presentaron complicaciones de ningún tipo.
- Satisfacción del paciente: El 97,5% de los pacientes se encuentra satisfechos con la atención brindada en el servicio de Gastroenterología, la meta planteada es del 98%. Durante los últimos dos meses del año (noviembre y diciembre) se evidencia que los niveles de satisfacción aumentaron hasta un 100% debido a cambios generados por la nueva administración del servicio.
- Eficiencia operativa: los tiempos promedios de realización y entrega de estudios se ajustan los objetivos, logrando una ocupación promedios de los equipos del 70%.
- Por lo anterior se puede concluir que el servicio ha estado funcionando adecuadamente de acuerdo con las metas planteadas. Si bien existen oportunidades de mejora en algunos aspectos estos serán evaluados por la nueva administración del servicio la cual asumió el rol en el mes de noviembre 2024.



2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores Productividad



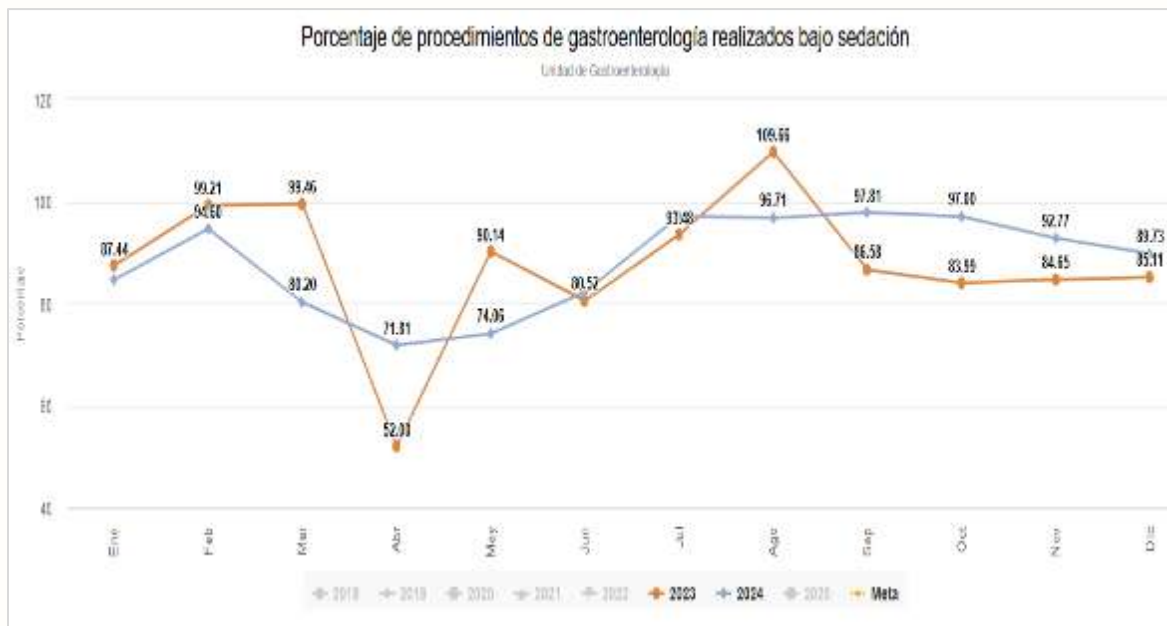
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador muestra un comportamiento con una línea de tendencia ligeramente al alza, sin embargo, la meta solo se alcanzó en los meses de enero y Julio 2024. El porcentaje acumulado de cumplimiento de la meta anual fue del 92%. Con respecto al año 2023 se pudo observar que hubo un decrecimiento en la cantidad de los procedimientos realizados (9.638 del año 2023 vs 8.138 del año 2024) también es importante tener en cuenta que la meta del año 2024 fue superior en un 27,2% con respecto al año inmediatamente anterior.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La meta de cancelaciones de citas por causa de los usuarios se cumplió a cabalidad durante todo el año, si bien la tendencia se muestra al alza, el mes que presentó mayor cantidad de cancelaciones fue marzo 2024 con un total de 6%, un dato muy por debajo de la meta proyectada que es del 15%. Esto quiere decir que el porcentaje de cumplimiento de las citas programadas es satisfactorio. El año 2023 presentó un promedio de cancelaciones del 16,7% y si bien en el año 2024 se realizaron menos procedimientos, es evidente la disminución de citas canceladas por causas del paciente con respecto al periodo inmediatamente anterior. Esta disminución de cancelación se atribuye a la confirmación y educación continua de los pacientes para que lleguen a los procedimientos con buena preparación.



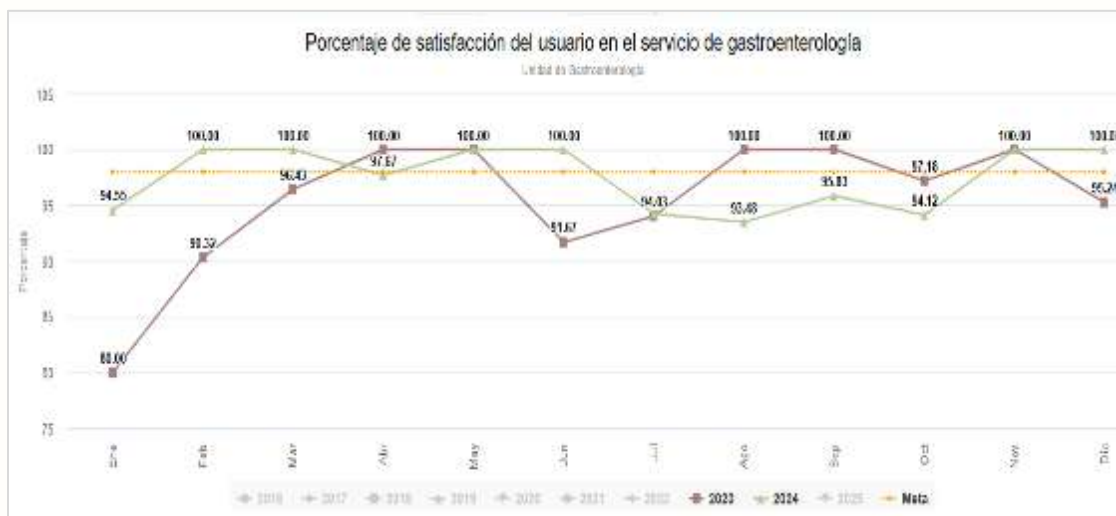
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador muestra una tendencia al alza de los procedimientos realizados bajo sedación; la institución tiene como meta un 90%. Según el comportamiento de los datos, durante seis meses la cantidad de procedimientos bajo sedación se mantuvo por debajo de la meta, siendo abril y mayo los meses con menor porcentaje de procedimientos realizados con sedación. En los otros seis meses la meta fue superada hasta por siete puntos porcentuales, en su mayoría durante la segunda mitad del año 2024. El porcentaje acumulado para el año fue del 88,22%. Durante el año 2023 se observó un comportamiento normal, con una línea de tendencia estable y ligeramente a la baja, el porcentaje acumulado para ese año fue del 87.69%.

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Ecosistema Digital	Desarrollar y Mejorar el Ecosistema Digital para Colaboradores y Pacientes: Implementar y optimizar herramientas digitales que mejoren la comunicación, el acceso a la información y la eficiencia de los procesos, tanto para el personal como para los pacientes. (Ecosistema digital / Enfoque Colaborador y Paciente)	100%	Ninguna	31/12/2024	La estrategia de comunicación fue asertiva y oportuna ya que los pacientes y el personal asistencial optimizaron las herramientas digitales generando eficiencia en los procesos

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2024 se logró mantener la satisfacción de los servicios en un 97.49% unos 0,51 puntos porcentuales por debajo de la meta establecida del 98% lo que indica que el comportamiento frente a la atención del paciente, calidez y humanización se brindó de

acuerdo con las políticas institucionales que hoy se tienen establecidas en el manual de protocolo de servicio. Para el año 2023 la media de satisfacción fue del 95,41% lo que refleja un incremento de poco más de 2 puntos porcentuales con respecto al 2024.

Para mantener y mejorar los niveles de satisfacción por parte de usuarios, pacientes y/o cuidadores se implementaron las siguientes estrategias: Realizar encuestas y grupos focales para entender mejor las necesidades y expectativas de los pacientes ambulatorios y hospitalarios y sus familias, Asegurando que reciban información clara y oportuna en todas las etapas de la atención. Así mismo la humanización por parte del personal asistencial quien son los encargados de brindar los cuidados de enfermería necesarios.

De acuerdo con los meses julio, agosto, septiembre y octubre se evidencia una disminución en la satisfacción del usuario y/o cuidadores probablemente por la no información clara y oportuna por parte del personal asistencial lo cual con lleva en retrasos de los procedimientos y preparaciones de estos; generando demoras en la atención.

Una de nuestras filosofías como servicio en institución es trabajar en el enfoque de satisfacción del usuario el cual se da de manera integral, abarcando desde el trato humanizado hasta la eficiencia tecnológica. Las acciones implementadas se basan en una evaluación constante de las necesidades del paciente y en la mejora continua de los procesos. Esto no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también fortalece la reputación y confianza hacia la institución.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Las estrategias de formación implementadas durante el año en la institución se alinean a los objetivos estratégicos de Clínica los Nogales, enfocados en fortalecer las competencias del personal, mejorar la calidad del servicio y garantizar el cumplimiento de estándares de seguridad y eficiencia.

Estrategias: se realiza una Evaluación de Necesidades y Recursos observando las capacidades actuales de formación del personal auxiliar de enfermería enfocados en los comités primarios que se aplican mes a mes para garantizar actualización o cambios en los procesos de aprendizaje enfocados en seguridad el paciente, humanización, comunicación asertiva, protocolos de enfermería de colonoscopia y endoscopia, tecnovigilancia, farmacovigilancia, lavado de manos, código azul, preparación adecuada de los pacientes con procedimientos endoscópicos; Así mismo se aplica la jornada académica mensual de enfermería brindándoles conocimientos actuales y cambios en los procesos.



4.2. Evaluación del Clima Organizacional

A lo largo del año, se implementaron diversas iniciativas enfocadas en la mejora del clima organizacional, promover la cohesión entre los equipos y aumentar los niveles de satisfacción y motivación de los colaboradores. Estas acciones estuvieron orientadas a fomentar un entorno laboral positivo, productivo y alineado con los objetivos institucionales.

El resultado de clima organizacional para el servicio cerro con una calificación de 72.19 lo que indica que se encuentra en una zona de pasión.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

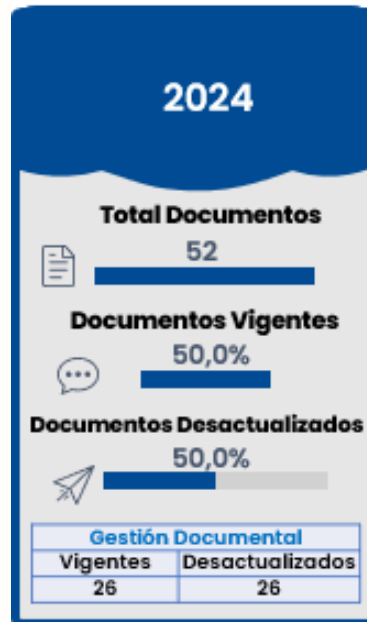
Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

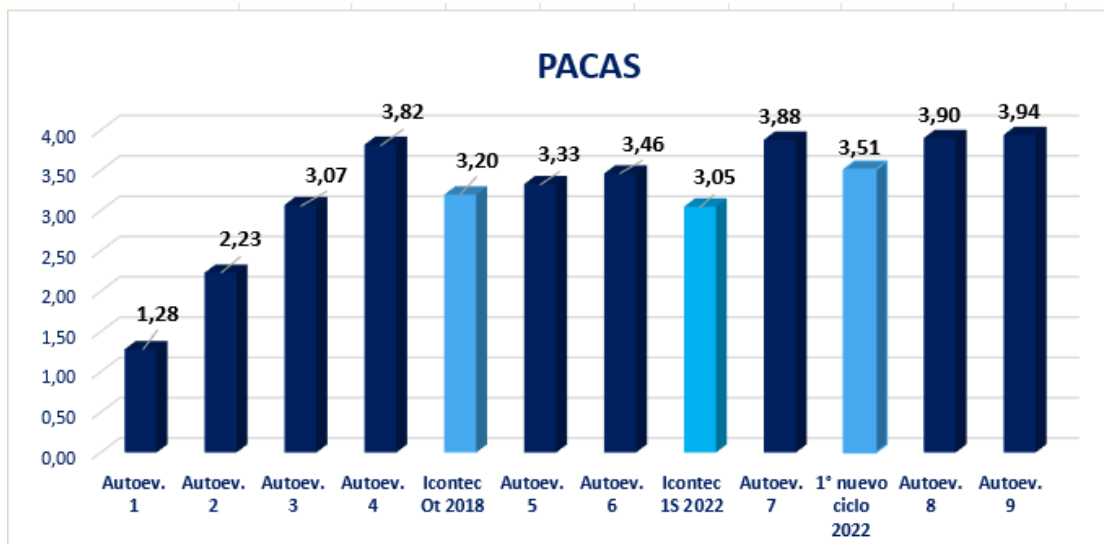
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

		Clínica Los Nogales POA 2024 Gastroenterología		Código: 2024-GPR-10.4 Vigencia: 2024 Estado: Ejecución	
Responsable: Coordinación Gastroenterología				Fecha Inicio: 2024-01-01	Fecha Fin: 2024-12-31
Resumen cronogramas					
Cronograma		Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Personalización y Eficiencia en el Servicio: Mejorar la experiencia del paciente mediante la implementación de sistemas personalizados de comunicación y seguimiento, permitiendo una atención más individualizada y ágil. (Llegando a Ti/ Enfoque Colaborador)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Implementación de capacitaciones enfocadas en la seguridad y el bienestar integral del paciente (H. prioridad con pacientes / Enfoque paciente y familia)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Mejorar la Experiencia Global del Paciente y su Familia: Asegurar que todos los pacientes, tanto ambulatorios como hospitalarios, y sus familias, tengan una experiencia positiva y coherente en todas las etapas de su atención. (Tu experiencia nuestro Compromiso / Enfoque paciente y familia)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Optimizar los Servicios de Hospitalidad y Oportunidad: Garantizar que las instalaciones y servicios hospitalarios cumplan con altos estándares de calidad y eficiencia, especialmente en la atención de pacientes ambulatorios y hospitalarios. (Miedo de Gestión Clínica / Enfoque paciente y familia)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Generar y fortalecer la cultura de seguridad en el servicio, asegurando que todos los empleados y colaboradores estén alineados con los estándares de seguridad y calidad. (Enfoque colaborador)		50,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	50,0%
Desarrollar y Mejorar el Ecosistema Digital para Colaboradores y Pacientes: Implementar y optimizar herramientas digitales que mejoren la comunicación, el acceso a la información y la eficiencia de los procesos, tanto para el personal como para los pacientes. (Ecosistema digital / Enfoque Colaborador y Paciente)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Reducción de Tiempos de Espera y Estancias Hospitalarias: Establecer procesos que permitan una respuesta rápida a los pacientes hospitalizados para disminuir los tiempos de espera y las estancias, optimizando el uso de los recursos y mejorando la experiencia. (Optimización de Recursos / Enfoque Colaborador)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Mejorar la Productividad del Personal: Aumentar la eficiencia y eficacia del personal a través de la capacitación, mejoras en los procesos y herramientas adecuadas. (Rentabilidad Financiera / Enfoque Colaborador)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL		93,75% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	93,8%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Eficiencia Operativa: el servicio de apoyo diagnóstico cumplió con los objetivos establecidos en cuanto a volumen de estudios realizados y tiempos de respuesta, evidenciando una buena gestión operativa.
- Calidad diagnóstica: los índices de repetición de estudios y auditoría de la calidad reflejan un estándar aceptable, pero se identifican oportunidades de mejora en la interpretación y producción de imágenes en algunos procedimientos.
- Satisfacción del paciente: las encuestas de satisfacción indican una percepción positiva sobre las atenciones recibidas, aunque se deben abordar aspectos relacionados con los tiempos de espera y comunicación del paciente.
- Innovación tecnológica: la implementación de nuevas tecnologías ha mejorado la precisión y eficiencia, pero requiere un mayor enfoque en la capacitación del personal para optimizar el uso.
- Sostenibilidad financiera: si bien la unidad es rentable en todas sus modalidades, es necesaria optimizar el uso de equipos para aumentar la rentabilidad.

Lecciones Aprendidas

- Importancia de la capacitación continua: un personal bien capacitado reduce errores técnicos y mejora la experiencia del paciente. Las inversiones en formación son fundamentales para mantener estándares de calidad.
- gestión del tiempo y recursos: la planificación adecuada de los turnos y el mantenimiento de equipos son esenciales para evitar retrasos y aumentar la productividad.
- Adaptación tecnológica: la actualización de los equipos debe ir acompañada de estrategias claras de implementación y entrenamiento para garantizar su óptimo aprovechamiento.
- Comunicación efectiva con los pacientes: mejora los canales de comunicación y de esta manera reduce los niveles de ansiedad y aumenta la satisfacción, especialmente cuando se trata de pacientes con diagnóstico y procedimientos complejos.

9. PROYECTOS 2025

- Ampliación del servicio de Gastroenterología en términos de infraestructura.
- Optimización del recurso en cuanto a seguimiento de solicitudes de medicamentos.
- Implementar nuevas técnicas y nuevos procedimientos en la organización que nos permitan mejorar los tiempos de respuesta y la definición de pacientes.
- Continuar con la capacitación y el seguimiento a pacientes que nos permita apuntarle a las cancelaciones y las reprogramaciones de pacientes por mala preparación.
- Sistematización al 100% de órdenes y procedimientos realizados en gastroenterología



Los Nogales
Clínica

Unidad de Alivio del Dolor

Los Nogales | Torre 2



Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C
Autopista Norte, Costado Oriental.



www.clinicanogales.com



(601) 593 70 00

OBJETIVO GENERAL

Brindar atención integral en dolor y en Cuidados Paliativos para el control de síntomas agudos y crónicos en pacientes oncológicos y no oncológicos con fines curativos o paliativos, con atención de alta calidad en contexto intrahospitalario y ambulatorio.

1. RESUMEN EJECUTIVO

Mencionar de forma concreta los principales logros y avances, retos críticos enfrentados durante el año 2024 y las conclusiones y recomendaciones clave en el proceso/ Unidad Funcional, deben contener en lo posible cifras que soporten los logros o crecimientos. Se sugiere tener en cuenta los PUMI finalizados, actividades del POA 2024 ejecutadas, los avances de las oportunidades de mejora de ICONTEC 2024, rendición de cuentas 2024. Tener en cuenta que los logros deben tener datos cualitativos (redacción) y cuantitativos (datos analizados), evitar frases ambiguas sin cifras que lo soporten.

- Incremento número de consultas ambulatorias para garantizar mayor oportunidad de acceso, realizando entre 800 a 1000 consultas mes, manteniendo la promesa de Servicio y ocupando la capacidad instalada de consultorios de unidad de dolor y cuidados paliativos hasta en un 80%.
- Cumplimiento en realización de técnicas avanzadas de intervencionismo analgésico realizado en la unidad (procedimientos bajo radiofrecuencia), manteniendo el promedio mensual de entre 15 a 20 procedimientos.
- Fortalecimiento en uso y manejo de herramientas farmacológicas para control de síntomas, realizando constantes capacitaciones a personal de enfermería sobre las temáticas propias de la unidad (uso y manejo de bomba de PCA, uso y manejo de catéter subcutáneo).

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores productividad





Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Para el año 2024 se evidencia que en comparación al año 2023 el porcentaje de cumplimiento en la realización de consulta de dolor y cuidados paliativos disminuyó, a raíz de la alta demanda de pacientes con indicación de consulta con especialidad de dolor y cuidados paliativos se mantiene la oferta de consulta promedio que se tenía en el 2023, sin embargo por temas de disponibilidad médica, de consultorio o de inasistencia a consulta no se logra mantener en metas el indicador durante el año 2024.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Para el año 2024 se evidencia que en comparación al año 2023 el porcentaje de ausentismo a consulta de dolor y cuidados paliativos aumentó debido a la implementación de

estrategias para mantener el indicador en metas, como los son la asignación de una cita extra en cada agenda y la llamada a confirmación de asistencia a consulta por primera vez con la especialidad a pacientes oncológico



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

En cuanto al indicador de cumplimiento en realización de procedimientos en la unidad de dolor y cuidados paliativos, se evidencia que para el año 2024 se logra mantener por encima de la meta, manteniendo el comportamiento del indicador en año 2023, no logrando la meta únicamente en el mes de diciembre, sin embargo, porcentaje acumulado se mantiene por encima de metas.

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Hospital día	Proporcionar atención médica y apoyo integral a pacientes sin necesidad de una hospitalización completa	20%	Proceso de habilitación	Proyecto activo para 2025	Para el año 2025 se continúa realizando trabajo de gestión documental, ajustes de infraestructura, aprobación y habilitación del programa para su posterior implementación.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

En cuanto al indicador de porcentaje de satisfacción del usuario, se evidencia un comportamiento similar en comparación al año 2023, a pesar de mantener satisfacción al 100% en la mayoría de los meses del año, se identifican inconformidades debido en su mayoría a la necesidad de oportunidad en asignación de cita, la implementación del paciente extra por agenda, y la priorización de asignación de cita a paciente oncológico es una estrategia que ha logrado mitigar estas inconformidades en los pacientes.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y Desarrollo del Talento Humano

En unidad de dolor y cuidados paliativos a los largos del año se contó con estudiantes de enfermería pregrado y estudiantes de posgrado de oncología, con quienes se realizó trabajo de actualización y creación de guías y protocolos de temáticas propias de la unidad, como lo son la guía para uso y manipulación de bombas de PCA (analgesia controlada por el paciente), protocolo inserción y manejo de catéter subcutáneo, y posteriormente realizar actividades de capacitación, socialización y retroalimentación a personal de enfermería de la institución, adicionalmente se apoyó en las jornadas de charlas académicas organizadas desde dirección médica.

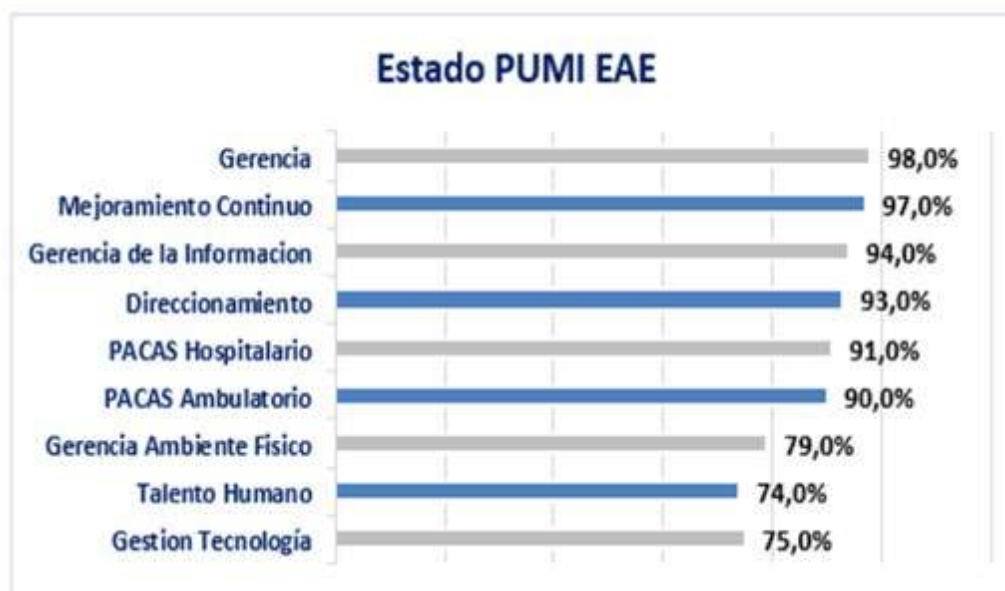
4.2. Evaluación del Clima Organizacional

Durante el año 2024 mensualmente en las reuniones de equipos primarios de mejoramiento, en la cual se comentaron las oportunidades de mejora encontradas en la operación diaria de la unidad, las acciones y estrategias a implementar con el fin de corregir dichas oportunidades de mejora, dentro de las cuales se gestionaron estrategias para mejorar porcentaje de inasistencia implementando un paciente extra por cada agenda, aprovechamiento de capacidad instalada aumentando la cantidad de agenda y ofertando consultorios a otras unidades y/o especialidades, mejora de experiencia y satisfacción de paciente gestionando sus solicitudes, mejorando la comunicación asertiva entre el equipo de trabajo, entre otras; con cada una de estas estrategias implementadas se evidenció adherencia por parte del equipo médico y de enfermería, durante el año no hubo rotación de personal ni de medicina ni de enfermería lo cual facilitó la implementación de las estrategias nombradas anteriormente.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

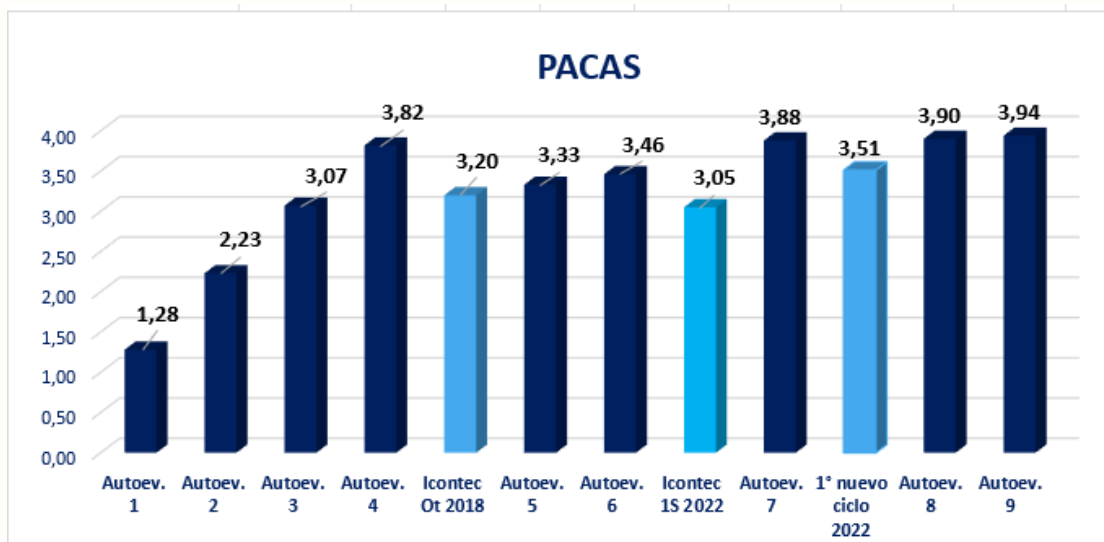
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024



Los Nogales

Hospital

POA 2024 Unidad de Dolor

Código

2024-SPH-10.3

Vigencia

2024

Estado

Ejecución

Responsable: Unidad de Dolor

Fecha Inicio: 2024-01-01 Fecha Fin: 2024-12-31

Resumen de programas

Programa	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Fortalecimiento de los conocimientos, temáticas y competencias propias de la unidad	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Optimización de recursos, equipos e insumos médicos de la unidad de dolor y cuidados paliativos	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Implementación programa de cuidados paliativos y hospital día	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Apoyo en disminución de estancias hospitalarias en conjunto con los otros servicios, control de solicitud y realización de exámenes no permanentes en consulta externa	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Establecimiento de manejo ambulatorio temprano	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

El 2024 fue un año lleno de retos para la salud en donde se aprendió la importancia del aprovechamiento y la optimización de los recursos, también se identificó la necesidad de la creación de un programa en el que se le realice el adecuado seguimiento a los pacientes con uso de medicamentos analgésicos opioides, ya que actualmente se evidencia que existe un poco de libertad en cuando a su formulación y administración por parte de profesionales de medicina y de enfermería que no cuentan con la información completa y adecuada sobre el correcto uso de este tipo de medicamentos, y por parte de los pacientes, que con el uso crónico e inadecuado de estos medicamentos posiblemente por las fallas en

el control generan lesiones en su salud tanto física como mental a largo plazo, es por esto la necesidad de la implementación, articulación e intervención del equipo interdisciplinario, para mitigar este riesgo mediante la educación tanto a personal de la salud como a los pacientes.

9. PROYECTOS 2025

- Gestionar e implementar las estrategias del POA 2025 con todo el programa de seguridad del paciente, gestión de riesgo, programa de infecciones, departamento de enfermería y coordinación médica hospitalaria y trabajar de forma integrada con cada una de las áreas con el fin de optimizar la gestión, la seguridad y la satisfacción de nuestros pacientes.
- Creación, seguimiento y cumplimiento de cada uno de los indicadores implementados con el fin de monitorizar y mejorar la productividad y gestión en la unidad.
- Creación y seguimiento de estrategias para optimización de uso seguro de analgésicos en conjunto con el apoyo de especialidades como toxicología, psiquiatría, psicología y dirección médica.
- Continuar realizando el apoyo en la gestión para aprobación y habilitación del proyecto hospital día.
- Fortalecer el convenio docencia-servicio



Unidad de Radioterapia

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar tratamiento de radioterapia a pacientes con cáncer de manera segura y efectiva, contribuyendo al tratamiento curativo, paliativo o adyuvante del cáncer, realizando el proceso de radioterapia en conformidad con los protocolos médicos y las pautas de seguridad establecidas por los organismos reguladores y las mejores prácticas médicas.

1. RESUMEN EJECUTIVO

La clínica los Nogales cuenta con un servicio de Radioterapia altamente especializado, reconocido por su excelencia en el tratamiento Oncológico y su enfoque en la innovación tecnológica. Este servicio está diseñado para brindar atención integral, personalizada y de alta calidad a pacientes con diversas patologías oncológicas y enfermedades benignas, apoyándose en un equipo multidisciplinario y en tecnologías de última generación.

El servicio de Radioterapia se destaca por combinar tecnología avanzada, talento humano altamente calificado y un enfoque en el bienestar del paciente, consolidándose como un referente en el tratamiento del cáncer en el país.

Principales logros 2024

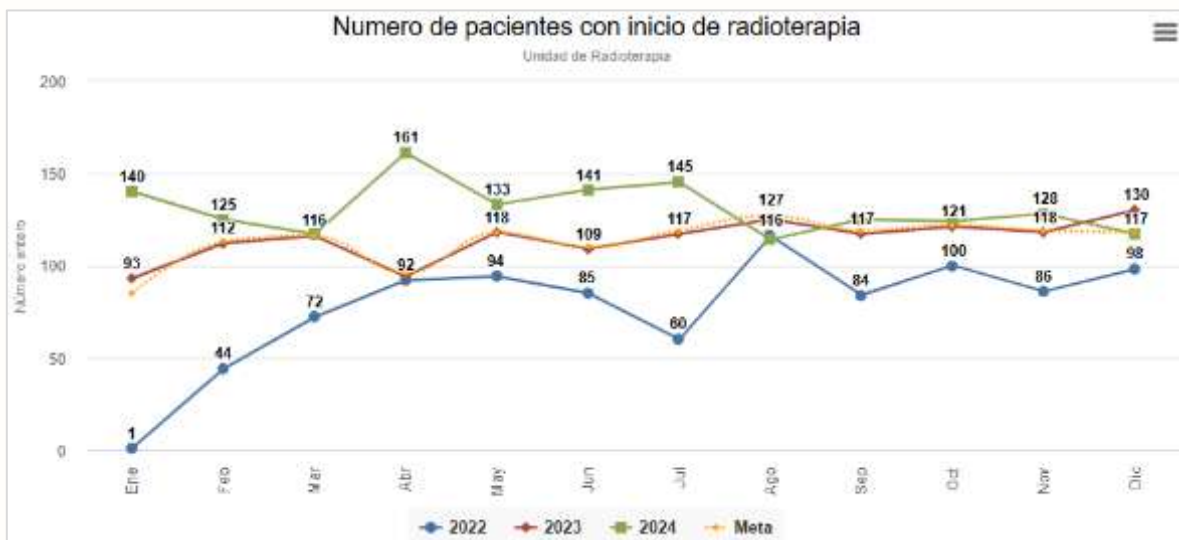
- Implementación de radioterapia adaptativa en pacientes de cabeza y cuello, Cérvix, Recto y canal Anal.
- Realización de Scripts para estructuras de planeación.
- Implementación de calibraciones cruzadas para equipos dosimétricos.
- Establecimiento de un protocolo de terapia y rehabilitación para pacientes de Ca de mama.
- Evaluación de las toxicidades agudas con hipofraccionamiento moderado para cáncer de próstata localizado sin implantes fiduciales
- Galvis Serrano, J. C., Pabón Girón, A., Mosquera, M. A., Correa, M. F., Maldonado, M. C., & Montufar, D. L. (2024). Acute Toxicity in Moderate Hypofractionation Over Three Weeks for Localized Prostate Cancer without Marker Implantation. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 8(2), 7009-7028. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.11104
- Evaluación de los resultados clínicos en pacientes tratados de lesiones superficiales No Melanomas y estrategias de tratamiento con fotones. Presentado en congreso ACRO 2024.
- Evaluación de toxicidades agudas en pacientes con SBRT de rescate después de la prostatectomía. (publicación en curso).



- Establecimiento de convenios con la FUCS para la rotación de estudiantes en el servicio de radioterapia.
- Capacitación continua del equipo en diferentes congresos, cursos y talleres internacionales.
- Participación en protocolo de optimización en TBI en oncología pediátrica.
- Optimizing TBI in Pediatric Oncology
- Practical Insights for Pediatric Radiation Oncologists
- Zineb DAHBI, Zeeshan Alvi, Morad EL Kafhali, Shaima Shoeir, Shravana Kumar Chinnikatti, Sandt Magali, Hamid Jamal, Taher Ahmed, Susanta Hui, Alexandra Pabon, Katia Sergieva, Nusirat Adedewe, Yazid Belkacemi, Quentin Dupuy, Othman Kaanouch, Lotte Fog.
- Cero eventos adversos graves relacionados con tratamientos gracias a un robusto sistema de control de calidad.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores productividad



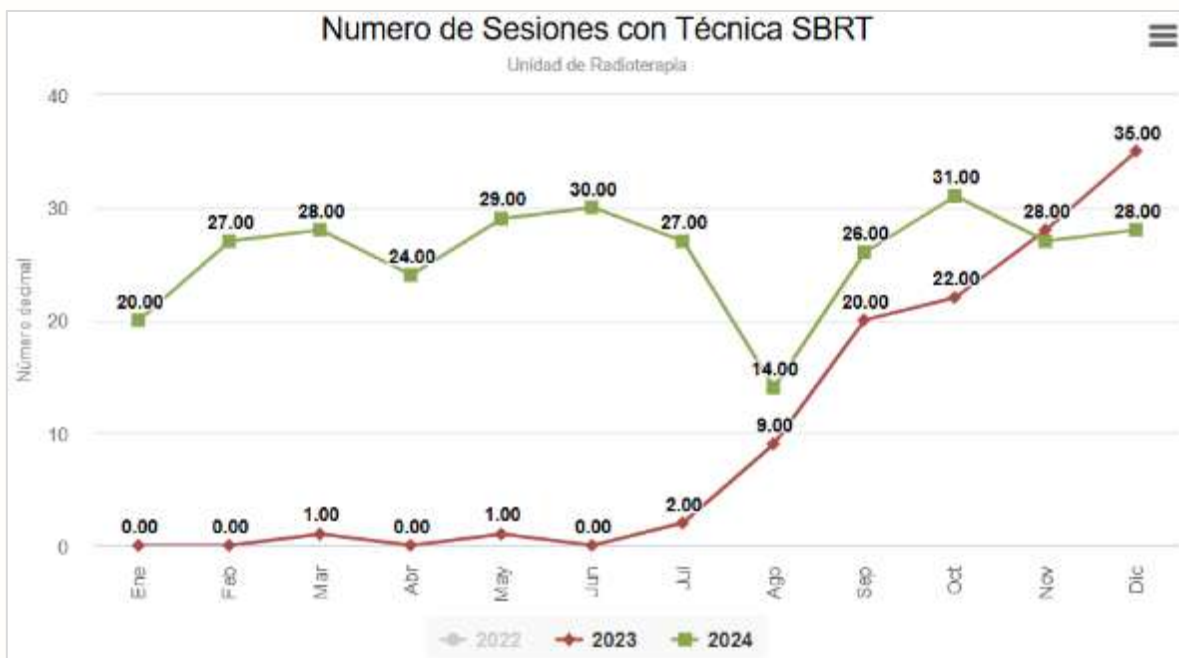
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador nos permite ver el aumento significativo de pacientes que iniciaron tratamiento mes a mes durante el año 2023 vs el 2024; de acuerdo con el comportamiento se trataron en el año 1370 para el 2023 y 1570 para el 2024, de los cuales 90.58% cumplieron los objetivos establecidos (Pacientes curados), El 9,42% obedece a pacientes paliativos y pacientes que fallecieron por su condición clínica.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Con este indicador podemos identificar que 1507 pacientes finalizaron tratamiento lo que corresponde al 95,98% de tratamientos que terminan en el mismo mes, todo gracias a las técnicas de hipo fraccionamiento y radiocirugía en el 100% de los pacientes de próstata y mama que son los 2 diagnósticos más frecuentes dentro del servicio de radioterapia y el 4,01% finalizan el mes siguiente o abandonaron y fallecen por otras causas referentes a su patología.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador que corresponde a radiocirugía de cuerpo y próstata nos indica que el año 2023 se realizaron un total 118 radiocirugías y para el 2024 se realizaron 377 un promedio por mes de 25,92 lo que indica que debido a un nuevo protocolo donde se hace radiación con altas dosis y con promedio de 5 – 7 sesiones Inter diarias, nos permite tener resultados en corto tiempo y menos comorbilidades por la patología y la misma irradiación. Es importante mencionar que con respecto al año 2023 se tuvo un incremento 31,29%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador que corresponde a radiocirugía de cerebro lo que nos permite identificar que en el año 2024 se atendieron 52 pacientes con respecto al año anterior los cuales fueron 41 en total bajo las técnicas hipo fraccionamiento y radiocirugía con resultados muy positivos y con cero eventos adversos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este año el indicador nos mostró su comportamiento con tendencia al aumento de la ocupación del equipo después del segundo semestre por aplicación de técnicas de hipofraccionamiento y radiocirugía lo cual permitió ampliar la capacidad instalada, pero aumento de pacientes por la disponibilidad diaria de agendas, adicionalmente podemos determinar que el promedio de ocupación fue del 68.17%, teniendo en cuenta que nuestra meta de atención diaria es de 137 pacientes y con un agendamiento cada 7 minutos.

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Implementación de radioterapia adaptativa en pacientes de cabeza y cuello, Cérvix, Recto y canal Anal.	Optimiza la dosimetría y conformación del tratamiento, reduciendo los efectos secundarios, mejorando la perseverancia de órganos y estructuras críticas, aumentando la eficacia terapéutica	100%	Ninguna	15/06/24	Permitió tener administración más efectiva, reduciendo efectos secundarios y mejorando la calidad de vida de los pacientes.
Negociación del 2do acelerador e Identify	Incrementar capacidad instalada, reduciendo tiempos de espera, mantener	20%	Ninguna	20/12/24	Aumenta capacidad operativa y permite

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
	estándares de calidad y avanzando en nuevas tecnologías				expandir la gama de tratamientos ofrecidos y seguir garantizando la continuidad y eficacia en la atención al paciente

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2024 logramos mantener la satisfacción de los servicios en un 99.17% lo que indica que el comportamiento frente a la atención del paciente, calidez y humanización se brindó de acuerdo con las políticas institucionales que hoy tenemos establecido en el manual de protocolo de servicio.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Las estrategias de formación implementadas durante el año en la institución se alinean a los objetivos estratégicos de Clínica los Nogales, enfocados en fortalecer las competencias

del personal, mejorar la calidad del servicio y garantizar el cumplimiento de estándares de seguridad y eficiencia.

Estrategias:

- Capacitación en manejo de los equipos TAC de simulación, Acelerador, equipos de docimetría.
- Actualización de protocolos de operación, normativas de seguridad y buenas prácticas clínicas del servicio de radioterapia.
- Mejoras en la calidad terapéutica al garantizar que los profesionales operen los equipos de manera eficiente y precisa.
- Cumplimiento normativo en seguridad del paciente y estándares internacionales.
- Reuniones mensuales sobre comunicación efectiva, empatía y manejo de conflictos con pacientes.
- Refuerzos de reputación institucional con enfoque en la experiencia del paciente
- Capacitación en el uso del sistema de información (Eclipse, Aria)
- Formación en herramientas digitales para la gestión de citas, resultados y vía clínica
- Optimización de los procesos operativos, reduciendo errores administrativos y tiempos de espera
- Cursos extrainstitucionales sobre hipofraccionamiento y radiocirugía

4.2. Evaluación del Clima Organizacional

Se implementaron diversas iniciativas enfocadas en la mejora del clima organizacional, promover la cohesión entre los equipos y aumentar los niveles de satisfacción y motivación de los colaboradores. Estas acciones estuvieron orientadas a fomentar un entorno laboral productivo y alineado con los objetivos institucionales.

El resultado de clima organizacional para el servicio de imágenes diagnosticas cerro con una calificación de 72.19 lo que indica que se encuentra en una zona de pasión.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:

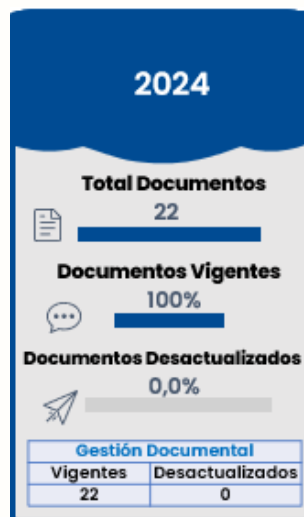




Fuente Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

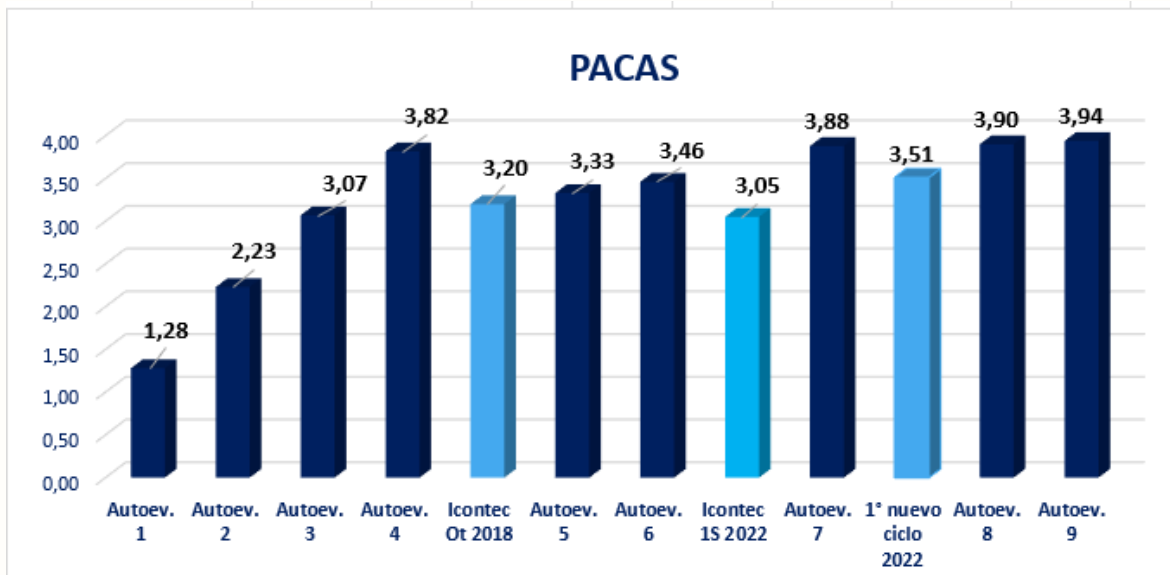
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

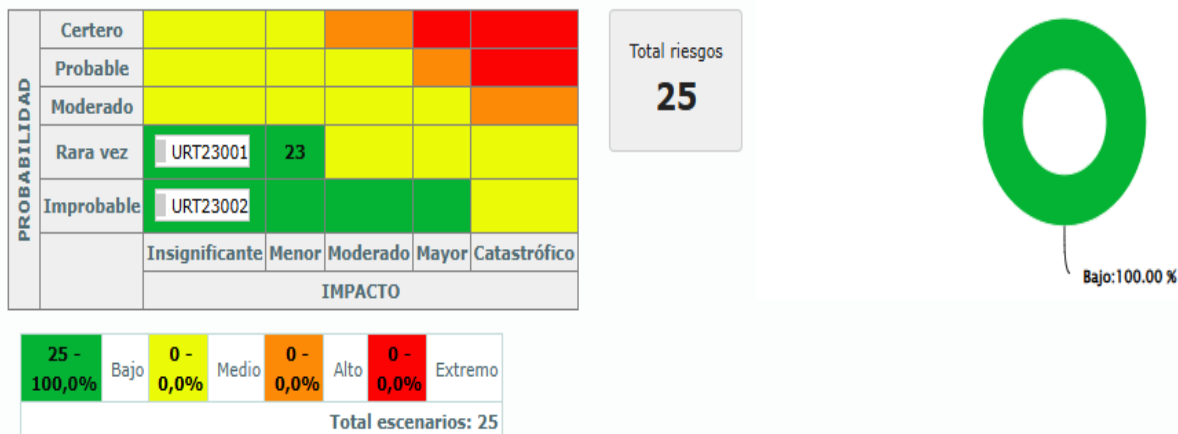
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

En el servicio de radioterapia las conclusiones y lecciones aprendidas son fundamentales para mejorar la precisión y eficacia del tratamiento, así como para optimizar las experiencias del paciente.

- Precisión en la planificación del tratamiento: la planificación detallada y personalizada, utilizando tecnologías con IMRT, IGRT, SBR, SBRT, mejora la precisión de radioterapia, reduciendo efectos secundarios y aumentando la probabilidad de éxito en el tratamiento.
- Importancia de la colaboración multidisciplinaria: el trabajo conjunto de médicos oncólogos radioterápicos, físicos médicos, tecnólogos, auxiliares de enfermería, auxiliar administrativo es esencial para garantizar un tratamiento seguro y efectivo.
- Personalización del tratamiento: cada paciente es único, se requiere un trabajo personalizado en temas de dosis, modalidad de radioterapia y duración del tratamiento, teniendo en cuenta localización del tumor, tipo de cáncer y resultados.
- Efectos secundarios y manejo: son inevitables en muchos casos, pero el manejo adecuado y el seguimiento es crucial para mantener la calidad de vida del paciente durante y después del tratamiento.
- Control de la dosimetría: esto asegura las dosis administradas, lo que es esencial para la efectividad del tratamiento y la prevención de daños en los tejidos sanos circundantes.

8. PROYECTOS 2025

- Incorporación de un nuevo acelerador lineal con sistema SGRT y Hypersigh.
- Actualización del sistema Eclipse para integrar RapidArc.
- Inicio de protocolos clínicos para tratamientos de enfermedades benignas.
- Publicaciones de al menos 2 artículos en revistas indexadas de alto impacto.
- Participación en congresos cursos y talleres locales e internacionales desde los diferentes roles del equipo.
- Llevar resultados clínicos y técnicas de tratamiento novedosas a diferentes congresos.
- Construcción de curvas de calibración de CT, PET/CT y CBCT.
- Irradiación de Hemocomponentes.

Unidad de UTPH

Los Nogales | Torre 2

OBJETIVO GENERAL

Brindar una atención humana, segura y oportuna basada en el modelo de atención los pacientes que ingresa a trasplante de progenitores hematopoyéticos.

1. RESUMEN EJECUTIVO:

Durante el 2024 se realizan un total de 122 valoraciones de primera vez, 80 pacientes son llevados a estudios pre-trasplante y 57 trasplantes autólogos de progenitores hematopoyéticos; de los cuales el 61.4 % corresponde a mieloma múltiple, 31.57 % linfomas y 7 % en otras patologías (cáncer de testículo, leucemia de células plasmáticas y neuromielitis).



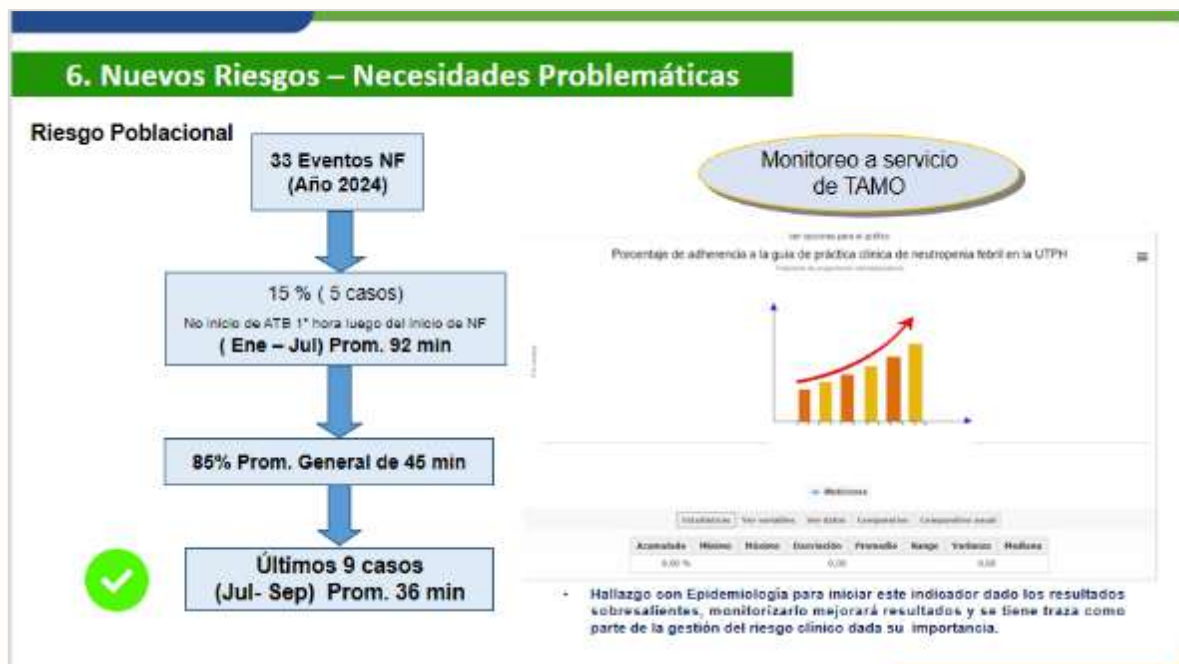
Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Se evidencia que el 71.5 % de los pacientes evaluados son llevados a trasplante, las principales causas de no ejecutar el trasplante son no indicación, contraindicación por pruebas pretrasplante y/o comorbilidades, muerte en IPS tratante o no aceptación del procedimiento.

Al realizar comparación respecto al 2023 donde el 67.81 % de los pacientes evaluados fueron trasplantados, se observa un aumento en 3.69 % en el porcentaje de pacientes con

trasplante efectivo; en donde se realizan capacitaciones al asegurador incluyendo las cohortes de trasplante y cáncer con el fin de indicar el momento idóneo para valoración de primera vez e ingreso oportuno a TPH.

Por otra parte, se evidencia mejoría en el manejo del paciente trasplantado en neutropenia febril, dado que durante el 2023 la adherencia se encuentra en 74.47 %, encontrando como principal oportunidad de mejora la revaloración del paciente posterior a la instauración del tratamiento y el inicio oportuno de antibiótico. En cambio, para el 2024 se observa mejoría en cuanto al tiempo de inicio de antibiótico con un promedio general de 45 minutos para la toma de cultivos e inicio de tratamiento dando cumplimiento al tiempo establecido lo cual impacta de manera positiva en el desenlace del paciente.



Fuente: Informe Gestión del Riesgo

Por último, para el 2024 se establecen protocolos, ruta de atención (institucional - asegurador) y paquetes para implementación de trasplante alogénico intrafamiliar idéntico y haploidentico, permitiendo el inicio de valoraciones a posibles candidatos pertenecientes a sucursales de Cundinamarca, Meta y Tolima.

Esto a su vez permite cuatro jornadas de capacitación institucional realizadas por los hematólogos de trasplante y la enfermera oncóloga en manejo del paciente con trasplante autólogo y alogénico, neutropenia febril y complicaciones más frecuentes, logrando cobertura de médicos especialistas, generales, personal de enfermería y químicos farmacéuticos de servicios de hospitalización, urgencias y UCI.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1 INDICADORES PRODUCTIVIDAD:

En 2023 se realizan un total de 116 valoraciones primera vez con un promedio en la oportunidad de 7.4 días, mientras que 2024 se realizan 122 consultas con una oportunidad de 8 días; evidenciando que se mantiene estable con cumplimiento de la oportunidad pactada con el asegurador.

En lo correspondiente a los estudios pretrasplante en 2023 se realizan un total de 87 con un promedio en la oportunidad de 9 días, mientras que 2024 se realizan 80 consultas con una oportunidad de 8 días; evidenciando mejoría de un día en la atención al paciente candidato a trasplante.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Dentro de la evaluación pre-trasplante se realiza de manera minuciosa la identificación de riesgos uno de ellos es la falla a la movilización, escogiendo el protocolo acorde a los riesgos de cada paciente (edad mayor 60 años, infiltración en médula ósea, más de una línea de quimioterapia, o más de 4 ciclos con lenalidomida y radioterapia).

Se observa que durante el 2023 el 5.21 % de los pacientes que ingresan a movilización presentan falla, contrastado con el 2024 con un 5 % evidenciando una tendencia estable. Los candidatos que presentan falla presentan más de tres factores de riesgo y se realiza segundo intento con plerixafor.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Una vez se cuenta con un mínimo de 10 células CD34 en sangre periférica son llevados a la fase de recolección por medio de un procedimiento llamado aféresis el cual se lleva a cabo a través de un separador celular que permite extraer una parte de la sangre por medio de un catéter de alto flujo y por centrifugación separa y recoge células mononucleares, con una duración aproximada de 3.5 a 5 horas, procesando más de 30 litros de sangre, o seis veces el volumen medio de sangre total.

Durante este procedimiento se pueden presentar diversas complicaciones como toxicidad al citrato de anticoagulante, para lo cual se realiza reposición de calcio durante el procedimiento y se monitoriza al paciente para verificar cambios electrocardiográficos; hipovolemia debido a los cambiantes volúmenes sanguíneos; todo paciente debe contar con un cuadro hemático previo procedimiento puesto que presentan mayor riesgo pacientes con niveles de hemoglobina y hematocrito bajos; así como sangrados por trombocitopenia.

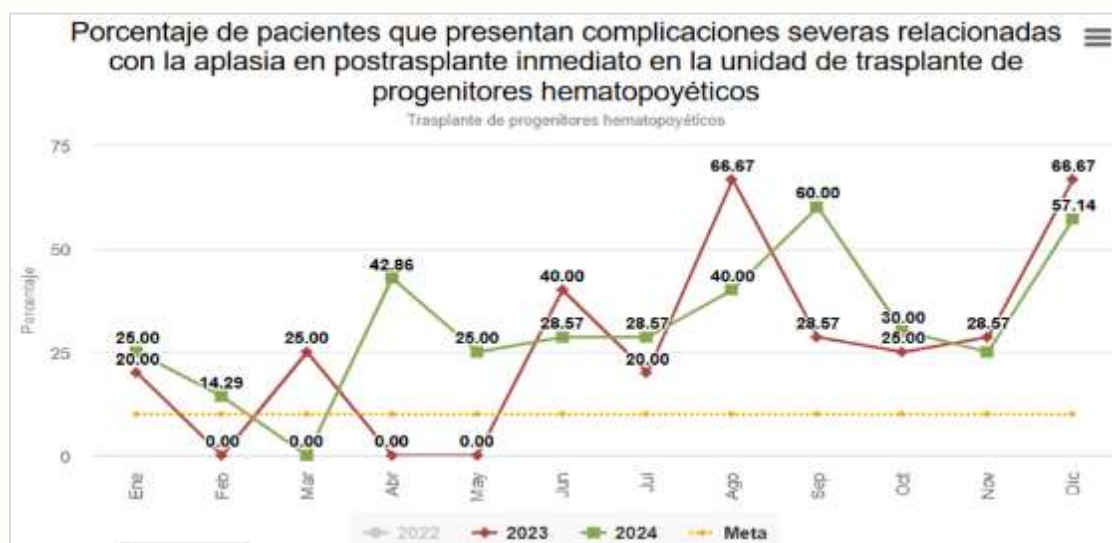
Desde la apertura de la unidad no se han presentado complicaciones durante las aféresis realizadas durante el 2023 se realizan 82 procedimientos mientras que en 2024 se aumentan a 88.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Posterior al proceso de movilización, recolección, procesamiento celular e infusión el momento más crítico es la aplasia dado que es donde se evidencian más complicaciones relacionadas con el trasplante, por lo que se realiza medición del porcentaje de pacientes con complicaciones severas que requieren traslado a la unidad de cuidados intensivos.

Para el 2024 el 31.7 % de los pacientes sometidos a trasplante autólogo son trasladados a UCI, siendo la principal causa es el choque séptico con un 95.9 % y el 4.1 % restante por toxicidad cardíaca secundaria a quimioterapia.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

En cuanto a la mortalidad de los 57 trasplantes realizados, cuatro pacientes fallecen por choque séptico durante la aplasia, se tienen medidas preventivas como el tamizaje rectal de manera semanal para la identificación de gérmenes multirresistentes y su respectivo manejo antibiótico, se implementa medición de adherencia al protocolo de neutropenia febril.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

Una vez se cuenta con injerto de neutrófilos y plaquetas se inicia el seguimiento postrasplante, en donde se debe realizar evaluación de la enfermedad al día + 100 con el fin de verificar si el trasplante fue exitoso.

Esta se realiza por medio de monoclonalidad, biopsia de médula ósea o PET CT acorde a patología de base. Para el 2023 de los trasplantes realizados el 5.08 % presenta recaída en los primeros 100 días postrasplante un mieloma múltiple, dos linfomas y un paciente se encuentra con enfermedad estable (amiloidosis). En contraste en 2024 se presenta una recaída con patología de base linfoma de Hodgkin esclerosis nodular.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Trasplante alogénico	Implementar trasplante intrafamiliar alogénico idéntico y haploidentico	90 %	Definición de inclusiones y exclusiones de paquetes pretrasplante y trasplante acorde a compatibilidad Definición de direccionamientos con el asegurador.	Marzo 2025	Se espera durante el primer trimestre realizar la primera infusión, se encuentra pendiente el funcionamiento del hospital día. Actualmente se están realizando estudios de histocompatibilidad y selección de donantes.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera

A lo largo del 2024 se observa una satisfacción de los usuarios y sus familias del 100 %, se realiza de manera constante rondas y se establece comunicación directa con el fin de identificar inconformidades de manera temprana.

Las principales inconformidades referidas corresponden a la alimentación donde también se implementan rondas con nutrición y modificación de dietas acorde a necesidades y preferencias de los pacientes.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Las capacitaciones en la unidad de trasplante progenitores hematopoyéticos se enfocan en la actualización de protocolos de manejo a los pacientes en cada fase acorde a su patología de base, así como el manejo de patologías especiales con la indicación de Tph.

Durante el 2024 se realiza capacitación en manejo de terapias bispecíficas como el epcoritamab, brindada al talento humano que pertenece a trasplante progenitores hematopoyéticos y a oncología. Cabe resaltar que Clínica Los Nogales fue la primera institución en Colombia en realizar su administración.

Adicionalmente se capacita en protocolos de movilización y acondicionamiento en neuromielitis óptica, patología que rara vez tiene indicación de trasplante, con cubrimiento del 100 % al personal de la UTPH.

A nivel institucional se realiza socialización de manejo paciente trasplante alogénico en dos jornadas académicas de enfermería y dos sesiones con los hematólogos contando con la participación de médicos especialistas, generales, jefes y auxiliares de enfermería, químicos farmacéuticos de diferentes servicios y programas.

4.2. Evaluación del Clima Organizacional

Durante el 2024 no se tiene rotación de personal en la UTPH, se establecen estrategias de comunicación asertiva, retroalimentación y análisis personalizadas en caso de presentarse incidentes o eventos adversos.

Se fomentan espacios de escucha activa, comunicación abierta con los especialistas y coordinación; se implementan espacios con el personal de la unidad fomentando las adecuadas relaciones interpersonales que se ve reflejado en aumento de trabajo en equipo de los diferentes turnos.

Adicionalmente se realizan constantemente rondas de verificación y resocialización de manejo de equipos especiales destinados para la recolección y procesamiento celular.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

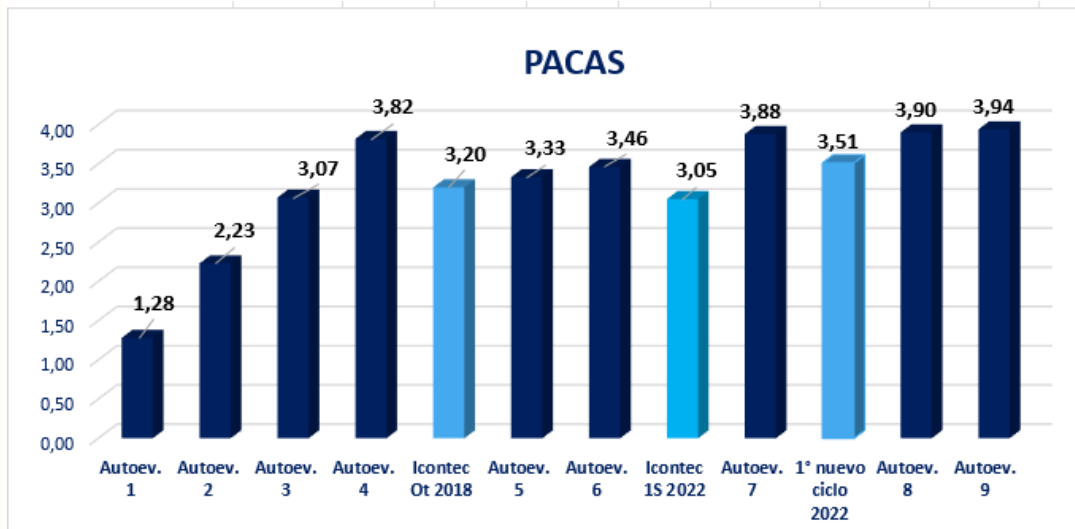
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a Diciembre 2024.



Fuente Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

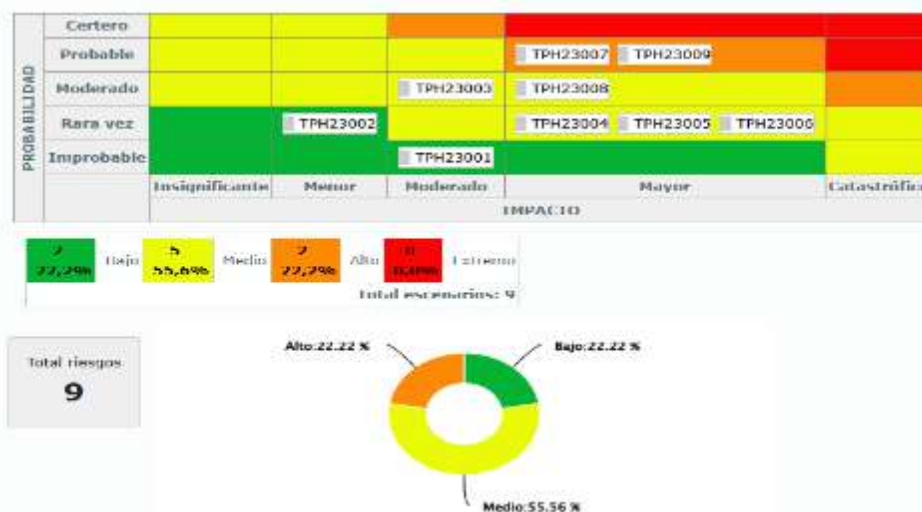
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9ª Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

		POA 2024 UTPH		<table><tr><td>Código</td><td>2024-SPR-07.4</td></tr><tr><td>Vigencia</td><td>2024</td></tr><tr><td>Estado</td><td>Terminado</td></tr></table>		Código	2024-SPR-07.4	Vigencia	2024	Estado	Terminado
Código	2024-SPR-07.4										
Vigencia	2024										
Estado	Terminado										
Responsable		Coordinación UTPH		<table><tr><td>Fecha inicio</td><td>2024-01-01</td><td>Fecha Fin</td><td>2024-12-31</td></tr></table>		Fecha inicio	2024-01-01	Fecha Fin	2024-12-31		
Fecha inicio	2024-01-01	Fecha Fin	2024-12-31								
Resumen cronogramas											
Cronograma		Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento						
Establecer un programa de capacitación continua a los colaboradores de la unidad de trasplante progenitores hematopoyéticos		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Instaurar matriz de riesgos más significativos en cada una de las fases del trasplante progenitores hematopoyéticos autólogo y alogénico en conjunto con gestión de riesgos		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Establecer estrategias con el fin de mejorar la experiencia del paciente y su familia por medio de la política de humanización y oportunidad de valoración e ingreso a trasplante.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Actualizar el manual de la unidad de progenitores hematopoyéticos		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Analizar el comportamiento de los trasplantes autólogos realizados en el primer año de la unidad en cuanto a estrategias de movilización, conservación, injerto y evaluación al día + 100 postrasplante		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Implementar en la unidad de trasplante progenitores hematopoyéticos la digitalización de documentos en procesos de entrega de turno, envío de ordenes de procedimientos entre servicios a través de interfases y sharepoint.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Establecer criterios para toma de medios diagnósticos en el paciente postrasplante de médula ósea acorde con estado clínico		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Optimizar el uso de insumos medico quirúrgicos necesarios para la recolección y conservación celular		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Implementar trasplante alogénico 100 % y 50 % compatible en la institución.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
TOTAL		100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- La neutropenia febril es considerada una emergencia médica, que sin manejo antibiótico oportuno se asocia a tasas de mortalidad del 75%. En la UTPH durante el 2024 se instaura medición y seguimiento de la adherencia evidenciando dos ítems durante el 2023 con baja adherencia revaloración posterior y el inicio de manejo antibiótico oportuno; para lo cual se observa mejoría significativa en el segundo ítem con un promedio de 45 minutos para toma de medios diagnósticos e inicio de tratamiento.
- Se debe fortalecer el manejo de paciente trasplantado en la unidad de cuidados intensivos en cuanto al escalonamiento de manejo antibiótico acorde con crecimientos microbiológicos en cultivos, con el fin de disminuir la mortalidad en trasplante autólogo.
- Se mantienen estables los indicadores de oportunidad para valoración de primera vez y se mejora la oportunidad para los estudios pretrasplante, teniendo en cuenta que Clínica Los Nogales es referente a nivel nacional para trasplante autólogo y se realiza programación acorde a ciclos de quimioterapia y viáticos gestionados por el asegurador.

- Lo cual permite disminución de costos en salud al realizar el ingreso oportuno a trasplante evitando así más líneas de tratamiento por recaídas, menor riesgo de falla a la movilización o complicaciones durante la aplasia por toxicidades acumuladas.

9. PROYECTOS 2025

- Inicio de trasplante alogénico idéntico y haploidéntico basados en la ruta establecida con el asegurador e institucional.
- Para el 2025 se proyecta ser referentes a nivel nacional para trasplante autólogo y alogénico.
- Fortalecer la capacitación de personal que ingresa nuevo a la institución en ruta de manejo en paciente con neutropenia febril y complicaciones del trasplante.
- Mejorar los canales de comunicación entre la UTPH y los pacientes o familiares en cada una de las fases del trasplante, con énfasis en el postrasplante inmediato.
- Mantener la satisfacción del paciente y su familia en la UTPH.
- Publicación de artículo de retrospectivo descriptivo en trasplante autólogo.



Unidad de Falla Cardíaca

OBJETIVO GENERAL

Brindar una atención oportuna, humanizada, segura y eficiente, con el fin de definir un diagnóstico y dar continuidad teniendo en cuenta el estado de salud.

1. RESUMEN EJECUTIVO

1.1 PRINCIPALES LOGROS

- Unidad referente en el manejo de falla cardíaca en congresos nacionales como expositores y participantes.



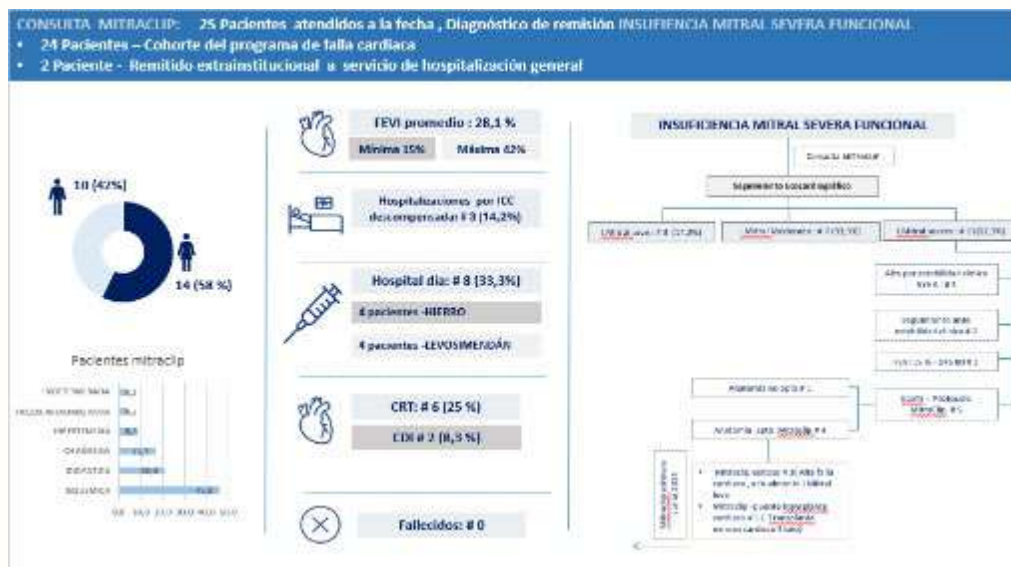
Fuente: Coordinación de falla cardíaca

- Como principal se termina la fase de reclutamiento y se continúa con la fase de seguimiento en el registro colombiano RECOLFACA como primera aproximación que se realiza en Colombia sobre perfil clínico y demográfico de los pacientes con falla cardíaca en donde Clínica los Nogales participa. Esta información es de gran relevancia ya que permitirá caracterizar la población y servir como base para diseñar políticas públicas que ofrezcan una mejor atención en salud a esta población con falla cardíaca.



Fuente: Coordinación de falla cardíaca

- Consulta de exclusiva de pacientes candidatos a Mitra clip para realizar titulación Cumpliendo objetivos en beneficio de nuestros pacientes. Continuando la implementación de estrategias con nuevas tecnologías en favor de la población con Falla Cardíaca.



Fuente: Coordinación de falla cardíaca

- Avances de las oportunidades de mejora de ICONTEC 2024.
- OM # 60-1103. Fortalecer los programas de cardiología y falla cardiaca, teniendo como base la implementación de las estrategias de seguridad del paciente, la producción académica y la participación en estudios multicéntricos que permitan disponer de indicadores trazadores específicos en función del mejoramiento de la calidad.

- OM # 61-1104 Generar estrategias, en el programa de hospital día, en cardiología y falla cardíaca, que permitan evaluar el impacto del programa, en función del beneficio en la calidad de vida de los pacientes, requiriéndose para ello el comparar resultados con instituciones de salud del tercer nivel de atención que cuenten con programas similares.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1 Indicadores Efectividad



Fuente: Sistema de información Almera

Este indicador me permite evaluar mensualmente el número de pacientes educados en el programa en temas sobre la patología, medicamentos, alimentación, aspectos psicosociales entre otros. Se evidencia un mejoramiento del indicador en el año 2024 en comparación con el 2023 obteniendo en la mayor parte del año se mantuvo el indicador al 100%



Fuente: Sistema de información Almera

En el año 2023 en el mes de agosto se realiza un ajuste en el indicador, sin embargo, en promedio de la asignación de citas entre el 2023 y el 2024 es a 2 días.



Fuente: Sistema de información Almera

Este indicador nos muestra el porcentaje de inasistencia en la consulta del especialista y aunque tenemos una meta proyectada del 8%, encontramos algunas desviaciones correspondientes al mes de septiembre y diciembre del 2024 por voluntad del mismo paciente, puesto que dentro de la educación se encuentra el seguimiento al paciente por medio de llamada telefónica y confirmación de esta. En el 2023 hay una desviación significativa en el mes de septiembre debido a desinformación de la base de agenda de pacientes. Por lo cual se realizó intervención rápidamente para controlar la información.



Fuente: sistema de información Almera

En el 2023 con el fortalecimiento y continuidad en las actividades de seguimiento, se logra mejorar el reporte oportuno y objetivo de este indicador.

El porcentaje de hospitalización de la cohorte del programa de falla cardíaca Clínica los nogales se mantiene por debajo del registro colombiano (RECOLFACA) donde se reporta un porcentaje de hospitalización de 24.2%.

En el 2024 hay una disminución significativa del porcentaje de hospitalización con un 6.4 % con respecto al año inmediatamente anterior.



Fuente: Sistema de información Almera

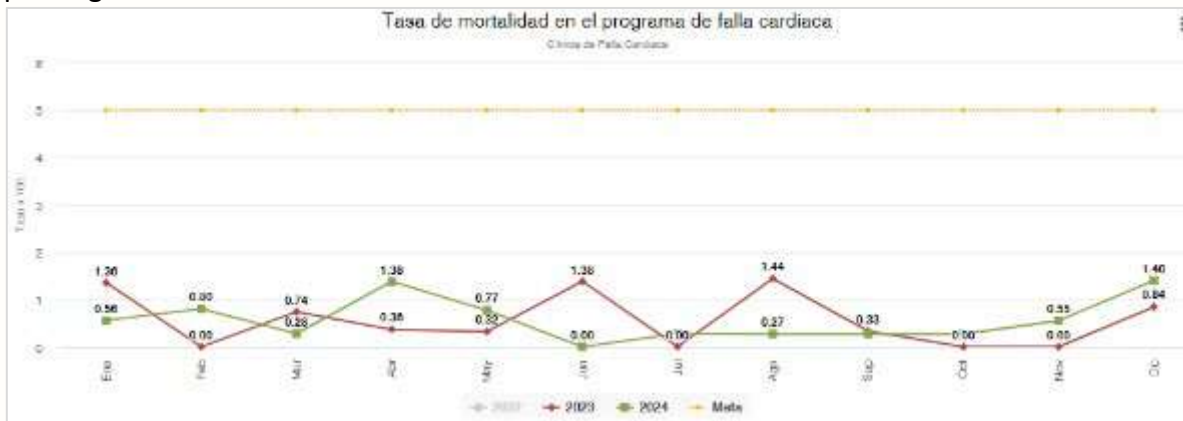
El promedio de días de estancia en unidad de cuidado intensivo para el año 2023 fue de 4.9 días; en el 2024 hay un aumento a 5.9 % con respecto al año anterior debido al aumento de

la corte de 250 pacientes a 350 pacientes y la complejidad y afectación de salud por esta patología.



Fuente: Sistema de información Almera

El promedio de días de estancia en hospitalización general para el año 2023 fue de 2.38 días; en el 2024 hay un aumento a 2.74 días con respecto al año anterior debido al aumento de la corte de 250 pacientes a 350 pacientes y la complejidad y afectación de salud por esta patología. Para un total



Fuente: Sistema de información Almera

En el año 2023 tasa de mortalidad del programa de falla cardíaca fue de 6.42%, mostrando una reducción de 1.3 puntos porcentuales con respecto a la tasa de mortalidad del 2022 correspondiente al 6.7%.

La mortalidad mensual comparada mejoró para el 2023 mostrando 4 meses en los que no se registraron fallecimientos. En el año 2024 tasa de mortalidad fue de 6.47 %.

Para el mes de diciembre el servicio de falla cardíaca tuvo una satisfacción del 98.7% disminuyendo un 1.3% con respecto del mes anterior.

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Protocolo del cuidado de enfermería en paciente hospitalizado	Estandarizar un protocolo de cuidado para pacientes con falla cardíaca en el servicio de hospitalización de la Clínica de Nogales, con el fin de mejorar la calidad del cuidado y los resultados clínicos de los pacientes.	90%	La rotación del por la amplia rotación del personal de enfermería	Diciembre 2025	Se continuará con la capacitación la cual se hará cada trimestre. Es importante resaltar que el personal capacitado si ha generado un cambio en cuanto al cuidado de enfermería ha mejorado.
Protocolos y documentos en Almera	Estandarizar los protocolos de falla cardíaca	100 %	No hubo dificultades	Diciembre 2024	Se logra efectivamente revisar con el servicio de calidad y se codifican y suben a Almera los protocolos, formatos y guías de falla cardíaca

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de información Almera

Para el mes de diciembre el servicio de falla cardíaca tuvo una satisfacción del 98.7% disminuyendo un 1.3% con respecto del mes anterior.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

- Actualizaciones académicas del equipo trabajo



Fuente: Coordinación de falla cardíaca



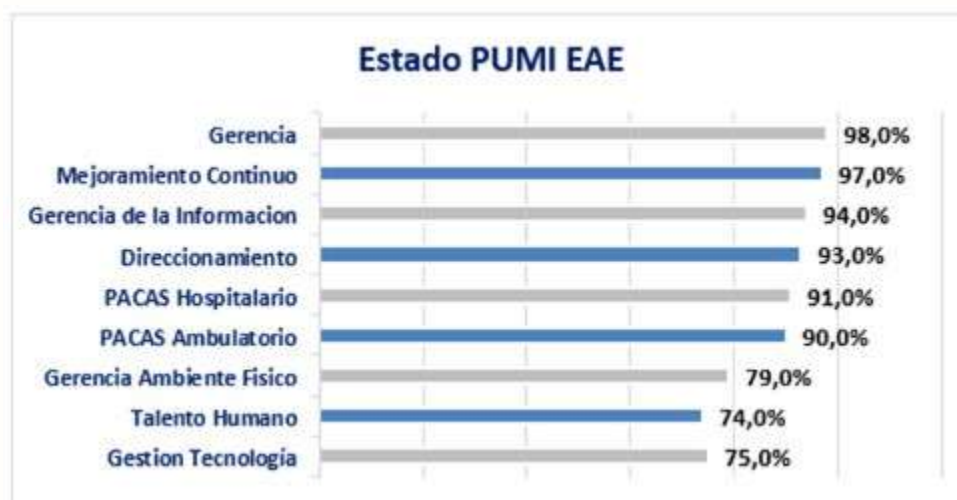
Fuente: Coordinación de falla cardíaca

Se hacen capacitaciones internas con las personas evidenciadas en las EPM con temas generalizados de falla cardíaca

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

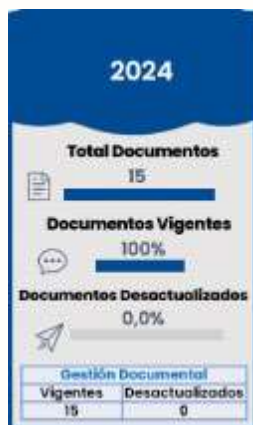
Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

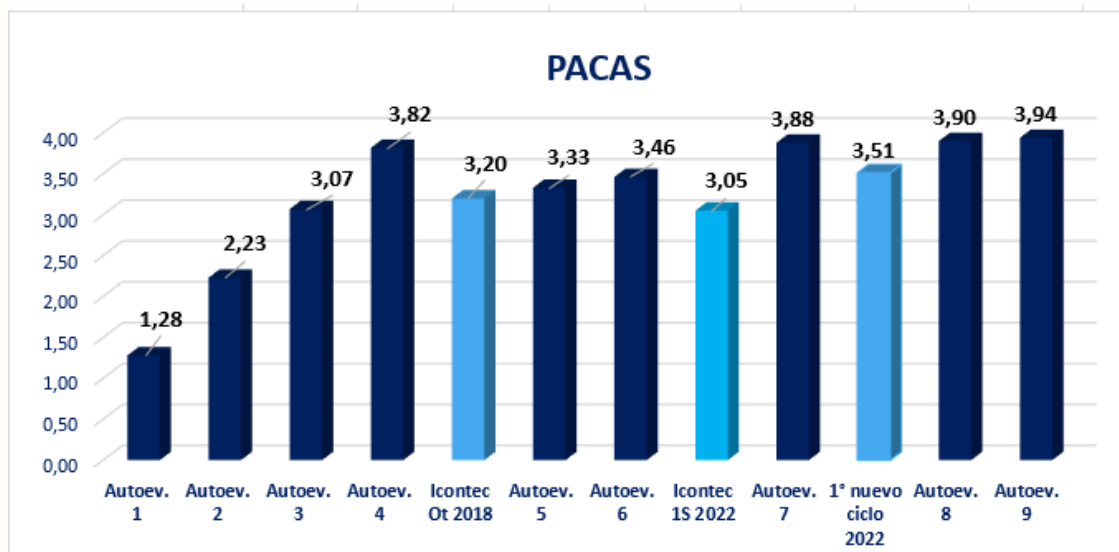
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a Diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema integrado de gestión Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

Los Nogales

CHILA

POA 2024 Clínica de Falta Cardíaca

Código

Vigencia

Estado

2024-SPR-05.1

2024

Ejecución

Responsable

Fecha Inicio

Fecha Fin

Jefe de Falta Cardíaca

2024-01-01

2024-12-31

Resumen cronogramas

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Capacitación del cuerpo de trabajo	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Efectividad clínica, modelos de atención de falta cardíaca, procesos prioritarios tanto en consulta externa como en la parte de hospitalización	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Necesidad de integrar las diferentes fuentes de información con el propósito de monitorear la atención	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Efectividad clínica, modelos de atención de falta cardíaca, procesos prioritarios tanto en consulta externa como en la parte de hospitalización	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
La insuficiencia cardíaca es uno de los grandes problemas médicos que afronta el mundo. Su gran y creciente prevalencia, así como el enorme consumo de recursos sanitarios, la hacen merecedora de una atención especial. Por tanto, es muy importante conocer medidas que contribuyan a reducir su progresión, así como tratamientos, investigación, estudios de casos, guías mexicanas con equipo multidisciplinario que disminuyan la morbilidad y la mortalidad de esta enfermedad.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Necesidad de integrar las diferentes fuentes de información con el propósito de monitorear la atención	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Aprovechamiento de los recursos e insumos del servicio, mayor utilización de la capacidad instalada	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Necesidad de integrar las diferentes fuentes de información con el propósito de monitorear la atención	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema integrado de gestión Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

La IC es un síndrome de prevalencia elevada, sobre todo en edades avanzadas, que supone una gran carga asistencial. Sus causas más frecuentes son la cardiopatía isquémica, La importancia de las enfermedades asociadas es importante.

Las nuevas maneras de enfocar su atención como unidades multidisciplinarias y la mejor aplicación de las medidas farmacológicas, junto con otros avances en el tratamiento, han conseguido una mejora en la supervivencia. A partir de ahora será más difícil seguir mejorando la supervivencia, pero hay otros objetivos terapéuticos que no debemos olvidar, como son aumentar la calidad de vida y asistir a los enfermos en la fase terminal de su proceso.

9. PROYECTOS 2025

- Alinear las estrategias del POA 2025 con todo el programa de seguridad del paciente, fomentar y trabajar de forma integrada con esta área con el fin de optimizar la gestión y la cultura de seguridad para nuestros pacientes.
- Socializar el protocolo de cuidados de enfermería en paciente hospitalizado con el personal de enfermería.
- Implementar las jornadas de educación grupales con el equipo multidisciplinario con el fin de afianzar la educación en falla cardíaca.
- Realizar la capacitación al personal de la unidad.
- Fomentar la participación en congresos relacionados con falla cardíaca.



Artritis

Reumatoide



Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C.
Autopista Norte, Costado Oriental.



www.clinicanogales.com



(601) 593 70 00

OBJETIVO GENERAL

Cumplir con estándares de calidad en atención, control y seguimiento de pacientes con diagnóstico confirmado de artritis reumatoide, mediante la gestión del riesgo que incluye detección temprana, tratamiento precoz y rehabilitación; disminuir la discapacidad de los pacientes con esta patología por medio de la intervención multidisciplinaria y de esta manera ser reconocidos como modelo de atención siendo referentes locales y panamericanos.

1. RESUMEN EJECUTIVO

- Para el corte de la Cuenta de Alto Costo junio 31 de 2024, se cierra el año con un total de más de 2,000 pacientes. Este resultado da cuenta del seguimiento y control establecido conforme a la normatividad vigente en Colombia, particularmente en lo relacionado con la captación y retención de los pacientes, en cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1751 de 2015 y demás normativas aplicables en el ámbito de la salud.
- Se evidencia un promedio mensual de 1843 valoraciones entre reumatología y los demás actores del modelo y un total de 312 ingresos anuales de protegidos con Dx confirmado de Artritis Reumatoide, cantidad superior a la del año 2023.
- Creación de tableros (DASHBOARD) de información en Power BI, desarrollados en conjunto con el equipo de Epidemiología, utilizando las bases de datos de la Cuenta de Alto Costo (CAC) y las bases propias del programa. Estos tableros permiten un análisis integral y visualización efectiva de los datos, con la capacidad de actualizarse según el corte temporal de la población del Programa. Estrategias de información que facilitan el análisis del comportamiento del modelo con el fin de realizar oportunamente los ajustes necesarios para la proyección a mediano y largo plazo.
- Se incorpora la valoración de toxicología, con el fin de evaluar las interacciones farmacológicas, el impacto del tabaquismo y alcoholismo en los pacientes del programa. Esta valoración permite identificar riesgos asociados al consumo de diferentes agentes (polifarmacia), optimizar los tratamientos y mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes del programa beneficiando a más de un centenar de protegidos en el año 2024; evitando el escalonamiento fármaco terapéutico de alto costo, no sin antes agotar estrategias fármaco económicas acorde a nuestra situación real en salud.
- Visualización del modelo en escenarios locales e internacionales, destacando su participación por parte del médico deportólogo Dr. Mauricio Mejía Acosta en el

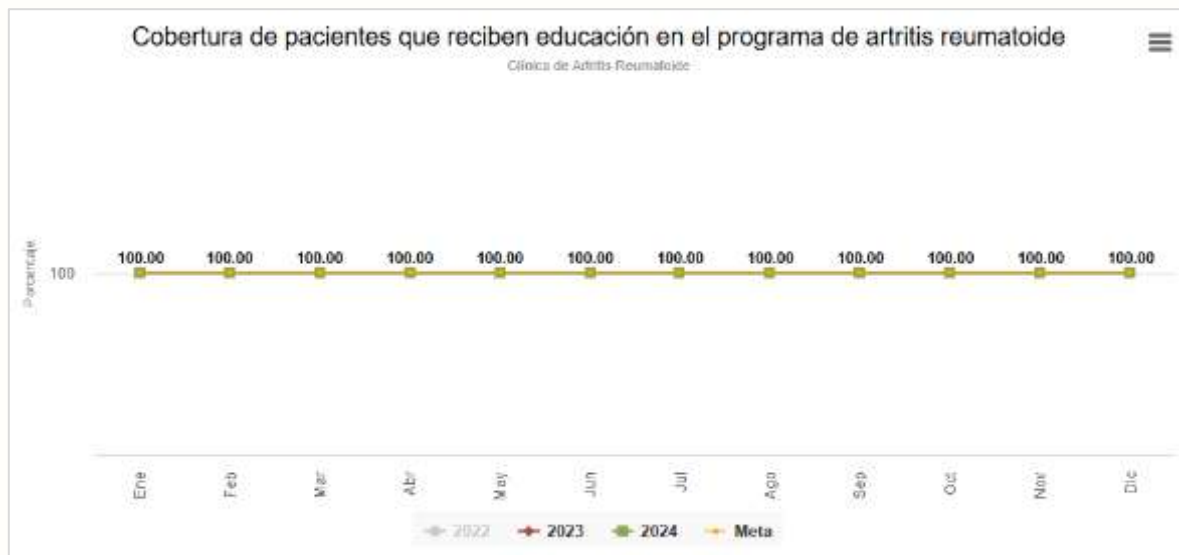


Congreso Colombiano de Innovación en Reumatología, donde se presentan avances en los modelos de atención a pacientes con artritis reumatoide. A nivel internacional, el programa también ha sido promovido por el coordinador del modelo Dr. Sebastián Giraldo en países como Perú, República Dominicana, Guatemala y Brasil, a través de ponencias y socializaciones sobre modelos de atención siendo líderes panamericanos y referentes locales en nuevas estrategias de gestión del riesgo en pacientes con artritis Reumatoide.

- Fortalecimiento de las escuelas de pacientes de nuestro modelo, recibiendo educación en la totalidad de los protegidos pertenecientes a nuestra cohorte; involucramos activamente a sus familiares con el fin de disminuir impacto en la fatiga de cuidador, socializamos estrategias de instrumentación en su ABC y agentes facilitadores de comunicación asertiva familiar.
- Participación de todo el equipo multidisciplinario en jornadas de actualización generadas e impartidas por y para ellos, abordajes integrales de atención, manifestaciones extraarticulares, enfoques farmacológicos y no farmacológicos.
- Protocolos de investigación, Posters y capítulos de libros con autores propios de nuestro modelo Dra. Eugenia Saldarriaga y Dr. Sebastián Giraldo, recursos científicos publicados y socializados en escenarios nacionales e internacionales, Congreso panamericano de Reumatología (Barranquilla-Colombia), Curso colombiano de Reumatología (Cali-Colombia).
- Incremento del porcentaje a más del 90% de protegidos vinculados en el modelo en baja actividad y remisión de la enfermedad independiente de la medida farmacoterapéutica con la que se encuentren, en el caso de Dmards Convencionales se disminuye la posibilidad de escalonamientos terapéuticos tempranos con el sobre costo secundario y en el caso de Dmards biológicos optimizando oportunamente el tratamiento (espaciamiento en frecuencia o ajuste de dosis farmacoterapéutica).
- Para finalizar año 2024 se entregan Estandarizados y actualizados en Almera los Protocolos, guías y formatos del Programa: Clinimetría de Das28, HAQ, procedimiento de biopsia de glándula salival menor, infiltración articular, bloqueo miofascial, modelo de atención SINERGIA, estrategia de educación, consentimiento de ingreso y continuidad en el programa.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1 Indicadores Productividad:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024, en comparación con el año 2023, se logró una cobertura del 100% de los pacientes que recibieron educación durante su proceso de atención. Cabe señalar que el objetivo de este indicador es medir la cantidad de usuarios que reciben información sobre su estado de salud y su proceso de recuperación, a través de recomendaciones y pautas relacionadas con su tipo de patología, específicamente en el programa de artritis reumatoide. Este indicador también considera el número de pacientes que asisten por primera vez al programa.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

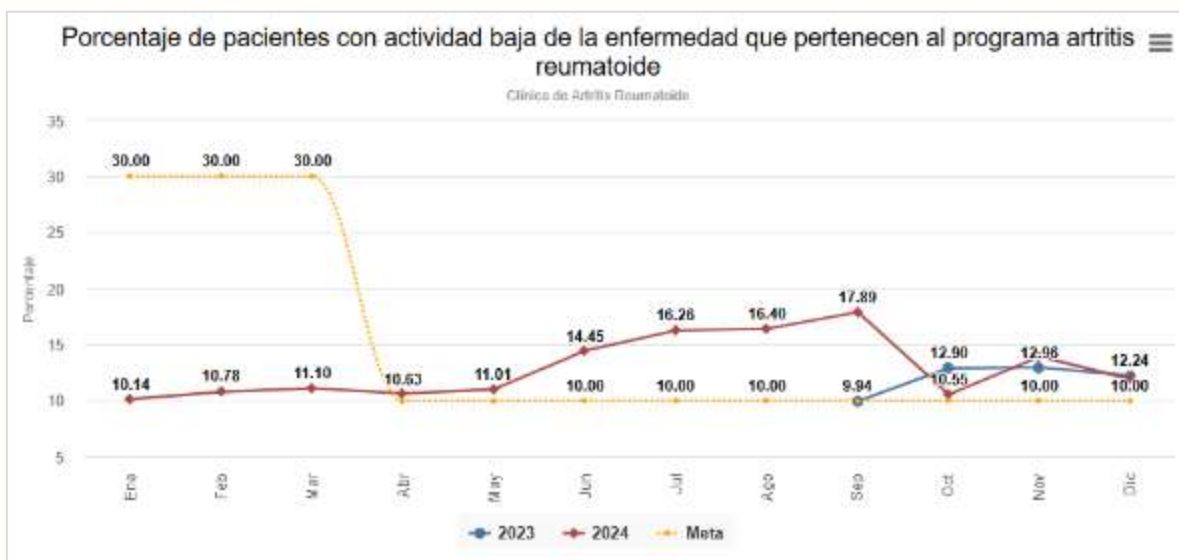
El objetivo principal de este indicador es validar la adherencia de los pacientes a su tratamiento farmacológico. Este resultado se obtiene a través de las valoraciones realizadas por el químico farmacéuta vinculado al modelo, quien emplea el Test de Morisky-Green (test de adherencia validado); Para los primeros 9 meses iniciales del 2024 las consultas se realizaban dos veces por semana, durante 4 horas al día, atendiendo un promedio de 13 pacientes mensualmente, por lo que solo tenían oportunidad a la intervención aquellos protegidos que serían llevados a junta médica de escalonamiento terapéutico. A partir de octubre de 2024 y respondiendo a la necesidad del servicio, la atención del químico farmacéutico se amplió a tres veces por semana, con un horario de 6 horas por día, lo que permitió atender un promedio de 54 pacientes al mes involucrando pacientes en polifarmacia, con reacciones adversas medicamentosas o pacientes con sospecha de inherencia.

Actualmente, este indicador se encuentra por debajo de la meta establecida, la cual está basada en estándares internacionales. Sin embargo, es importante señalar que la población actual del programa difiere de la población sobre la cual se realizaron las mediciones iniciales. Además, junto con la estrategia educativa, se han incorporado temáticas que impactan directamente en este indicador.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

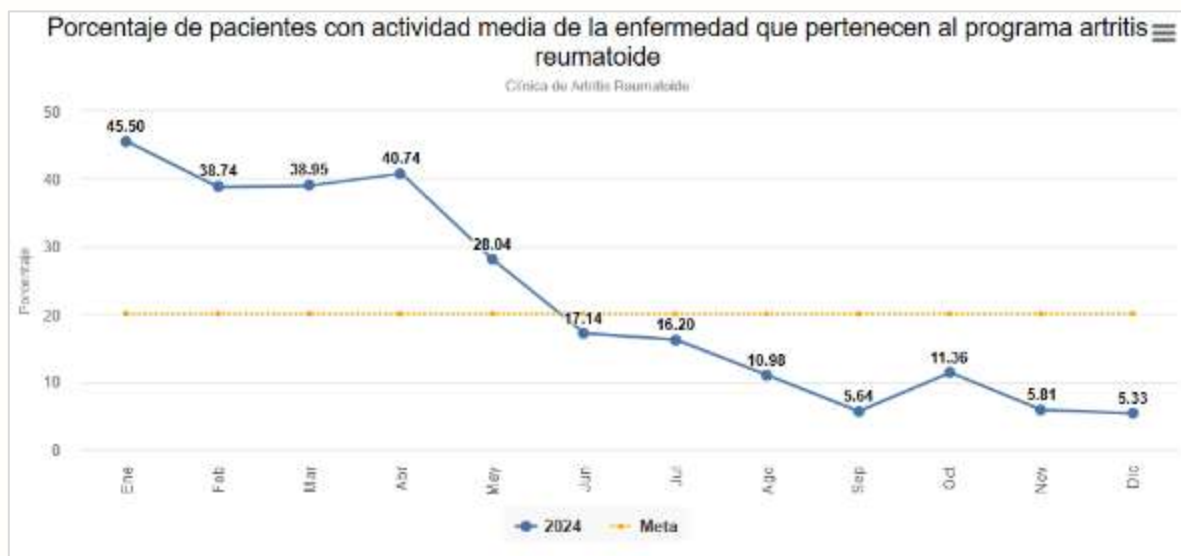
La remisión clínica es una de las cuatro categorías posibles en las que puede clasificarse un paciente con artritis reumatoide; Este indicador refleja el número de pacientes en remisión clínica, según la escala de índice de actividad de la enfermedad DAS 28 (por sus siglas en inglés Disease Activity Score), por cada 100 pacientes pertenecientes al programa de artritis reumatoide en un mes de seguimiento. En términos comparativos, los datos disponibles del año 2023, corresponde a los meses de septiembre a Diciembre, periodo que coincide con el momento en donde el indicador empieza a ser reportado; De esa manera y de forma exponencial los porcentajes de remisión vienen en aumento llegando a valores por encima del 80%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador refleja el número de pacientes con baja actividad de la enfermedad, según la calificación DAS 28 (por sus siglas en inglés Disease Activity Score), por cada 100 pacientes que participan en el programa de artritis reumatoide durante un mes de seguimiento. La baja actividad es una de las cuatro categorías posibles en las que puede clasificarse la actividad clínica del paciente con artritis reumatoidea. En términos comparativos, los datos disponibles corresponden a partir de septiembre de 2023, período a partir del cual este indicador fue objeto de medición.

La baja actividad es la segunda categoría más prevalente entre los pacientes del programa. Aunque este indicador tiene una meta inicialmente negativa, su tendencia debe ser positiva, ya que se espera que la actividad media y alta disminuyan paralelamente al aumento de los pacientes en remisión y con baja actividad. El objetivo de este indicador es validar la meta del programa, evaluando la efectividad de las intervenciones implementadas. Para el año 2024, se ha logrado un crecimiento paulatino en la población con baja actividad, llegando a porcentajes de 12.24 que sumado al porcentaje de pacientes en remisión tenemos un modelo con 93.8 de su población total con adecuado control de su condición clínica.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador refleja el número de pacientes con actividad media de la enfermedad, según la calificación DAS 28 (por sus siglas en inglés Disease Activity Score), por cada 100 pacientes que participan en el programa de artritis reumatoide durante un mes de seguimiento. La actividad media es una de las cuatro categorías posibles en las que puede clasificarse la actividad clínica de un paciente con artritis reumatoide. Este indicador fue establecido en septiembre de 2024, luego de reconstruir el recuento de datos en la Cuenta de Alto Costo

(CAC), con el fin de abarcar de manera integral a toda la población que no había sido previamente cuantificada, lo que permitía obtener un dato más preciso.

Es importante señalar que los pacientes fueron direccionados de las IPS Clínica Santa Fe de Bogotá e IPS especializada, ingresando con una mayor actividad de la enfermedad en rango de actividad media. Se cuenta con registros en la historia clínica, la Cuenta de Alto Costo y la Base del Modelo para la recopilación de estos datos. La actividad media es la tercera categoría más prevalente entre los pacientes del programa. Aunque este indicador tiene una meta positiva, su tendencia debe ser negativa, ya que está correlacionado con las categorías de remisión y baja actividad.

El objetivo de este indicador es validar la meta del programa al evaluar la efectividad de las intervenciones implementadas. Para el año 2024, se busca una disminución paulatina de la población con actividad media, gracias a la gestión del riesgo.



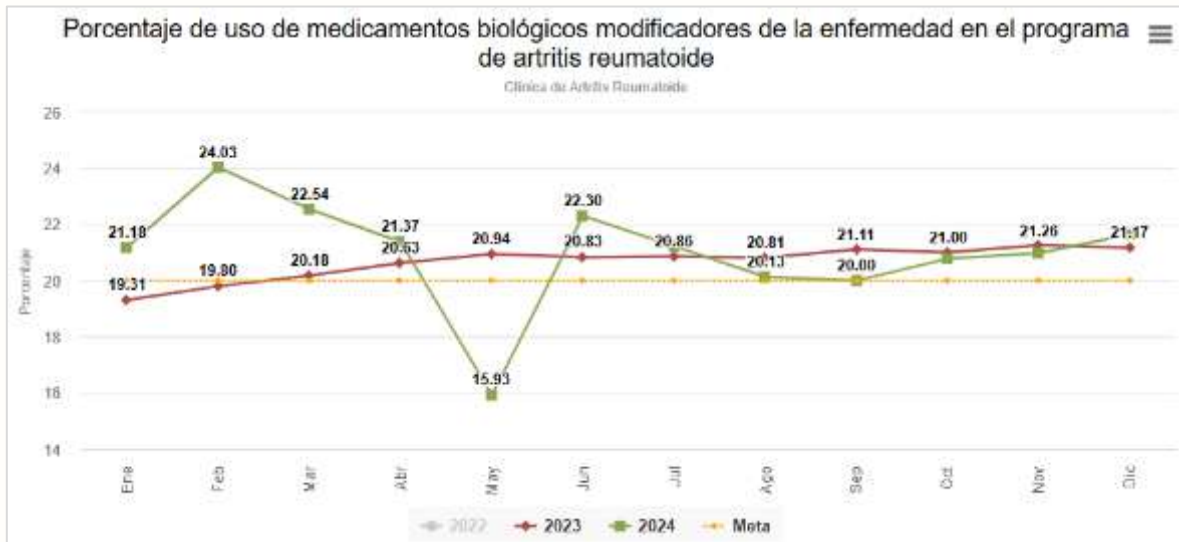
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador refleja el número de pacientes con actividad alta de la enfermedad, según la calificación DAS 28 (por sus siglas en inglés Disease Activity Score), por cada 100 pacientes que participan en el programa de artritis reumatoide durante un mes de seguimiento. La actividad alta es una de las cuatro categorías posibles en las que puede clasificarse a un paciente con artritis reumatoide.

Esta categoría es la menos prevalente dentro de la cohorte, conformada por pacientes remitidos desde IPS Clínica Santa Fe e IPS especializada al inicio del programa y durante la continuidad de su tratamiento.

Este indicador presenta una meta negativa, sin grandes fluctuaciones. Se ha identificado que la actividad alta está relacionada con factores como la falta de adherencia al

tratamiento, fallos terapéuticos o inasistencia prolongada. El objetivo de este indicador es validar la meta del programa al evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Como observamos en el indicador pese al crecimiento exponencial de protegidos en el modelo en el año 2024 no existe un incremento superior a nuestra meta del 20% de pacientes con terapias de avanzada incluso hemos podido optimizar dentro de este 21.78% que actualmente se encuentra con uso de terapias biológicas un 6% de protegidos en optimización correspondiente al aplazamiento de la dosis o frecuencia de uso de terapias de alto costo.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Desde el año 2023, se ha registrado un promedio de una hospitalización mensual hasta la fecha. Aunque los pacientes del programa pueden ser ingresados a hospitalización, se realiza un seguimiento específico a aquellos cuyo motivo de ingreso está relacionado con la exacerbación de los síntomas de artritis reumatoide; En este caso se tiene un registro tipo censo diario ejecutado por la líder de enfermería, enfermera jefe Daniela Guzmán sin evidenciarse un incremento en esta variable.



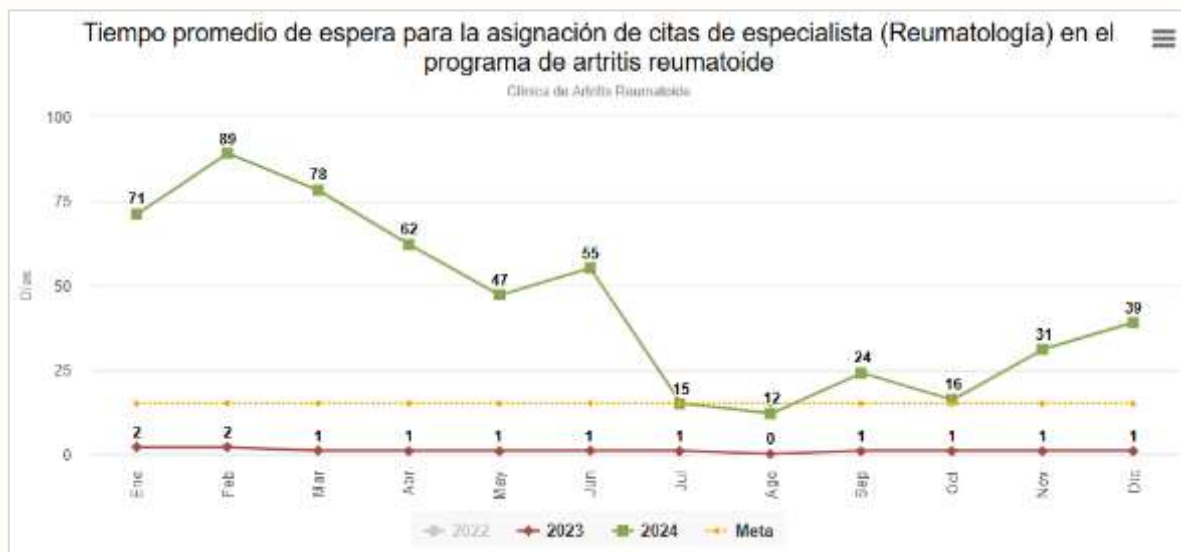
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Desde el año 2023, menos del 2% de la población del programa de artritis reumatoide ha tenido como desenlace el fallecimiento del protegido. Hasta la fecha, estos decesos han sido debido a causas externas no relacionadas con el Diagnóstico de artritis reumatoide.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Con el objetivo de medir la cantidad de usuarios con inasistencia a las consultas de reumatología en el programa de artritis reumatoide, se ha realizado una comparativa con los datos del año 2023. El indicador presentó una mayor fluctuación de Enero a Agosto del 2024, momento en el que se implementó una estrategia de retención basada en el seguimiento, asignación y confirmación de citas. Además, se incorporó en esta misma época la herramienta Don Doctor, que facilita esta gestión. Estas acciones tienen como fin establecer medidas oportunas que contribuyan a la utilización eficiente de las agendas disponibles y a garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud para nuestros usuarios, promoviendo la concientización sobre el uso racional y eficiente de las atenciones en salud a las que tienen derecho.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

- Con el objetivo de medir el tiempo de espera para la asignación de citas con especialistas en reumatología en días calendario, en el programa de artritis reumatoide, se busca identificar posibles barreras y dificultades en el proceso. Para el año 2024, se observó una correlación inversa con la disponibilidad mensual de los médicos especialistas, lo que llevó a realizar un ajuste en la meta para el año 2025. Este ajuste tiene como propósito establecer medidas oportunas que optimicen la utilización de las agendas ofrecidas, garanticen la continuidad en la prestación de servicios de salud y promuevan la concientización sobre el uso racional y eficiente de las atenciones.

En comparación con el año 2023, se identificaron áreas de mejora que permitirán alcanzar una mayor eficiencia en la gestión de citas y en la atención oportuna a los pacientes.

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Acreditación de alta calidad PANLAR	Lograr la acreditación como centro modelo bajo los estándares internacionales PANLAR	70% a la espera de primera visita para valoración y visita final de evaluación.	Consolidación de la totalidad de documentación e información requeridos para gestionar la visita de acreditación	Marzo 2025	El fortalecimiento de la educación es fundamental para promover, tanto en pacientes como en sus familias, una cultura orientada hacia el logro de los objetivos establecidos. Esto se logra a través de la adherencia al tratamiento, lo cual se refleja en la mejora clínica de los pacientes.
Estrategia de educación	Dotar a los pacientes con artritis reumatoide (AR) y a sus cuidadores de los conocimientos y habilidades prácticas necesarios para gestionar eficazmente su condición. Este enfoque integral busca no solo mejorar la calidad de vida de los pacientes, sino también fomentar su autoeficacia a través de una educación clara y	90% actualmente se encuentra en revisión para finalización de estandarización en sistema Almera por parte de coordinación de educación.	La limitada participación de los pacientes en las actividades destinadas a identificar las causas de las dificultades presentadas en el programa.	Febrero 2025	El empoderamiento de los pacientes a través del conocimiento sobre su patología contribuye al aumento de la adherencia tanto farmacológica como no farmacológica. Es fundamental involucrar a los familiares y/o cuidadores en el proceso de salud-enfermedad de la artritis reumatoide. Las herramientas educativas diseñadas específicamente para ellos favorecen una mejor aceptación y mejoran la calidad del cuidado brindado a los

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
	accesible sobre la enfermedad, el manejo de sus síntomas, las diversas opciones de tratamiento y las estrategias de autocuidado que pueden implementar en su vida diaria.				pacientes del programa.
Semaforización de pacientes	Identificar el estado de contingencia debido a la limitación en la cantidad de agendas, estableciendo la temporalidad y priorización de los pacientes mediante la clinimetría aplicada con el índice DAS 28.	100%	La clasificación de todos los pacientes, extrayendo el dato DAS28 de la historia clínica y asignando un código de color según corresponda, en función de su pertinencia. El desconocimiento o sobre la clasificación de la actividad reumatoide mediante clinimetría limita el número de personas que pueden actuar de manera efectiva en situaciones de contingencia.	Agosto del 2024	Esta estrategia ayuda a mitigar las complicaciones irreversibles en pacientes con actividad media y alta, sin afectar el estado de salud de aquellos con baja actividad o en remisión. Sin embargo, es evidente que la oportunidad de intervención mejora considerablemente en el mes en que se desencadena el estado de contingencia.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

A lo largo del año 2024, hasta el mes de octubre, se ha observado una fluctuación significativa en el indicador de satisfacción, superando la meta establecida. Esta variabilidad se debe principalmente a errores en el escaneo de los pacientes atendidos en consulta externa teniendo en cuenta que nos encontramos en un área en donde compartimos locaciones con otras especialidades por lo que el volumen de usuarios en sala, los retrasos en la facturación en la recepción de su consulta han sido uno de los principales motivos por los cuales el indicador se ha visto impactado, así mismo los problemas en el abastecimiento y retrasos en la entrega de medicamentos por parte del operador logístico.

En comparación con 2023, actualmente el programa ha experimentado una mejora notable en la gestión y distribución de los recursos, lo que ha sido bien recibido por los pacientes. Los aspectos más impactados positivamente incluyen la oportunidad de las citas, la gestión interna (especialmente la coordinación entre los colaboradores, no solo del equipo del programa), y la capacidad de resolución de cada caso presentado. Además, se realiza un seguimiento mensual de los pacientes, a través de encuestas de satisfacción, para obtener resultados en tiempo real y llevar a cabo intervenciones inmediatas si es necesario.

Este proceso forma parte integral de la reconstrucción del modelo de gestión de riesgos, seguimiento y educación al paciente, lo cual es clave para mejorar la experiencia y resultados del programa.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

Durante el año, se implementaron diversas estrategias de formación en el marco del programa de Artritis Reumatoide, centradas en reuniones estratégicas con laboratorios, gestores de cuentas de alto costo, y la revisión de procesos de acreditación, así como la evaluación y optimización del modelo de atención en programas aledaños. Estas acciones se alinearon estrechamente con los objetivos de la Clínica Nogales y el programa, buscando mejorar la calidad del servicio y la atención integral de los pacientes con artritis reumatoide.

- **Reuniones con laboratorios:** Se estableció un canal de comunicación para la apertura de espacios con los laboratorios relacionados, promoviendo la actualización sobre tratamientos innovadores y el manejo adecuado de fármacos en pacientes con artritis reumatoide según la actividad epidemiológica de los mismos. Esto se correlaciona con los colaboradores incentivando la motivación, capacitación y formación continua, ya que se buscó empoderar a los profesionales de salud con información científica actualizada para una mejor toma de decisiones.
- **Gestores de cuenta de alto costo:** Se llevaron a cabo sesiones de formación enfocadas en la gestión eficiente de tratamientos de alto costo y manejo de los datos recolectados en la misma, optimizando el uso de los recursos disponibles. Esta estrategia se alinea con la efectividad clínica, asegurando que los pacientes recibieran la atención y tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico según sus necesidades clínicas y contribuyendo a mejores desenlaces clínicos basado en las guías de práctica clínica.
- **Acreditación y modelos de atención:** Se trabajó en la alineación de las prácticas y procedimientos del programa con los estándares de acreditación y calidad establecidos con miras de realizar proceso con la institución PANLAR en 2025, México. Esta acción se relaciona con el objetivo paciente y su familia, buscando mejorar la experiencia del paciente y asegurar una atención de calidad.

Las estrategias de formación implementadas durante el año no solo fortalecieron la capacitación del personal, sino que también se tradujeron en un impacto positivo en la atención de los pacientes con artritis reumatoide, alineándose con los objetivos estratégicos de la Clínica Nogales.

4.2 Evaluación del Clima Organizacional

Se implementaron diversas actividades dirigidas a fortalecer el clima organizacional en la Clínica Nogales, con el objetivo de mejorar la cohesión y el bienestar del equipo de trabajo, específicamente en el programa de Artritis Reumatoide. Estas acciones estuvieron alineadas con los principios de motivación, colaboración y bienestar laboral, impactando de manera directa en la productividad y el ambiente de trabajo, así como en la calidad de atención brindada a los pacientes.

Fomento de la participación y toma de decisiones compartida:

- **Estrategia:** Implementar espacios de comunicación donde se vea reflejada la participación del equipo multidisciplinar donde se pueda expresar ideas, sugerencias y preocupaciones sobre la atención de los pacientes y la gestión interna del programa. Llevadas a cabo de manera sincrónica como asincrónica por medio del líder de enfermería del programa.
- **Impacto:** Al involucrar a todos los miembros del equipo en la toma de decisiones, se genera un mayor sentido de pertenencia y compromiso. Además, los colaboradores se sienten valorados, lo que puede aumentar la motivación y reducir la rotación. En el contexto de la artritis reumatoide, la colaboración multidisciplinaria mejora el enfoque integral hacia el paciente.

Programas de mentoring y coaching profesional:

- **Estrategia:** Establecer un programa de mentoring donde los profesionales expertos en diferentes áreas que se correlacionen con la gestión del modelo de atención del programa puedan guiar y apoyar a los colaboradores gestores, fomentando el aprendizaje continuo, el intercambio de conocimientos y el crecimiento profesional.
- **Impacto:** El mentoring fortalece la relación entre los miembros del equipo, favorece la transferencia de conocimiento y experiencia, y promueve una cultura de aprendizaje y colaboración. Esto aumenta la satisfacción laboral y reduce la rotación, ya que los empleados se sienten apoyados en su desarrollo.

Mejoras en la comunicación interna y transparencia:

- **Estrategia:** Mejorar los canales de comunicación interna, utilizando herramientas digitales (correo y WhatsApp) que faciliten el flujo de información entre los diferentes niveles jerárquicos y áreas del equipo. Además, promover una comunicación abierta, transparente y bidireccional entre líderes y colaboradores en tiempo real mejorando el tiempo de respuesta ante las novedades presentadas en el programa.
- **Impacto:** La transparencia y la comunicación efectiva previenen malentendidos y conflictos, creando un ambiente de confianza y colaboración. En el contexto de la



artritis reumatoide, esta comunicación eficiente es fundamental para la coordinación del equipo y la gestión de los tratamientos de los pacientes.

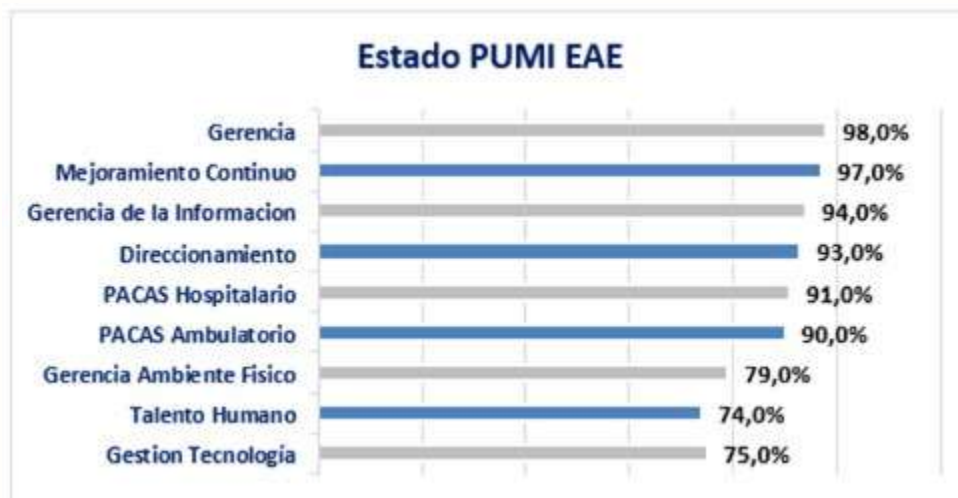
Implementación de tecnología de Apoyo al trabajo administrativo:

- **Estrategia:** Incorporación de una nueva herramienta de asignación y confirmación de citas Don Doctor mejorando el flujo de trabajo, realizando recordatorios de la cita designada para la confirmación y asistencia de esta, disminuyendo así la inasistencia de los pacientes del programa por medio de un mensaje de texto en los dispositivos móviles.
- **Impacto:** La integración de tecnología mejora la eficiencia operativa, reduce la carga administrativa y permite a los médicos y el personal auxiliar enfocarse en lo más prioritario: la atención al paciente. Además, mejora la accesibilidad para los pacientes, facilitando el seguimiento y la comunicación a largo plazo por medio de la optimización de las agendas de los especialistas.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

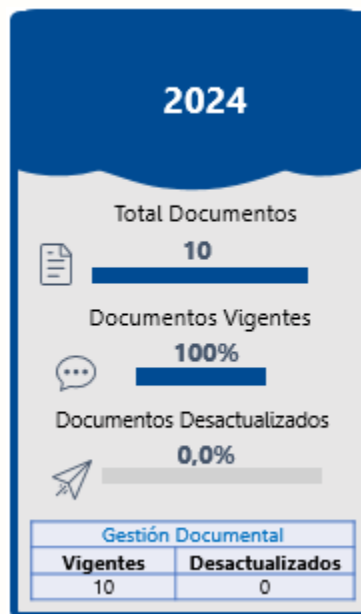
Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe de mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

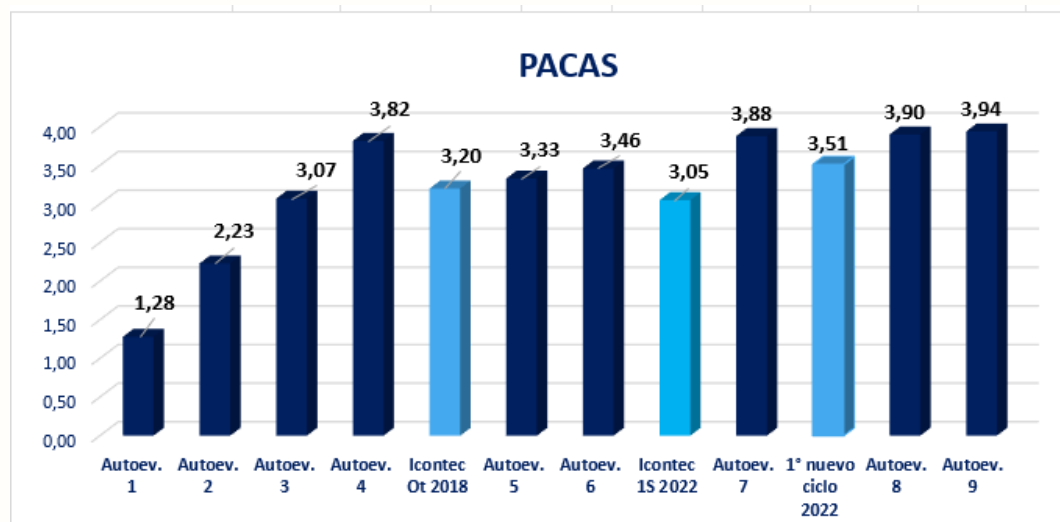
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a Diciembre 2024.



Fuente: Listado maestro de documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

		Clinica Los Nogales POA 2024 Clínica de Artritis Reumatoide		<table><tr><td>Código</td><td>2024-SPR-10.9</td></tr><tr><td>Vigencia</td><td>2024</td></tr><tr><td>Estado</td><td>Ejecución</td></tr></table>		Código	2024-SPR-10.9	Vigencia	2024	Estado	Ejecución
Código	2024-SPR-10.9										
Vigencia	2024										
Estado	Ejecución										
Responsable: Coordinación de Artritis Reumatoide				Fecha inicio: 2024-01-01	Fecha fin: 2024-12-31						
Resumen cronograma											
Cronograma		Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento						
Realización de Actividad en conjunto con el servicio de Educación frente a generalidades del programa de Artritis Reumatoide		67,5% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	67,5%						
Seguimiento de reportes, incidentes, complicaciones y/o eventos que estén asociados a la atención en salud de los pacientes del programa de Artritis Reumatoide, retroalimentando oportunamente a todos los colaboradores para disminuir la frecuencia de estos indicadores.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Atención integral para el paciente que hace parte del programa de Artritis		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Clínicas con enfoques multidisciplinarios para el programa de Artritis reumatoide (Dermatología, neumología y gastroenterología)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Visualización del modelo de Artritis Reumatoide en escenarios locales, nacionales e internacionales con el fin de consolidarnos como centro de referencia en Artritis Reumatoide.		85,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	85,0%						
Generar módulos virtuales de las 5 actividades ya instituidas en el modelo que hacen parte de la educación del paciente para tener alcance total de los protegidos dado los problemas de desplazamiento por temas de discapacidad o barreras económicas.		50,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	50,0%						
Usar evidencia de recursos de personal, optimizando la realización de consultas del modelo (Control: medicina general versus reumatología si el paciente se encuentra en baja actividad o remisión de su enfermedad) y servicios de imagen (imagenología diagnóstica: ecografías y resonancias magnéticas) conforme a las necesidades clínicas de los pacientes.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Realización de actividades generadas desde el modelo, lideradas por los Químicos Farmacéuticos y dirigidos a los pacientes con falta en la adherencia por el riesgo de requerir escalamiento terapéutico. Hacer seguimiento a los pacientes que pertenecen al modelo y han requerido valoraciones en el servicio de urgencias y manejos intrahospitalarios relacionados con actividad de su enfermedad y establecer intervenciones ambulatorias con el fin de requerir menos uso de recursos fuera del modelo.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
TOTAL		87,48% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	88,0%						

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

El programa de Artritis Reumatoide ha logrado avances clave en su gestión y seguimiento, destacándose por la implementación de una nueva estrategia de captación y retención de pacientes, en cumplimiento con la Ley 1751 de 2015. Con una cobertura superior a los 2,000 pacientes, se busca fortalecer y estandarizar estas estrategias, con miras a un crecimiento gradual del modelo.

La integración de tableros interactivos (DASHBOARD) en Power BI ha mejorado notablemente la visualización y análisis de datos, lo que, a pesar de los desafíos derivados del cambio del cargo de auxiliar administrativo encargado de alimentar la base de CAC de donde se obtiene la matriz que alimenta los tableros, ha permitido facilitar la toma de decisiones de una manera más ágil y precisa. Esta herramienta ha optimizado la gestión y proyectado un modelo de atención más eficiente, con ajustes oportunos en las estrategias para la Cuenta de Alto Costo.

El seguimiento constante y la educación de los pacientes han subrayado la importancia de un manejo farmacológico adecuado. La incorporación de valoraciones de toxicología ha sido crucial para optimizar los tratamientos, reduciendo riesgos asociados a la polifarmacia y evitando escalonamientos innecesarios, lo que ha mejorado la calidad de vida de los pacientes.

El programa ha logrado también un importante avance en la formación continua del equipo multidisciplinario y en las estrategias educativas dirigidas a pacientes y sus familias. Bajo el lema "El empoderamiento con el conocimiento", se ha fomentado una cultura de atención integral, que promueve la participación de los colaboradores y responde a las demandas de los pacientes. La actualización constante de protocolos y guías clínicas ha garantizado una atención coherente, alineada con las mejores prácticas basadas en evidencia.

A nivel nacional e internacional, el programa ha ganado visibilidad, participando en congresos y promoviendo su modelo de atención en varios países de América Latina. Este reconocimiento ha consolidado al programa como un referente nacional y panamericano, además de recibir retroalimentación valiosa sobre las estrategias implementadas, las cuales se han socializado en otras IPS tanto a nivel nacional como internacional.

En resumen, la gestión y el seguimiento del programa han logrado avances significativos en la calidad de la atención, la eficiencia operativa y la satisfacción de los pacientes y el equipo de trabajo. A pesar de ser un proceso a largo plazo, el programa se ha consolidado como un modelo de atención integral, alineado con los objetivos establecidos, y se proyecta como un referente de calidad y eficiencia a nivel país, en miras de alcanzar este mismo impacto en el ámbito panamericano.



9. PROYECTOS 2025

- Alinear las estrategias del POA 2025 con todo el programa de artritis reumatoide, trabajando de manera integral para optimizar la gestión del riesgo. Esto permitirá implementar acciones coordinadas y eficaces que no solo mejoren los procesos operativos, sino que también impacten positivamente en la calidad de vida de nuestros pacientes, asegurando un enfoque centrado en su bienestar y en la mejora continua de su atención médica.
- Obtener la acreditación como Centro Modelo de Excelencia en Reumatología por PANLAR en 2025, a través de la postulación y visita de certificación y recibir certificación en el congreso panamericano de reumatología en la Ciudad de México DF -México. Esta acreditación validará nuestros altos estándares de calidad en atención médica y fortalecerá nuestro programa de artritis reumatoide, mejorando la atención a los pacientes y posicionándonos como un referente en el cuidado de enfermedades reumáticas.
- Consolidar una aplicación móvil (APP) para pacientes y sus familias, que facilite la comunicación personalizada y el desarrollo asincrónico de escuelas de pacientes. Esta plataforma ofrecerá contenido educativo adaptado a las necesidades individuales, permitiendo a los pacientes acceder a recursos sobre su condición y tratamiento en cualquier momento. Además, incluirá funciones como recordatorios de citas, seguimiento de síntomas y apoyo directo de profesionales de salud, mejorando la educación, la adherencia al tratamiento y el manejo de la artritis reumatoide.
- Fortalecer al personal interno del Programa de Artritis Reumatoide mediante formación continua en la estrategia T2T (Tratamiento a Objetivos) y en las rutas de atención del programa. Esto incluirá capacitaciones sobre las mejores prácticas en el manejo de la enfermedad y la actualización de los protocolos de atención, garantizando un manejo eficiente y personalizado de los pacientes. Este fortalecimiento mejorará la calidad del servicio, optimizando recursos y mejorando los resultados clínicos y la satisfacción de los pacientes.
- Precisar las Cuentas de Alto Costo (CAC) en relación con sus respectivas variables pertinentes, con el fin de mejorar la visualización de la productividad del sistema. Esto incluirá la identificación y análisis de los datos relevantes para cada CAC, permitiendo una evaluación más precisa y eficiente de los procesos. Se establece como fecha límite para este análisis el 30 de julio de 2025, con el propósito de optimizar la gestión de recursos y la toma de decisiones basadas en información actualizada y detallada.



- Promover la visualización del modelo en escenarios locales relevantes, como el Congreso Nacional de Reumatología, el Congreso Vallecaucano y los Hot Topics, para fortalecer su presencia y reconocimiento en la comunidad médica. Además, se trabajará en la estructuración de un protocolo de investigación enfocado en Toxicología y terapias Biológicas, con el ambicioso propósito de posicionarnos como el primer centro a nivel mundial en contar con estos recursos de información especializados. Este enfoque permitirá impulsar la innovación en el tratamiento y la investigación, consolidando nuestro centro como líder en el ámbito de la reumatología y el desarrollo de nuevas terapias.
- Incrementar la optimización de las terapias biológicas y los recursos disponibles, con el fin de ampliar la cobertura y alcanzar un mayor número de pacientes dentro del programa. Para lograrlo, se implementará la estandarización de criterios mediante la estrategia T2T (Tratamiento a Objetivos), lo que permitirá ajustar las terapias de manera más precisa y eficiente según las necesidades individuales de cada paciente. Esta mejora en la gestión de recursos y tratamientos contribuirá a un mayor impacto en la salud de los pacientes y a una atención más accesible y personalizada.
- Realización de simposio local generado por Artritis y Autoinmunes SAS para médicos de atención primaria, médicos familiaristas e internistas, así como para pacientes con el fin de formalizar los direccionamientos oportunos desde IPS como Virrey Solís a Clínica Los Nogales.

Infraestructura y Mantenimiento

OBJETIVO GENERAL

Garantizar instalaciones y equipos seguros, funcionales y eficientes, que faciliten la atención médica de calidad, protejan la salud y contribuyan a la humanización del ambiente físico, en cumplimiento con la normatividad vigente.

1. RESUMEN EJECUTIVO

En el año 2024, se alcanzaron importantes logros que aportaron al desarrollo y crecimiento del área de Ambiente Físico. A través de esfuerzos colaborativos se lograron objetivos claves que aportan a la optimización de procesos, la mejora continua y al fortalecimiento de la comunicación interna.

- Los principales logros obtenidos en el año 2024 son:
- Diseños, construcción y traslado de oficinas de talento humano e ingenierías a sótano 1 torre II, con un área intervenida de 235m² y un valor de inversión de \$151.500.215.
- Proyecto de diseño, construcción y traslado del servicio de Rehabilitación física en sótano 2 torre II con una intervención de 85m² y un valor invertido de \$49.438.615.
- Ejecución del proyecto constructivo en el servicio de angiografía, por renovación de tecnología, con una inversión de \$50.544.301.
- Intervención locativa en pisos conductivos de salas de cirugía piso 3 y piso 4 en 10 quirófanos, además de adecuación general de los dos pisos del servicio. Área intervenida 654m², inversión realizada \$128.000.000.
- Adecuación y puesta en marcha de la infraestructura física del proyecto PET CT, ubicado en piso 3 del edificio torre I de la Clínica \$497.608.790.
- Desarrollo de capítulos del Plan maestro zona franca correspondiente a infraestructura para obtención de permiso de prorroga y ampliación de la zona franca especial permanente en salud.
- Renovación de equipos industriales en servicio como BPM, TAC 1, Angiografía por un valor de \$151.214.360.

- Aumento del 70% en ejecución de encuestas de satisfacción de servicio en tickets de mesa de ayuda en comparación con el año 2024. Además de creación de indicador de gestión sobre esta actividad en la plataforma Almera.
- Implementación e indicadores de seguimiento asociados a las labores de mantenimiento físico en la herramienta Almera.
- Desarrollo del proyecto de Implementación de códigos QR con enlace a hojas de vida de equipos industriales iniciando con equipos del sistema de Aire acondicionado en cubierta.
- Mejora en oportunidad de atención de tickets mesa de ayuda, logrando cumplimiento del 98% promedio mensual en relación con los resultados del indicador para el año 2024.
- Renovación de equipos y herramienta de precisión del equipo de mantenimiento para desarrollo de funciones críticas.
- Desarrollo y ejecución de plan de capacitación en temas técnicos al grupo de mantenimiento.
- Implementación de manual de obras y planes de contingencias específica por equipos de soporte vital.

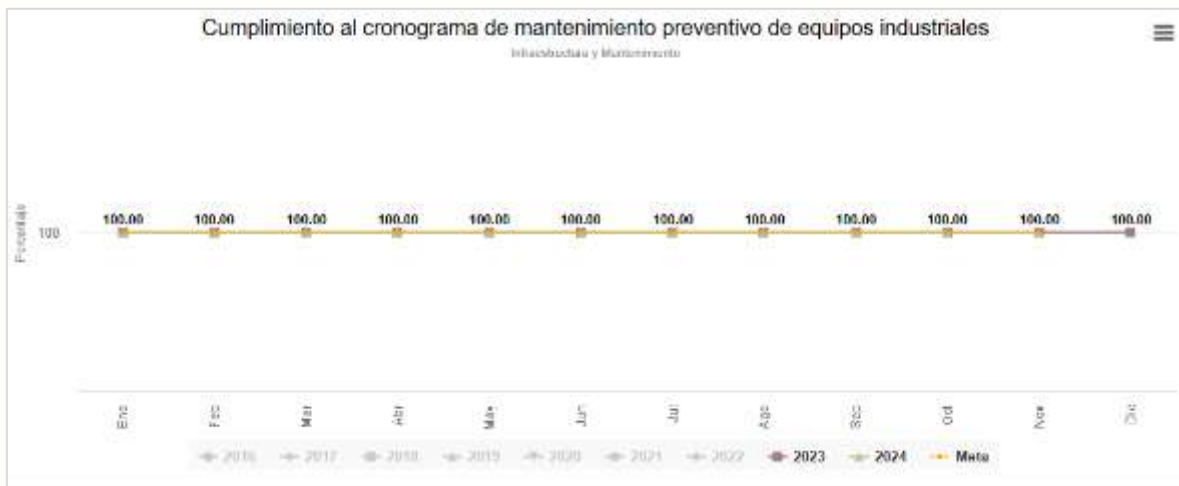
2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1 Indicadores Productividad



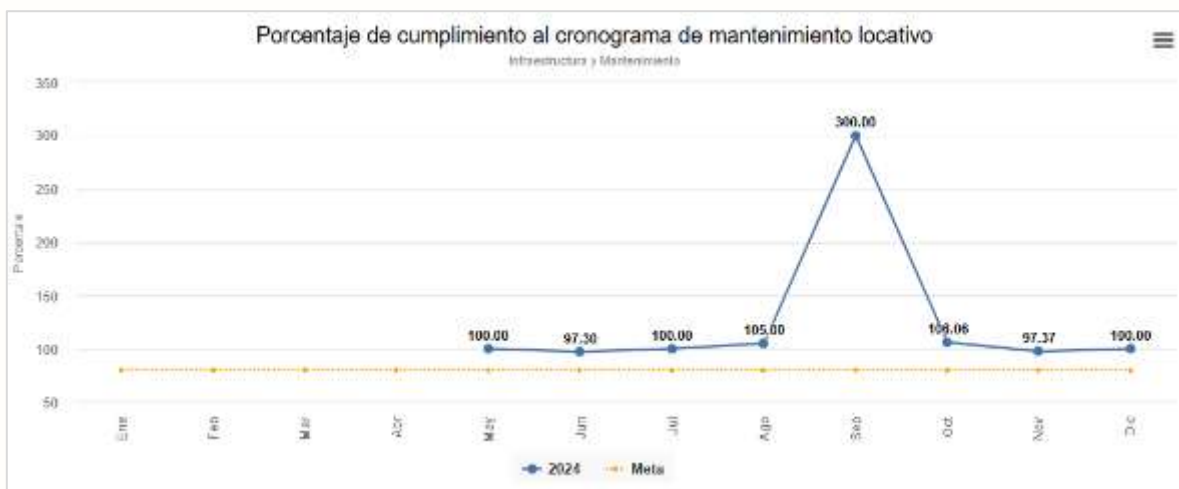
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador de cumplimiento de gestión de tickets de mesa de ayuda en infraestructura durante el año 2024 muestra un comportamiento variable a lo largo del año, pero superior a la meta propuesta para todos los meses. Esto está asociado a lo variable que puede ser el número total de tickets recibidos durante el año, sin embargo, se logró el cumplimiento de este.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador de cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de equipos industriales durante el 2024 muestra una tendencia estable a lo largo de todos los meses, logrando el cumplimiento de la meta definida en todos los periodos estudiados.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador de porcentaje de cumplimiento al cronograma de mantenimiento locativo de la infraestructura física fue establecido el año 2024 y durante los meses evaluados muestra un comportamiento promedio; logrando el cumplimiento todos los meses de la meta propuesta. Durante el mes de septiembre se ejecutaron más actividades de las programadas.

2.2 AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Ingenierías y talento humano	Adecuar las oficinas para traslado de funcionarios	100%	Traslado de redes eléctricas y de comunicaciones	Marzo 2024	Se logra la ejecución del proyecto en los tiempos y condiciones definidos para el mismo.
Rehabilitación física	Construcción del servicio en sótano 2 torre II	100%	Distribución espacial de los equipos biomédicos	Julio 2024	Se logra la ejecución del proyecto en los tiempos y condiciones definidos para el mismo.
Angiografía	renovación de equipos industrial y mantenimiento de todo el servicio	100%	Instalación y conexión del equipo de aire acondicionado	Agosto 2024	Se logra la ejecución del proyecto en los tiempos y condiciones definidos para el mismo.
PET CT	Construcción completa del servicio	100%	Ingreso del equipo por la fachada del edificio	Enero 2024	Se logra la ejecución del proyecto en los tiempos y condiciones definidos para el mismo.
Piso Salas de cirugía	Cambio de piso en quirófanos	100%	Disponibilidad del servicio	Diciembre 2024	Se logra la ejecución del proyecto en los tiempos y condiciones definidos para el mismo.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Con el fin de evaluar la experiencia del paciente hemos implementado un indicador en el área con el objetivo de medir de manera más precisa la satisfacción de nuestros clientes. Este indicador nos permitirá obtener datos clave para mejorar continuamente nuestros servicios y asegurar que estamos superando las expectativas del cliente interno y externo frente al servicio que prestamos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador de porcentaje de cumplimiento de satisfacción del cliente interno con los servicios prestados por el área de infraestructura física fue establecido el año 2024 y durante los meses evaluados muestra un comportamiento promedio, logrando el cumplimiento todos los meses de la meta propuesta.

Ante la ocurrencia de desviaciones o valores por fuera de lo esperado, se implementarán planes de acción que continuarán al cumplimiento de la meta propuesta.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

Dentro del área de infraestructura, entendemos la importancia de contar con un equipo altamente capacitado y en constante evolución. Por eso, hemos diseñado e implementado

estrategias de formación continua que permiten asegurar el crecimiento profesional de nuestros colaboradores y la actualización permanente de sus conocimientos.

A través de nuestro Plan Anual de Capacitación Técnica, se desarrollaron capacitaciones especializadas, enfocadas a la presentación de las últimas tendencias y avances tecnológicos del sector. Esta iniciativa no solo fortalece las competencias técnicas de nuestro equipo, sino que también contribuye a optimizar los procesos y mejorar la calidad de nuestros servicios. De esta manera, nos aseguramos de que cada miembro del área esté preparado para enfrentar los retos del entorno dinámico en el que operamos.

El plan de capacitación 2024 estuvo compuesto por los siguientes temas.

- Formación en manejo de seguridad de plantas eléctricas.
- Condiciones técnicas de operación de equipos de transporte vertical.
- Consideraciones técnicas de gases medicinales.
- Funcionamiento de sistema de bombeo.
- Buen manejo de materiales.
- Uso correcto de EPP, autocuidado y seguridad.

4.2 Evaluación del Clima Organizacional

Para fortalecer el clima organizacional, se implementaron actividades que fomentaron los espacios de comunicación abierta, la colaboración y el bienestar entre todo el equipo de trabajo del área de infraestructura.

Algunas de estas actividades desarrolladas fueron:

- **Reuniones periódicas de retroalimentación con EPM:** Se desarrollan como espacios en los que los miembros del equipo pueden compartir sus opiniones, sugerencias y preocupaciones. Desde la coordinación del área se presentan proyectos, resultados, se escucha y buscan soluciones a las preocupaciones de los miembros del equipo.
- **Actividades de trabajo en equipo:** Una vez al mes se promueve alguna actividad de dinámica grupal en la que, con todos los miembros del área, se busca dar solución a una situación técnica puntual en la que desde todas las especialidades del área se pueda dar solución.
- **Actividades de bienestar y salud:** Se fomentaron iniciativas relacionadas con la salud física y mental, como programa de trabajo en habilidades blandas, técnicas de comunicación y trabajo en equipo dictadas por un especialista en el tema desde el área de talento humano.



- El impacto de estas actividades sobre los trabajadores es significativo. Ayudan a crear un ambiente de confianza y respeto, lo que se traduce en mayor satisfacción laboral, disminución de la rotación de personal, mejora en la productividad y un mayor compromiso con los objetivos de la empresa. Además, al promover el bienestar general, se reducen niveles de estrés y ansiedad, contribuyendo a una mejor calidad de vida dentro y fuera del trabajo.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

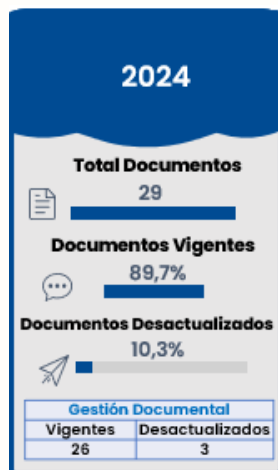
Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares Gerencia del Ambiente Físico, los resultados son los siguientes:



Fuente Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

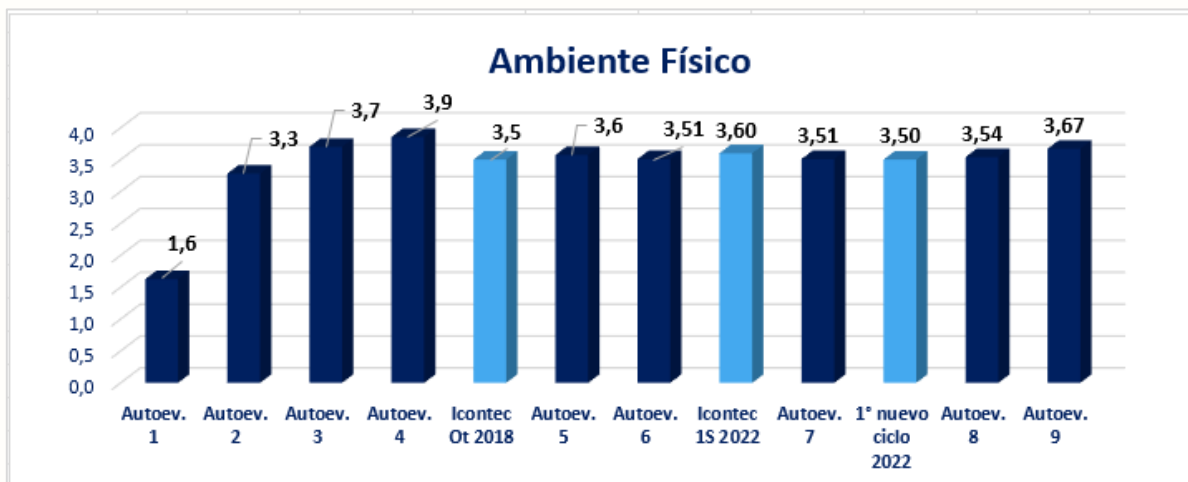
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a Diciembre 2024



Fuente Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas al estándar Gerencia del Ambiente Físico. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.67



Fuente Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

<

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Los resultados obtenidos por el área de infraestructura durante el 2024 reflejan un año de importantes avances y logros. Gracias a la implementación de estrategias clave, como la capacitación continua del equipo y la optimización de nuestros procesos, hemos logrado mejorar la eficiencia operativa, reducir tiempos de respuesta y garantizar la estabilidad de nuestras infraestructuras. Además, hemos consolidado una cultura de innovación y

adaptabilidad, que nos ha permitido enfrentar con éxito los retos del entorno dinámico en el que operamos.

Estos resultados no solo demuestran el compromiso y la dedicación del equipo, sino que también refuerzan nuestra posición como un área clave para el éxito general de la organización.

9. PROYECTOS 2025

Los principales proyectos definidos para el año 2025 en el área de ambiente físico son:

- Desarrollo de fases constructivas del Proyecto constructivo torre III.
- Desarrollo y puesta en marcha del Proyecto constructivo del servicio de Otología.
- Diseño y construcción del Proyecto acelerador lineal II.
- Diseño y construcción del Proyecto central de mezclas.
- Diseño y reubicación del servicio de laboratorio de patología.
- Implementación de sistema central de monitoreo de equipos industriales.
- Proyecto de ampliación de Planta tratamiento aguas residuales.
- Automatización sistema de gestión de mesa de ayuda.
- Desarrollo de Plan de gestión de habitaciones (PGH).



Gestión de la Tecnología

Los Nogales | Torre 2

OBJETIVO GENERAL

Apoyar tecnológicamente todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento en las diferentes unidades funcionales de la clínica Los Nogales con tecnología vigente para lograr una atención segura y satisfacción de las partes interesadas.

1. RESUMEN EJECUTIVO

Gracias al proceso continuo de mejoramiento del área durante el 2024 fue posible desarrollar diferentes proyectos de crecimiento y renovación tecnológica, adicionalmente se llevaron a cabo distintas labores que impactaron positivamente los procesos de capacitación del personal interno y acompañamiento a los servicios.

- Aumento del 33.3%, en el número de personas capacitadas en temas relacionados a tecnología biomédica, con respecto al 2023.
- Aumento del 9% en el porcentaje de cobertura del plan de capacitación en tecnología biomédica, con respecto del año 2023, con un acumulado del 78%.
- Fortalecimiento de la busca activa de casos de tecnovigilancia y promoción de la cultura del reporte al programa, logrando un aumento del 10% en la identificación, reporte y clasificación de estos, en comparación del 2023 al 2024.
- Inversión en tecnología biomédica por un valor de \$ 2.840.471.697 COP ejecutada en el 2024.
- Aumento de casos cerrados, en primera instancia, reportados a Invima, en función del programa institucional de tecnovigilancia.
- Desarrollo de proyectos de adquisición y puesta en marcha de tecnología, permitiendo una mejora en la oportunidad de atención al paciente. Durante el año 2024, principalmente se llevaron a cabo los siguientes proyectos:
 - Instalación, licenciamiento y puesta en marcha del equipo PET-CT.
 - Adquisición, instalación y licenciamiento de un nuevo angiógrafo.
 - Ampliación y renovación tecnológica del servicio de laboratorio clínico.



- Renovación tecnológica de equipos de inyección de medios de contraste.
- Renovación tecnológica de equipos de cirugía cardiovascular.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

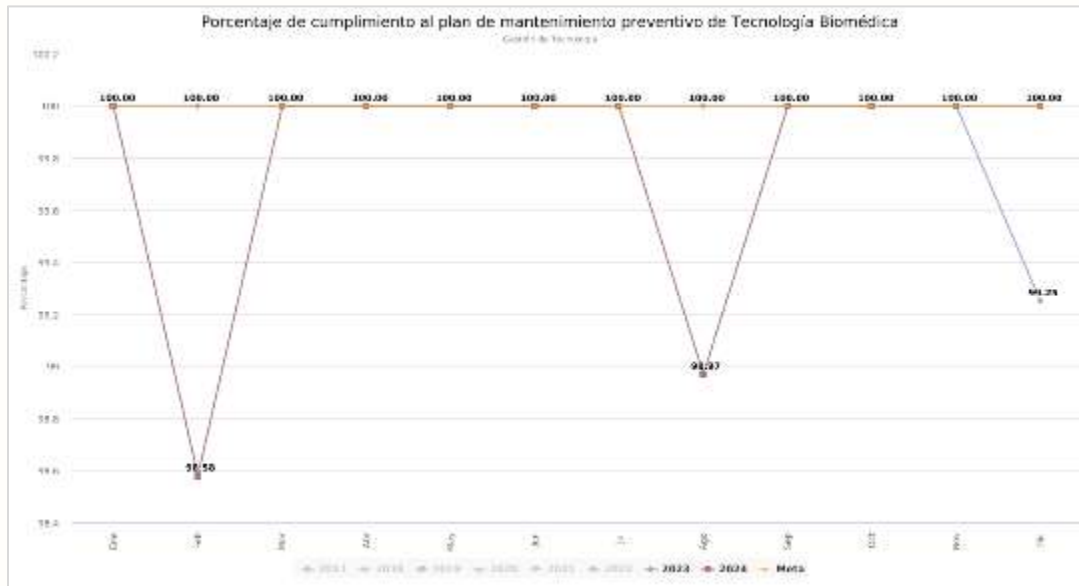
2.1 Indicadores Productividad

Eficacia de las capacitaciones de uso adecuado de tecnología biomédica



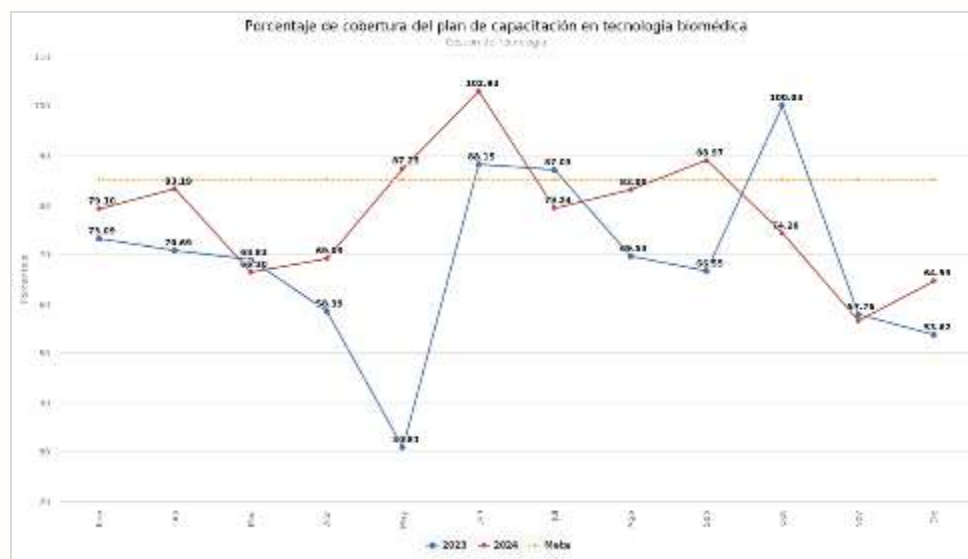
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador permite medir la eficacia de las capacitaciones de uso adecuado y cuidado de tecnología biomédica, con una meta establecida del 100%. Esto se realiza a partir de la evaluación mediante unas preguntas de conocimiento al personal después de impartida la capacitación. Se observa una disminución en el 2024 del 3.17%, el cual se debe al aumento en la cobertura, debido a esto para 2025 se busca alcanzar un equilibrio entre la eficacia y la cobertura de las capacitaciones impartidas.



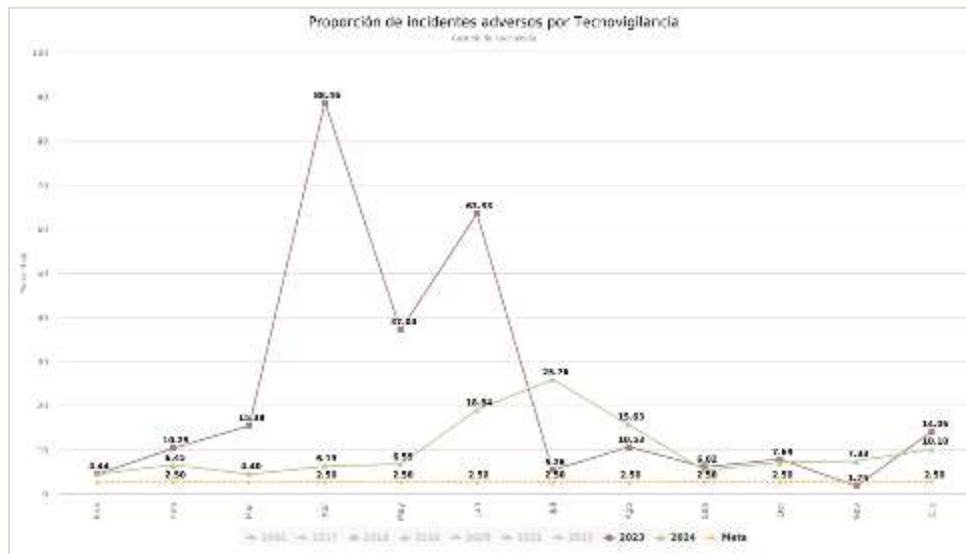
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador permite la medición del cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de tecnología biomédica, con una meta establecida del 100%. Se presenta un decrecimiento del 0.14% con respecto al 2023, las desviaciones corresponden a la renovación de los equipos de cirugía cardiovascular y la negociación contractual en función de aliado estratégico de oftalmología.



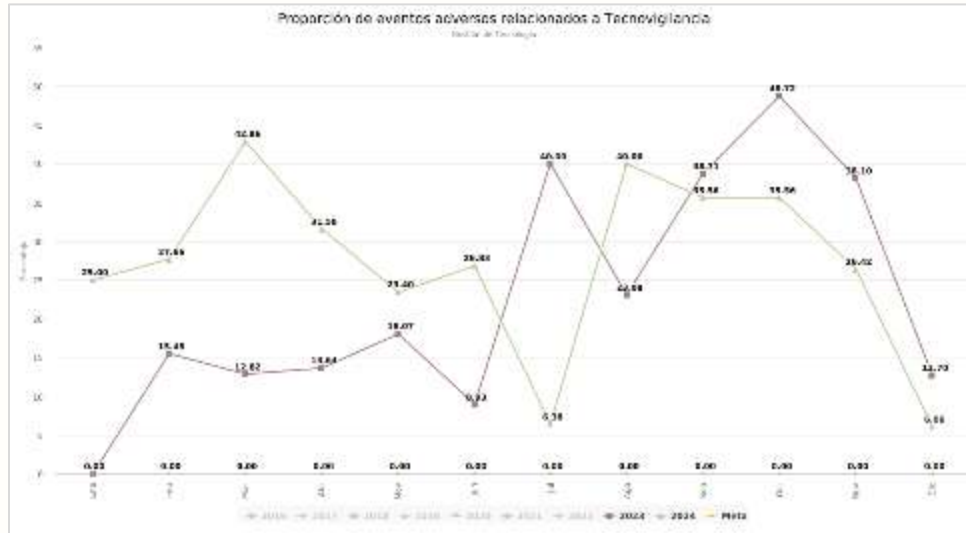
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador mide el porcentaje de personal de cada área que recibió capacitación durante el mes. Para su cálculo, se consideran factores como el número de vacantes, los periodos vacacionales y las incapacidades. Durante el año 2024 se presentó un incremento del 9.14% en comparación al 2023, reflejando un mayor alcance en el cumplimiento del plan de capacitación en tecnología biomédica.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador establece el porcentaje de incidentes adversos relacionados a tecnología biomédica en comparación con el total de incidentes reportados en el mes. Durante el año 2024, se observa un decremento del 12.18% en comparación con 2023, lo cual se atribuye a las capacitaciones continuas realizadas en el área, que han permitido aprender a clasificar correctamente los casos identificados.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador establece el porcentaje de eventos adversos relacionados a tecnología biomédica en comparación con el total de incidentes reportados en el mes. Durante el año 2024, se observa un incremento del 5% en comparación con 2023, lo cual se atribuye a las capacitaciones continuas realizadas en el área, que han permitido aprender a clasificar correctamente los casos identificados.

2.2 AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

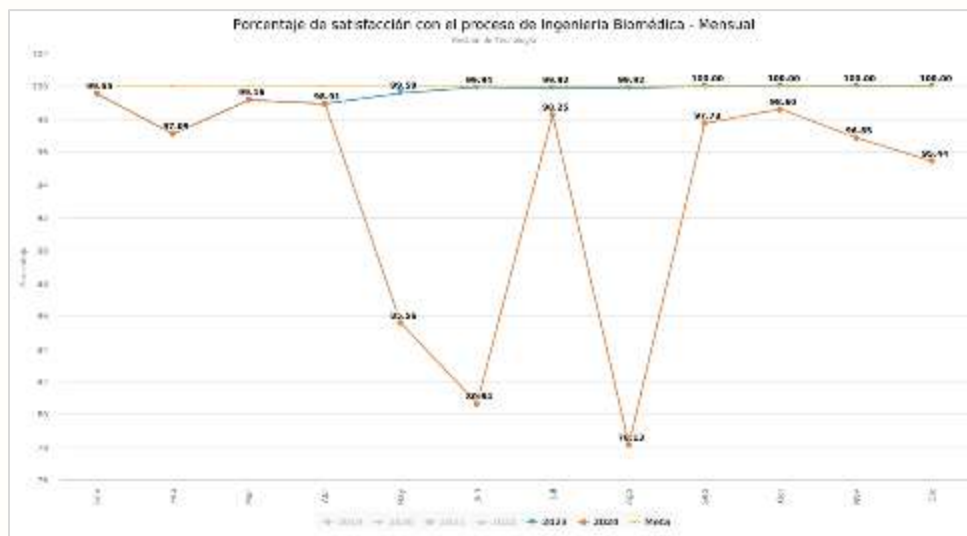
Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Instalación PET	Instalación, licenciamiento y puesta en marcha	100%	Repuesta de lic SGC	Oct 2024	El trámite con SGC maneja tiempos muy extensos y sus correcciones influyen en prolongar el tiempo de respuesta
Renovación angiógrafo 2	Renovación, instalación y licenciamiento de angiógrafo 2	100%	NA	Agosto 2024	El correcto engranaje de todas las áreas, permitió desarrollar el proyecto en 1 mes y 16 días
Renovación equipos de laboratorio	Compra y renovación de equipos de laboratorio	100%	Cambios de contrato de Transición de insumos de	Diciembre 2024	Se debe realizar un abordaje mas afondo, con el proveedor, pero en función de los

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
			tecnología anterior Tiempos de entrega por parte del proveedor (importación) Gestión documental de proveedor Compatibilidad de tecnología con otras áreas		requerimientos de todos los involucrados, de tipo asistencial.
Renovación equipos Cx cardiovascular	Renovación de maquina extracorpórea e intercambiador de calor	100%	Negociación final de precios – Exclusividad de la tecnología	Agosto 2024	El mercado tecnológico puede tomar un comportamiento exclusivo en su portafolio, lo que para la institución puede ser limitante en los modelos de adquisición existentes (directo, arriendo, comodato)
Central de monitoreo de bombas de infusión	Central de monitoreo de bombas de infusión para uci coronaria, con el objetivo de realizar seguimiento de infusiones en pacientes de la unidad en tiempo real	100%	Ajuste y configuración por parte del proveedor	Octubre 2024	La central permite realizar optimizar la oportunidad de atención del personal de enfermería, en función de infusiones que administran a los pacientes, la cual debe ser guiada y supervisada por la coordinación del servicio
Renovación inyectores de medios de contraste	Renovación de equipos de inyección y calentadores	100%	Unificar propuesta de insumos, con el fin de dar visto bueno a la tecnología,	Marzo 2024	Para que una negociación de comodato se apruebe, según lo esperado, se debe tener en cuenta: la

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
			puesto que la negociación de precios no fue la esperada		negociación de precios (logística), con el fin de continuar con validación tecnológica (biomédica) y visto bueno asistencial.
Renovación licencia Rx mamografía	Renovación de licencia, de acuerdo a lo estipulado en resol 482	100%	Registro invima de chalecos - radioprotección	Octubre 2024	EL seguimiento continuo a los requerimientos de licenciamiento, son oportunos para que la visita de validación no presente novedades mayores difíciles de subsanar. No obstante es de retroalimentación lo que en cada visita preguntan, teniendo encuenta lo normativamente estipulado (requerimientos por norma que se deben pedir)
Guardianes del cuidado	Infografías del buen uso de la tecnología, para el personal asistencial (tecnovigilancia)	100%	Adherencia del personal asistencial	Julio 2024	Se debe abordar en profundidad la adherencia de las infografías, en el personal asistencial.
Hojas de vida y rondas de verificación virtual	Digitalización de HV y de rondas de verificación	70%	Modulo presenta ajustes y faltantes, que no han podido ser concluidos, por parte del proveedor. Por lo cual, no se ha podido	Todo 2024	Durante la validación y selección inicial, se debió realizar un mejor abordaje de las necesidades propias del área. Inclusión de elementos por contrato, con el fin

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
			implementar en su totalidad.		de poder objetar incumplimientos y avances en los módulos trabajados para tal fin.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador permite medir el porcentaje de satisfacción del cliente interno, con el servicio prestado por el área de tecnología biomédica de la clínica, con una meta establecida del 100%. Durante el año 2024 se presentó una disminución en el porcentaje satisfacción del 5% con respecto al obtenido en 2025.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

- **Recapitaciones base instalada:** Con el fin de alimentar el cronograma de capacitaciones, en función de las necesidades el personal asistencial. Por otro lado, las reinducciones en manejo de la tecnología dirigidas al personal de Ing. biomédica, con el fin de mejorar el soporte brindado a la base instalada.

- **Capacitaciones nueva tecnología:** Formación continua en el uso de equipos nuevos, con el objetivo de apoyar la respuesta a novedades que se puedan presentar; dirigida a personal de Ing. Biomédica y el personal asistencial.
- **Psicología:** Con el fin de mejorar habilidades blandas del personal de Ing. Biomédica.

4.2 Evaluación del Clima Organizacional

Se ejecutan de manera mensual comités de Equipo Primario de Mejoramiento, en la que se retroalimenta de forma continua el estado de procesos del área de Ing. Biomédica, novedades, dificultades que deben ser escaladas, estado de proyectos y servicios. Se opta por realizar reconocimiento en fecha de cumpleaños, hacia el personal, con el objetivo de generar ambiente de aprecio en el grupo de trabajo.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares Gestión de la Tecnología, los resultados son los siguientes:



Fuente Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

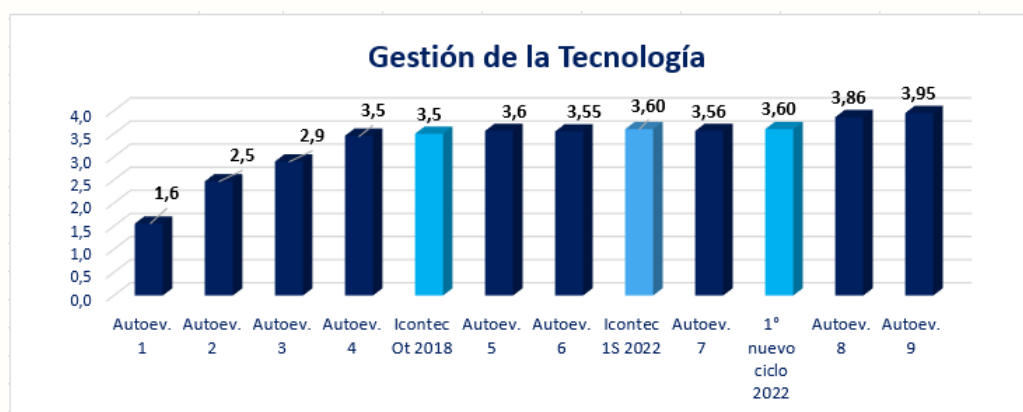
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas al estándar Gestión de la Tecnología. La 9ª Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.95.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024



Los Nogales
Clínica

POA 2024 Gestión de Tecnología

Código	2024-SPR-17.3
Vigencia	2024
Estado	Terminado

Responsable	Coordinación de Tecnología Biomédica	Fecha inicio	2024-01-01	Fecha Fin	2024-12-31

Resumen cronogramas

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Aplicar plan de capacitaciones del buen uso de la tecnología biomédica al cliente interno, en función de la eficacia de la misma	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Mejorar la gestión de casos de tecnovigilancia - cultura al reporte	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Implementación de rondas digitales de revisión de Tecnología Biomédica en los servicios asistenciales críticos de la clínica	98,8% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	98,8%
Cargue de hojas de vida (caratula) de equipos biomédicos a software digital	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Optimizar negociaciones de compras, contratos y demás rubros; a cargo de ingeniería biomédica	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	99,75% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	99,8%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

El año 2024 fue un periodo significativo para el área de Tecnología Biomédica de la institución, caracterizado por importantes avances en proyectos tecnológicos, capacitación y mejora continua de procesos (en función de mantener en el tiempo los resultados de la coordinación saliente). Entre los logros más destacados se encuentra la ejecución de proyectos clave como la instalación y puesta en marcha de equipo PET-CT, la renovación del equipo de angiografía y equipos del servicio de laboratorio clínico; además de la digitalización parcial de hojas de vida, lo que refuerza el compromiso con la modernización y eficiencia operativa.

A pesar de los retos enfrentados, como demoras en contrataciones con proveedor y ajustes técnicos, se alcanzaron metas sobresalientes, incluyendo un aumento del 45% en personas capacitadas en tecnología biomédica (cobertura), lo cual se tradujo en una mejora de los procesos asistenciales y un impacto positivo en la tecnovigilancia. Sin embargo, se identificaron áreas de mejora, como la necesidad de equilibrar la cobertura y la eficacia en la capacitación del manejo de equipos y por otro lado, el perfeccionamiento de la gestión de proyectos digitales desde sus etapas iniciales.

Estos resultados evidencian un impacto organizacional significativo al fortalecer la capacidad tecnológica y asistencial de la institución, al tiempo que las lecciones aprendidas invitan a priorizar la planificación integral y la comunicación efectiva con las partes involucradas (cliente interno y proveedores).

9. PROYECTOS 2025:

- Instalación y puesta en marcha del Acelerador 2.
- Implementación equipos de registro automático de condiciones ambientales.
- Sondeo de negociaciones de tecnología torre III y evaluación de las mismas.
- Dotación para el proyecto de otología.
- Inversión enfocada a la adquisición y renovación de tecnología biomédica.
- Recertificación en buenas prácticas de manufactura de aire medicinal

Gestión

Logística



Los Nogales | Torre 2

OBJETIVO GENERAL

Planear, costear y garantizar la adquisición y administración de bienes, obras y servicios con calidad y oportunidad, a través de estrategias y negociaciones efectivas, buscando optimizar los recursos financieros aprovechando los beneficios tributarios y aduaneros otorgados en la Declaratoria de Clínica Los Nogales como una Zona Franca Permanente Especial, para satisfacer las necesidades generadas por la operación y prestación del servicio.

1. RESUMEN EJECUTIVO

Principales Logros 2024

Comité de Compras

- Ampliar y diversificar la base de proveedores para mejorar la competitividad y asegurar mejores condiciones de compra.
- Implementar un sistema de evaluación continua de proveedores para garantizar la calidad y cumplimiento de los estándares.
- La ejecución del presupuesto de compra para el año 2024 fue de **\$16.999.846.086**, alcanzando así una ejecución promedio del 97% de lo presupuestado.

Artículos de Laboratorio Clínico

- Ejecución: \$3.065.842.148
- Reducción: 0,56% respecto al 2023 (\$3.050.512.937)
- Justificación: La reducción se logró principalmente gracias a una mejora en la gestión de control de inventarios, optimizando el uso de los recursos disponibles y reduciendo el desperdicio.

Artículos de Salas de Cirugía

- Ejecución: \$2.270.600.067
- Reducción: 0,71% respecto al 2023 (\$2.254.705.866)
- Justificación: La reducción se debe a negociaciones exitosas con proveedores, obteniendo mejores precios y condiciones de compra.



Artículos de Imágenes Diagnósticas

- Ejecución: \$2.051.477.780
- Reducción: 0,76% respecto al 2023 (\$2.037.117.436)
- Justificación: La reducción fue posible gracias a una combinación de negociación y gestión de inventarios, asegurando un suministro eficiente y a menor costo.

Artículos de Patología

- Ejecución: \$1.275.616.647
- Reducción: 0,44% respecto al 2023 (\$1.270.514.180)
- Justificación: La reducción se logró mediante una mejora en la gestión de control de inventarios, optimizando la rotación y el uso de los artículos.

Artículos de Servicios Generales

- Ejecución: \$1.150.155.334
- Reducción: 0,44% respecto al 2023 (\$1.132.903.004)
- Justificación: La reducción se debe a una gestión eficiente de los recursos y control de inventarios, evitando compras innecesarias y optimizando el uso de los artículos disponibles.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

Inventario:

- Se ajustó y controló la rotación de inventarios mediante buenas prácticas.
- Se mantuvo el abastecimiento de inventarios, evitando novedades en los servicios asistenciales.
- Se alcanzó una confiabilidad del 99.5% en la auditoría anual de inventarios.
- Negociación: Se logró una transición limpia en la rotación de inventarios para el cambio de equipos de gases arteriales, coagulación, hemocultivo y diagnóstico sindrómico.
- PET: Se garantizó el abastecimiento oportuno de radiofármacos (FDG, PMSA y COLINA).



- Mobiliario: Se mantuvo el abastecimiento y mantenimiento del mobiliario de la compañía.
- Calidad: Se actualizaron y pusieron al día todos los indicadores y procesos de calidad que estaban retrasados.
- Compras: Se mantuvo en equilibrio el área de logística y compras, garantizando el abastecimiento de todos los artículos administrativos.

2.1 Indicadores Productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Análisis del comportamiento Indicador Calidad en las órdenes de compra

Enero

- 2023: 100.00%
- 2024: 76.54%
- Diferencia: -23.46%
- Análisis: El resultado tuvo un índice a la baja en 23.46% en comparación con el año anterior. Esto podría deberse a ajustes y cambios en los procesos al inicio del año fiscal.

Febrero

- 2023: 99.60%
- 2024: 76.54%
- Diferencia: -23.06%

- Análisis: El resultado tuvo un índice a la baja en 23.06% en comparación con el año anterior. Posibles causas incluyen ajustes continuos y falta de capacitación adecuada.

Marzo

- 2023: 99.19%
- 2024: 78.05%
- Diferencia: -21.14%
- Análisis: El resultado tuvo un índice a la baja en 21.14% en comparación con el año anterior. La falta de capacitación adecuada después de las vacaciones de fin de año podría ser una causa.

Abril

- 2023: 100.00%
- 2024: 75.95%
- Diferencia: -24.05%
- Análisis: El resultado tuvo un índice a la baja en 21 en comparación con el año anterior. La falta de capacitación continua podría ser un factor.

Mayo

- 2023: 99.41%
- 2024: 75.90%
- Diferencia: -23.51%
- Análisis: El resultado tuvo un índice a la baja en 23.51% en comparación con el año anterior. Problemas de comunicación con nuevos proveedores o cambios en los contratos existentes podrían ser la causa.

Junio

- 2023: 100.00%
- 2024: 80.72%
- Diferencia: -19.28%
- Análisis: El resultado tuvo un índice a la baja en 19.28% en comparación con el año anterior. Problemas de comunicación con proveedores podrían ser la causa.

Julio

- 2023: 99.32%
- 2024: 69.44%
- Diferencia: -29.88%
- Análisis: El resultado tuvo un índice a la baja en 29.88% en comparación con el año anterior. La falta de implementación de nuevas medidas de control de calidad podría ser la causa.



Agosto

- 2023: 100.00%
- 2024: 78.49%
- Diferencia: -21.51%
- Análisis: El resultado tuvo un índice a la baja en 21.51% en comparación con el año anterior. La falta de mejoras en la comunicación y colaboración con proveedores podría ser la causa, de la tendencia a la baja del indicador afectando así el indicador.

Septiembre

- 2023: 98.77%
- 2024: 92.94%
- Diferencia: -5.83%
- Análisis: El resultado tuvo un índice a la baja en 5.83% en comparación con el año anterior. La falta de capacitación continua del personal podría ser la causa.

Octubre

- 2023: 100.00%
- 2024: 95.18%
- Diferencia: -4.82%
- Análisis: El resultado Desmejoro en 4.82% en comparación con el año anterior. La falta de ajustes finales y optimización de procesos antes de cerrar el año podría ser la causa.

Noviembre

- 2023: 100.00%
- 2024: 97.65%
- Diferencia: -2.35%
- Análisis: El resultado tuvo un índice a la baja en 2.35% en comparación con el año anterior. La falta de enfoque en cumplir con los objetivos anuales podría ser la causa.

Diciembre

- 2023: 99.60%
- 2024: 100.00%
- Diferencia: +0.40%
- Análisis: El resultado tuvo un índice a la baja en 0.40% en comparación con el año anterior. Los ajustes finales y optimización de procesos antes de cerrar el año podrían haber contribuido a esta mejora.



2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del Proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Crear indicadores de compras OC VS Proveedor	Medir y evaluar el cumplimiento del proveedor referente al abastecimiento mensual	10%	Para crearlo necesita, formulación en Excel, datos mensuales, y una persona que lo actualice con las entradas de almacén , a diario	31/12/2024	Para el año 2025 se debe crear dicho archivo para mejorar los cumplimientos del proveedor y de igual manera sirve para evaluarlo a fin de año
Crear indicador de cumplimiento almacén vs servicios clínica Nogales.	Medir y evaluar el cumplimiento del abastecimiento mensual.	10%	Para crearlo se necesita, formulación en Excel, datos semanal, y una persona que lo actualice con los despachos semanal	31/12/2024	Para el año 2025 se debe crear dicho archivo para mejorar los cumplimientos por parte de almacén a los servicios, e identificar faltantes para suplir la semana siguiente
Recepción técnica almacén	Realizar recepción técnica de los dispositivos reactivos que ingresan a la clínica.	10%	Se necesita un archivo en colaboración con el servicio farmacéutico para poder implementar la dicha recepción, adicional una persona dedicada a gestionar la recepción de los insumos, consultar, registros sanitarios, validar muestreo aleatorio	31/12/2024	Para el año 2025 se debe crear dicho archivo para cumplir con la normatividad establecida, mejora vencimientos.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Medidas implementadas para mejorar la efectividad en la elaboración en las Órdenes de Compra

Capacitación del Personal:

- Impacto: Mejora en la precisión y eficiencia de las órdenes de compra.
- Causa: La falta de capacitación al personal puede llevar a errores en el proceso de compra.

Automatización de Procesos:

- Impacto: Reducción de errores humanos y aumento de la consistencia.
- Causa: Procesos manuales pueden ser propensos a errores y demoras.

Implementación de Sistemas de Control de Calidad:

- Impacto: Asegura que todas las órdenes cumplan con los estándares establecidos.
- Causa: La ausencia de controles puede resultar en órdenes defectuosas o incompletas.

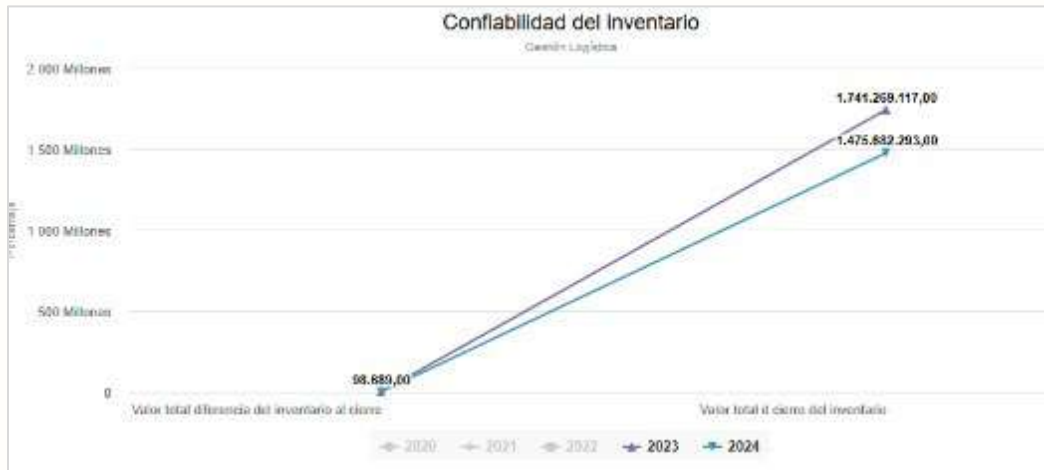
Mejora en la Comunicación con Proveedores:

- Impacto: Reducción de errores debido a mala proyección y ajuste en precios y unidades de empaque y mejora en la relación con proveedores.
- Causa: La comunicación con el proveedor al momento de responder correos o llamadas puede llevar a errores en las especificaciones de las órdenes.

Revisión y Optimización de Políticas y Procedimientos:

- Impacto: Asegura que las políticas estén actualizadas y sean efectivas.
- Causa: Políticas obsoletas pueden no abordar los problemas actuales.





Fuente: Sistema de gestión integral Almera

Análisis del Comportamiento de los Indicadores de Confiabilidad del Inventario (2023 vs 2024)

- **Meta:** 99.96%
- **Resultado:** 99.99%
- **Análisis:** El resultado superó la meta en 0.03%, lo que indica una alta confiabilidad en la gestión del inventario durante el año 2023. 2024
- **Meta:** 99.90%
- **Resultado:** 99.90%
- **Análisis:** El resultado alcanzó la meta, pero hubo una disminución de 0.09% en comparación con el año anterior. Esto podría deberse a posibles problemas en la gestión de inventarios.

Medidas para Mejorar la Confiabilidad del Inventario

- **Optimización de la Gestión de Inventarios:**
- **Impacto:** Asegurar una gestión eficiente de los inventarios para mejorar la confiabilidad.
- **Causa:** La falta de gestión puede llevar a errores y discrepancias en los niveles de inventario.

Implementación de Sistemas de Monitoreo de Inventarios:

- **Impacto:** Uso de tecnología para monitorear y gestionar los niveles de inventario en tiempo real.
- **Causa:** La falta de monitoreo puede resultar en la acumulación de inventario no utilizado o en la falta de inventario necesario.

Revisión y Ajuste de Políticas de Inventario

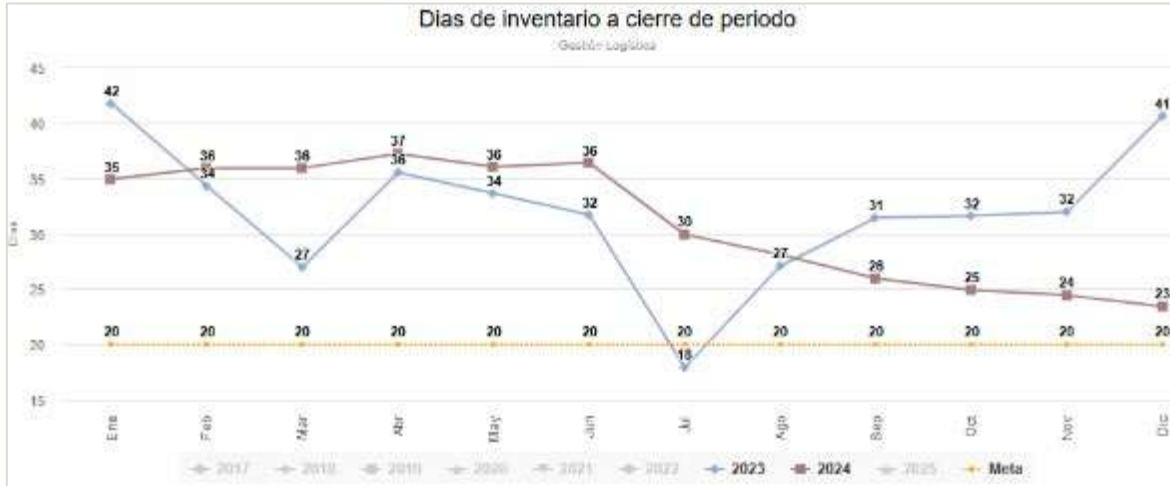
- **Impacto:** Asegurar que las políticas de inventario estén alineadas con la demanda y las tendencias del mercado.
- **Causa:** Políticas obsoletas pueden no abordar los problemas actuales y llevar a una baja confiabilidad.

Mejora en la Planificación de la Demanda

- **Impacto:** Uso de análisis predictivo para anticipar la demanda y ajustar los niveles de inventario en consecuencia.
- **Causa:** La planificación inadecuada de la demanda puede llevar a un exceso o falta de inventario.

Colaboración con Proveedores

- **Impacto:** Trabajar estrechamente con los proveedores para asegurar entregas oportunas y reducir el exceso de inventario.
- **Causa:** La falta de colaboración con proveedores puede resultar en problemas de inventario.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

- **Capacitación en Gestión de Inventarios:** Se llevaron capacitaciones a los auxiliares de Almacén y compras en la gestión eficiente de inventarios hospitalarios, enfocados en la correcta clasificación, almacenamiento y manejo de suministros

médicos. Estos entrenamientos mejoraron la precisión y rapidez en la administración de inventarios, reduciendo desperdicios y costos.

- **Uso de Tecnología y Sistemas de Información:** Se implementaron capacitaciones a los colaboradores de logística en el sistema IT salud IPS, fueron entrenados en el uso de herramientas como office y mejorar la coordinación entre diferentes departamentos.
- **Formación en Normativas y Buenas Prácticas:** Se ofrecieron capacitaciones en logística hospitalaria. Estas sesiones aseguraron que el personal estuviera al tanto de las regulaciones y adoptara procesos seguros y eficientes, teniendo en cuenta que el personal cuenta con experiencia en el área farmacéutico.
- **Desarrollo de Habilidades de Comunicación y Trabajo en Equipo:** Se promovieron Reuniones para la comunicación y fomentar el trabajo en equipo. La colaboración efectiva entre el personal de logística, y otros departamentos fue prioritaria para asegurar una cadena de suministro fluida y eficiente.

4.2. Evaluación del Clima Organizacional

Sesiones de Reuniones mensual: Se organizaron reuniones regulares donde los 3 colaboradores de Logística podían expresar sus opiniones, preocupaciones y sugerencias. Estas sesiones fomentaron una cultura de apertura y transparencia, permitiendo que Yair, José, y Jhon Jairo se sintieran escuchados y valorados, en el área.

Reducción del Estrés y Mejor Bienestar: Las iniciativas de integración y el reconocimiento constante ayudaron a reducir el estrés y a mejorar el bienestar general del equipo, creando un ambiente de trabajo más equilibrado y saludable.

Estas actividades no solo mejoraron el clima organizacional en el área de logística sino que también tuvieron un impacto positivo en la eficiencia operativa y en la calidad del servicio ofrecido a los servicios hospitalarios de la clínica y proveedores.

Análisis Rotación de personal

Motivos de Salida: Se valida con el personal de compras su salida y el por qué deja la clínica para entender las razones detrás de su partida. Estos indican insatisfacción laboral, mejores oportunidades en otros lugares, falta de reconocimiento, mejor remuneración en otras entidades de salud.

Condiciones Laborales: Indican que las condiciones de trabajo, incluyendo el ambiente laboral, la carga de trabajo, las oportunidades de desarrollo profesional y el equilibrio entre trabajo y vida personal, son los factores por los cuales deciden renunciar, adicional refieren Un entorno laboral negativo. (Esto lo indican en su entrevista de retiro).

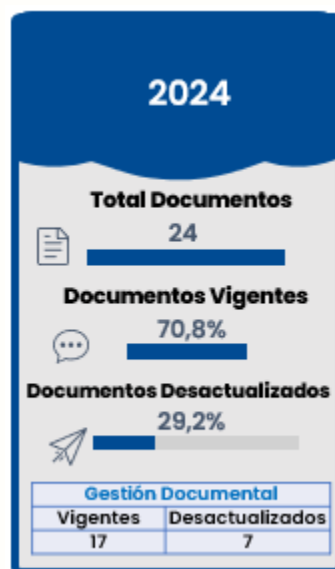


Salarios y Beneficios: Comparan los salarios y beneficios ofrecidos por la clínica con los estándares del sector, de acuerdo con su profesión y una compensación poco competitiva para la labor que desempeñan, adicional los horarios de trabajo indican que no son un factor adicional.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Sistema de Gestión Documental

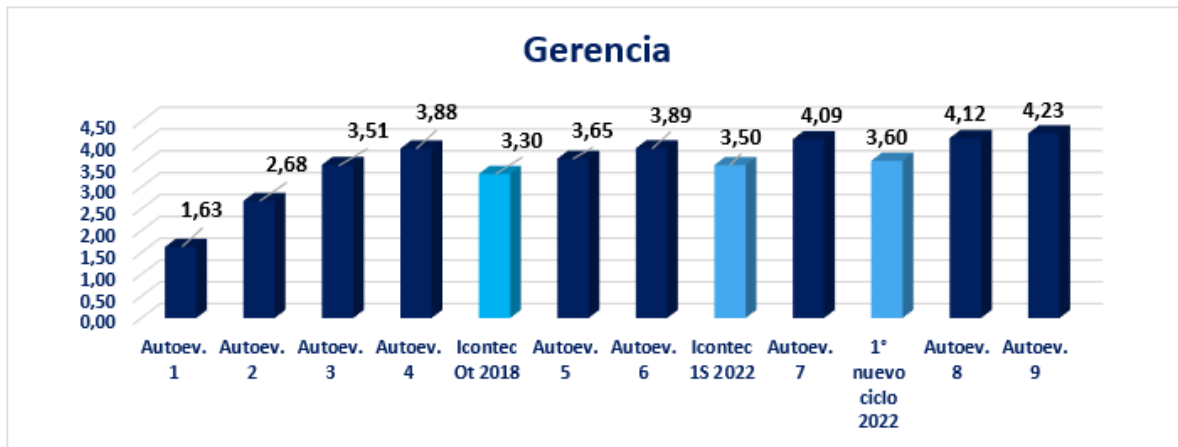
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.2. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas al el estándar Gerencia. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 4.23.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

		POA 2024 Gestión Logística		Código 2024-SPR-14.1 Vigencia 2024 Estado Ejecución	
Responsable: Coordinación de Logística		Fecha Inicio: 2024-01-01		Fecha Fin: 2024-12-31	
Resumen estratégico					
Cronograma		Avance	Inicio	Fin	Completo
HUMANIZACIÓN: Mejorar y capacitar al personal de logística en el buen trato y humanización del servicio, así como el trato respetuoso y cordial entre colaboradores.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
PA PRIORIDAD ES EL PACIENTE: Garantizar disponibilidad de insumos, previniendo sobre todo la seguridad del paciente y evitar los riesgos mínimos.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
IN BIENESTAR, NUESTRO COMPROMISO: Garantizar que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones además de garantizar los insumos para que los pacientes y familiares vivan una especial calidad y confort.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
MODO DE GESTIÓN CLÍNICA: Efectividad y optimización de los recursos.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO: Implementar jornadas de capacitación que aborden las necesidades individuales así puedan aprovechar el conocimiento y la experiencia de los colaboradores para impulsar la innovación y mejorar el rendimiento del área.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
ECOSISTEMA DIGITAL		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS: Realizar análisis periódicos y exhaustivos de los gastos de la empresa para identificar áreas de oportunidad y posibles mejoras en términos de eficiencia y reducción de costos.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
RENTABILIDAD FINANCIERA: Identificar y mitigar riesgos relacionados con proveedores, fluctuación de precios, cambios de demanda y otros factores que puedan afectar la rentabilidad financiera.		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL		100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Resultados Estratégicos Destacados

- **Optimización de Inventarios:** Reducción del 15% en los costos de inventarios, cesantes. **Impacto:** Mejora en la disponibilidad de suministros críticos, aumento de la eficiencia operativa.
- **Capacitación en Sistema de Tecnología Angular (nuevo software), en pruebas.** Implementación de un nuevo sistema de gestión de inventarios y seguimiento de suministros. **Impacto:** Mejor control y visibilidad de la cadena de suministro, reducción de errores humanos y mejora en la precisión de pedidos.
- **Capacitación Continua** Formación del 100% del personal en nuevas herramientas y mejores prácticas logísticas. **Impacto:** Aumento en la competencia técnica del equipo, mejora en la moral y disminución de la rotación de personal.

Cambios Significativos Implementados

- **Digitalización de Procesos:** Implementación para la gestión de inventarios y la automatización de pedidos. **Impacto:** Aceleración de los procesos, reducción de papeleo y mejora en la eficiencia operativa, mayor fluidez en la entrega de los pedidos a las áreas clínicas.

- **Mejora en la Comunicación Interna Descripción del Cambio:** Establecimiento de canales de comunicación más efectivos y frecuentes entre el equipo de logística y otros departamentos. **Impacto:** Mejora en la coordinación y colaboración, reducción de tiempos de respuesta y aumento en la satisfacción del personal, interno de la clínica.
- **Políticas de Sostenibilidad** Implementación de prácticas sostenibles en la gestión de suministros, como el reciclaje y la compra de productos ecológicos, (Papel fotocopia a base de caña). **Impacto:** Reducción del impacto ambiental, alineación con las metas de responsabilidad brindadas por el área de Ingeniería Ambiental.

Lecciones Aprendidas.

- Importancia de la Formación Continua
- La capacitación constante del personal es esencial para mantener la eficiencia operativa y adaptarse a nuevas tecnologías y procesos.
- **Valor de la Comunicación Efectiva:** La mejora en la comunicación interna promueve un entorno de trabajo colaborativo y reduce los errores operativos.
- **Necesidad de la Sostenibilidad:** Adoptar prácticas sostenibles no solo beneficia al medio ambiente, sino que también puede mejorar la eficiencia y reducir costos a largo plazo.

Estos resultados y cambios significativos han tenido un impacto positivo en la eficiencia y calidad del área de logística y compras de la clínica, y las lecciones aprendidas guiarán futuras estrategias y mejoras.

9. PROYECTOS 2025

Inventario:

- Optimizar aún más la rotación de inventarios mediante la implementación de nuevas tecnologías y prácticas avanzadas de gestión.
- Mantener una confiabilidad del inventario superior al 99.5% en las auditorías anuales.
- Desarrollar un sistema de alerta temprana para prever y evitar desabastecimientos.
- Desarrollar un archivo para validar el cumplimiento de los proveedores VS OC emitidas.



- Desarrollar un archivo para validar cumplimiento a los servicios hospitalarios detectando a tiempo faltantes.
- Implementar la recepción técnica en el área de almacén para cumplir con la normatividad.
- Desarrollar un archivo para validar las fechas de vencimiento y así poder lograr una mejor optimización de los mismos.

Negociación:

- Consolidar acuerdos a largo plazo con proveedores clave para asegurar la estabilidad en el suministro de equipos y materiales críticos.
- Mejorar las condiciones de negociación para obtener descuentos y beneficios adicionales.
- Validar el 100% de los documentos de los proveedores en la plataforma complace (sarlaf).
- Armar una base de datos con los precios para el 2025 de acuerdo a la licitación para evitar diferencias en las OC , por valores, y unidades de empaque y evitar así reproceso en las OC

Torre 3:

- Asegurar la disponibilidad continua y oportuna de material de obra, ampliando la gama de productos disponibles según las necesidades emergentes, asegurando siempre las mejores ofertas.

Mobiliario Clínica Nogales

- Renovar y actualizar el mobiliario de la clínica para mejorar la comodidad y funcionalidad de los espacios.
- Implementar un programa de mantenimiento preventivo para prolongar la vida útil del mobiliario.



Área de Calidad:

- Continuar con la actualización y mejora de los indicadores y procesos de calidad, asegurando el cumplimiento de las normativas vigentes.

Compras:

- Desarrollar un plan de contingencia para asegurar el suministro ininterrumpido de artículos administrativos y médicos, validando siempre Stock Máximos, Stock Mínimos.
- Desarrollar una estrategia que permita el correcto seguimiento y radicación de facturas electrónicas para evitar perder descuentos y/o documentos entre áreas, esto acorde con las políticas de facturación de la clínica y en común acuerdo con las áreas de la clínica.

Servicios Tercerizados

OBJETIVO GENERAL

Garantizar la eficiente supervisión y evaluación de los terceros en la institución durante el año 2024, asegurando el cumplimiento de los estándares de calidad, normativas vigentes y satisfacción del cliente, con el fin de contribuir a la continuidad operativa, la optimización de recursos y el fortalecimiento del bienestar de los pacientes y colaboradores.

1. RESUMEN EJECUTIVO

Durante la vigencia 2024 desde la gestión de tercerizados se obtuvieron los principales logros que se mencionan a continuación:

- Seguimiento sistemático servicios tercerizados administrativos mediante Equipos Primarios de Mejoramiento.
- Implementación de nuevo equipo de compactación de residuos para residuos no peligrosos.
- Apertura de Stand piso 1 y piso 4 Tostao' Café & pan.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores Productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2024 se obtiene un promedio de 94,33 % en el cumplimiento del tercero de servicios generales donde se observa que el proveedor maneja buen personal, cumple con las labores asignadas, bajo una orientación y supervisión, manteniendo un correcto desempeño y actitud de trabajo por parte del personal y supervisora a cargo.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2024 se obtuvo un promedio de 91,28% para el cumplimiento del tercero de lavandería, observándose que el proveedor cumple con los protocolos establecidos y directrices acordadas para el trabajo que requiere la clínica, se brindan lineamientos para el manejo adecuado de ropería limpia y sucia, especial énfasis en horarios de rutas hospitalarias.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2024 se observa un promedio de 88,20 % en el cumplimiento del tercero de alimentos, donde se observa que el proveedor cumple con el servicio de dietas

hospitalarias, gestión de inocuidad, se recomienda el suministro de punto ecológico para gestión de residuos en cafetería.

2.2. Avances de proyectos en curso

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
<u>Fortalecer articulación servicios tercerizados en procesos de acreditación</u>	Mejorar la coordinación y eficiencia de los servicios externos que apoyan los procesos de la clínica, con el fin de optimizar los procesos, y asegurar que se cumplan con los estándares requeridos y su articulación.	100,%	Ninguna	Diciembre 2024	Generación de Equipos Primarios de Mejora
<u>Implementar herramienta de gestión documental de optimización de tiempos y movimientos</u>	Implementar herramientas tecnológicas o plataformas digitales para el almacenamiento, organización, seguimiento y optimización de tiempos en los procesos de limpieza y desinfección.	32,5%	Presupuesto	Diciembre 2024	Proyecto que se debe seguir evaluando en la vigencia 2025
<u>Implementar plan de ahorros servicios tercerizados</u>	Aplica desde la necesidad de apoyo de los diferentes servicios en limpieza, seguridad, CCTV, cafeterías y parqueaderos hasta su seguimiento y control contractual y el ahorro en su contratación.	100%		Diciembre 2024	Lograr mantener las tarifas en la contratación.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El presente indicador define el nivel de satisfacción del servicio de lavandería durante la vigencia 2024, logrando evidenciar que se cuenta con un porcentaje de satisfacción del 84.19%, el cual se deben establecer oportunidades de mejora que permitan alcanzar una meta de satisfacción superior al 90%.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

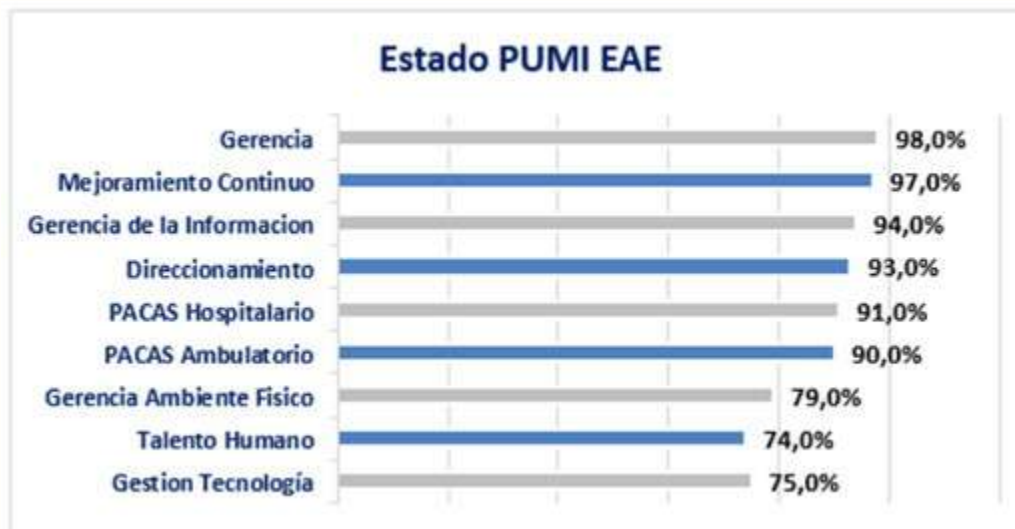
Como estrategia de formación implementadas con los servicios tercerizados de la clínica se manejan por parte de Casa limpia una verificación semanal del cumplimiento del plan de gestión ambiental en donde se realiza articulación con infecciones verificando la limpieza y desinfección de las áreas y superficies de cada servicio, encontrando las posibles desviaciones y generando un plan de acción con ayuda de la supervisora encargada del personal, así mismo se realizan 2 visitas por parte de formadora líder de Casa limpia, en donde se capacita a los operadores sobre temas propios de su labor según cronograma establecido por parte de la coordinación ambiental y servicios tercerizados.

Los terceros como Ilunion, Sodexo y Sevin se retroalimentan o capacitan al encontrarse desviaciones en su funcionamiento que afecten el cumplimiento a las necesidades de apoyo de los diferentes servicios, así como también aquellas evidenciadas en rondas de limpieza y desinfección que se realizan en articulación con el área de infecciones de la clínica.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

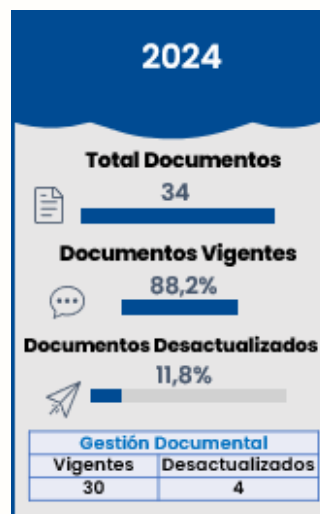
Para este subproceso aplica el estado del PUMI del estándar Direccionamiento, los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

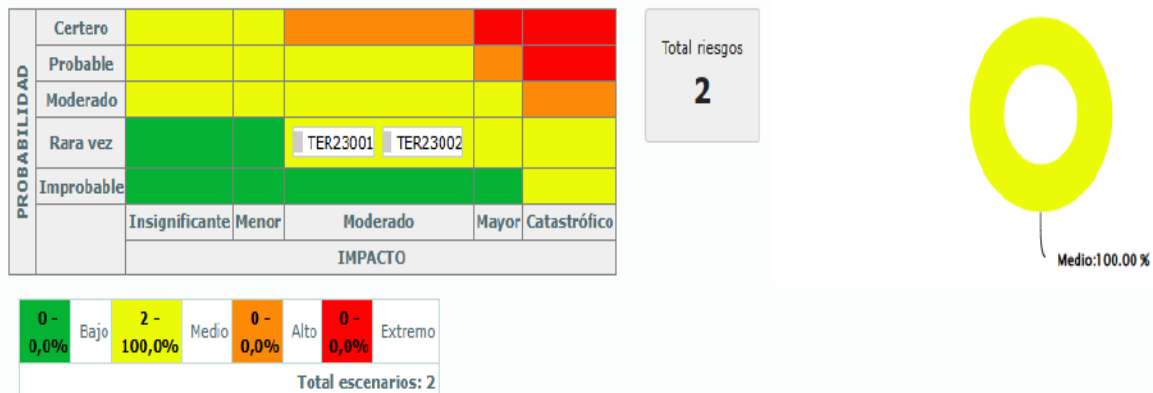
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Direccionamiento. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 4.46.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024



Los Nogales

POA 2024 Servicios Tercerizados

Código	2024-SPR-14.3
Vigencia	2024
Estado	Ejecución

Responsable

Coordinación de Gestión Ambiental y Tercerizados

Fecha Inicio

2024-01-01

Fecha Fin

2024-12-31

Resumen cronogramas

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Fortalecer articulación servicios tercerizados en procesos de acreditación	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Implementar herramienta de gestión documental de optimización de tiempos y movimientos	32,5% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	32,5%
Implementar plan de ahorros servicios tercerizados	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	77,73% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	77,7%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Durante la vigencia 2024 se logró mejorar la eficiencia operativa a través del seguimiento sistemático a las empresas tercerizadas, la integración de equipos primarios de mejoramiento ha sido clave para garantizar la correcta ejecución de las actividades, de igual manera de logro identificar áreas de mejora en los servicios de cafetería y lograr una nueva vinculación con la empresa Tostao' Café & pan, con la finalidad de dar a los usuarios una alternativa más amplia de cafetería.

9. PROYECTOS 2025:

- Propuesta de inversión renovación tecnológica equipos servicios de alimento.
- Implementación de herramienta tecnológica para optimizar registros de actividades servicios generales y servicio de alimentos.
- Reabastecimiento de ropería hospitalaria.
- Seguimiento mantenimiento buggie para actividades de recolección de residuo.

Gestión de las TIC

Los Nogales | Torre 2

OBJETIVO GENERAL

Analizar, diseñar, desarrollar, implementar y mantener la operatividad de las plataformas digitales, garantizando seguridad y confiabilidad de la información suministrada, mediante la administración efectiva de los recursos tecnológicos para así brindar soluciones eficaces a las necesidades del cliente interno.

Gestión de la Tecnología e Información

Analizar, diseñar, desarrollar, implementar y mantener la operatividad de las plataformas digitales, garantizando seguridad y confiabilidad de la información suministrada, mediante la administración efectiva de los recursos tecnológicos para así brindar soluciones eficaces a las necesidades del cliente interno.

Gestión de Archivo de Historias Clínicas

Asegurar la conservación, manejo, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, junto a sus anexos dando cumplimiento a la normatividad vigente, facilitando la continuidad y calidad en la atención de los servicios de salud ofrecidos por la clínica los nogales.

1. RESUMEN EJECUTIVO

Infraestructura y Seguridad

- Se realizó la instalación del canal secundario de internet desde el data center de COL-XV como medida de contingencia y distribución de cargas en la navegación tanto para funcionarios como visitantes.
- Se activa y reconfigura la controladora de Wifi, actualizando las conexiones de red inalámbricas para funcionarios, visitantes y pacientes, mejorando la experiencia de acceso, conexión y monitoreo de los dispositivos.
- Durante el año 2024, se realizaron varias mejoras en el sistema de CCTV como:
- Adición de cámaras para cubrir las visuales de las nuevas remodelaciones, proyectos y zonas ausentes.
- Adición y actualización de NVR con mayor capacidad de aprovisionamiento y compatibilidad de cámaras.
- Implementación de Workstation para mejorar el control y monitoreo con mayor rendimiento y facilidad en la selección de visual y grabaciones.
- Se organizó las visuales tanto en las plataformas de control de monitoreo como en los dispositivos móviles.
- En el año 2024 se implementaron controles acceso a los nuevos proyectos y áreas necesarias para el ingreso del personal autorizado como:



- Ingenierías – Torre 2, Sótano 1
 - Talento Humano – Torre 2, Sótano 1
 - Radioterapia – Torre 2, Sótano 3
 - Laboratorio y Patología – Torre 1, Sótano 1
 - PET – Torre 1, Piso 3.
- Se realiza el alistamiento e implementación del servidor virtual para la plataforma de contingencia HIS a Clínica Nogales.
- Con el apoyo de SUMIMAS, se instaló y configuró servidor físico para administrar las impresoras de red de Clínica los Nogales.
- Se adecuó la zona de esterilización de piso 3 y 4 de clínica los Nogales para la implementación de la herramienta InstaCount, el proceso contó con la instalación de:
 - Puntos de datos
 - Cámaras
 - Lector de código de Barras
 - Bases de equipos para pared
- Se realizó un enrutamiento en la línea telefónica de agendamiento de citas para Clínica los Nogales, apuntando las solicitudes y/o llamadas al nuevo Call center gestionado por Don Doctor.
- Con la plataforma de Trend Micro, se aplicó reglas y filtros de seguridad para permitir el ingreso o salida de mensajes de correo electrónico con el fin de proteger la integridad de la información para evitar engaños y/o ataques cibernéticos.
- Con AGILES se apoyó para la instalación, ejecución y publicación de análisis de datos para los cuadros de mando por medio de la herramienta de Microsoft Power BI.
- Se configuró un nuevo servidor para la gestión de archivos desde la plataforma SEVENET, con el apoyo del servicio de Archivo, se está realizando el levantamiento de información pertinente para el alojamiento de historias clínicas y registros.
- En conjunto con el SOC, Firewall y agente de antivirus se han aplicado reglas, filtros y restricciones para tener una comunicación segura y confiable por medio de las actualizaciones, boletines y análisis previos tanto a internet como con las demás redes filiales del grupo empresarial (CPO, Salud Total, Virrey Solís, Medical TH).
- Durante el año 2024, se amplió la disposición de puntos de datos para nuevos proyectos implementados en la clínica los Nogales implicando un esfuerzo en distribuir la conexión deseada, las obras más destacadas fueron:
- Movimiento de áreas, de Talento Humano e ingenierías – nueva distribución de puntos de datos, red inalámbrica, cámaras y sonido ambiental.



- Rehabilitación Cardíaca – reubicación de puntos de datos, cámaras y red inalámbrica.
- Adecuación oficina de Exportación y Planes especiales de Salud – Reubicación Puntos de datos.
- Adecuación Laboratorio y Patología – implementación de puntos de datos, control de acceso, cámaras y red inalámbrica.

Sistemas de Información y Bases de Datos

- En cumplimiento de la normativa del Ministerio de Salud y Protección Social, establecida en la Resolución 510 de 2022 sobre los nuevos lineamientos para la expedición de facturas electrónicas en el sector salud, se llevaron a cabo reuniones con las IPS del grupo. En estas reuniones se analizó la normativa y se definieron los requerimientos necesarios para ajustar y modificar el aplicativo IT Salud IPS, asegurando el cumplimiento de dicha regulación. Hasta la fecha, se ha logrado un avance del 90% en las necesidades planteadas al proveedor del aplicativo Salud Total.
- En cuanto al cumplimiento de la resolución 2275 de RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios), se trabajó en el levantamiento de necesidades conforme a lo estipulado en el anexo técnico, en colaboración con las IPS del grupo. Frente a cada uno de los entregables proporcionados por nuestro aliado tecnológico, Salud Total, se han llevado a cabo escenarios de pruebas y validación de los requerimientos. Este proyecto presenta un avance del 90%, considerando que la entrega final está planeada para febrero de 2025.
- Atendiendo un requerimiento del área financiera, se brindó apoyo al proveedor de servicios de riesgo actuarial mediante la construcción de una base de datos de consulta, siguiendo los lineamientos establecidos. Posteriormente, se extrajo de la base de datos del aplicativo IT Salud la información necesaria para poblar la base de riesgo, la cual sirvió como insumo para la creación de tableros desarrollados en Power BI. Este proyecto presenta un avance del 95%, ya que actualmente se continúan realizando análisis y ajustes en los tableros.
- Se llevó a cabo la implementación del aplicativo de citas médicas denominado *Don Doctor*. Para esta implementación, se brindó apoyo a las áreas asistenciales y al proveedor, proporcionando información de la base de datos del aplicativo IT Salud, la cual fue utilizada como insumo para la Parametrización del sistema. Este proyecto se completó al 100% en los servicios asistenciales.
- Se llevaron a cabo seguimientos semanales con el grupo de Gestión de Salud Total para monitorear las funcionalidades del aplicativo IT Salud IPS. En estas reuniones se trataron requerimientos, casos de incidentes y la presentación de nuevas funcionalidades en el nuevo formato de usuario basado en Angular. Actualmente, el proceso de migración al nuevo formato presenta un avance del 30%.



- Se realizaron revisiones de las interfaces entre los aplicativos IT Salud IPS, Tharsis (laboratorio), Imexhs (imágenes diagnósticas) y Audifarma (medicamentos), con el objetivo de garantizar el correcto funcionamiento de las integraciones con cada uno de estos proveedores. Estas actividades han permitido alcanzar un 95% de operatividad satisfactoria, quedando pendientes algunos ajustes de control orientados a mejorar los tiempos de atención en cada uno de estos servicios.
- Se trabajó en la implementación de un software de contingencia proporcionado por la sede Virrey Solís. Para este proyecto, se configuró un servidor, se creó una base de datos y se realizaron capacitaciones al área de urgencias, que sirvió como piloto del ejercicio. Sin embargo, tras las pruebas realizadas, se identificó que la herramienta no cumplía con las expectativas del servicio, motivo por el cual el proyecto fue suspendido hasta que se realicen mejoras o un nuevo desarrollo. Este proyecto alcanzó un avance del 50%.
- Desde el área de soporte de HIS, se brindó apoyo en el aplicativo IT Salud IPS mediante la realización de ajustes en diversas plantillas. Entre las plantillas modificadas se incluyen las de órdenes de transfusión, notas de enfermería para diálisis, notas de enfermería ambulatorias, plantillas de UCI y hospitalización, plantilla de incapacidades, plantillas de TAMO y evaluación de riesgo de suicidio. Estas modificaciones se realizaron cumpliendo al 100% con las necesidades presentadas por los diferentes servicios.
- Se llevó a cabo el levantamiento de información según la necesidad presentada por el área de Epidemiología para el desarrollo de un tablero de artritis. Este tablero fue desarrollado por el grupo de gestión de Salud Total, quien presentó el tablero en Power BI conforme a los requerimientos establecidos. El proyecto se completó al 100% y actualmente se encuentra en producción.
- A lo largo del período evaluado, se han logrado avances significativos en diversos proyectos enfocados en la mejora de los sistemas de información y las plataformas digitales de la Clínica Los Nogales. El cumplimiento de normativas, la implementación de nuevas herramientas tecnológicas y la optimización de los procesos existentes han sido claves para garantizar la eficiencia y calidad en la atención de los pacientes. Proyectos como la implementación del aplicativo de citas médicas *Don Doctor*, las integraciones entre sistemas y el desarrollo de tableros en Power BI, entre otros, evidencian el compromiso con la innovación y el servicio.
- Además, se ha mantenido una constante colaboración con las áreas operativas y los proveedores tecnológicos, lo cual ha permitido identificar necesidades, resolver incidencias y realizar ajustes que mejoren los tiempos de respuesta y la operatividad de los sistemas. Con una importante cantidad de proyectos en fase avanzada y en producción, la Clínica continúa trabajando en la optimización de sus recursos tecnológicos, asegurando la calidad y confiabilidad de la información para satisfacer las necesidades tanto del personal interno como de los pacientes.

Desarrollo

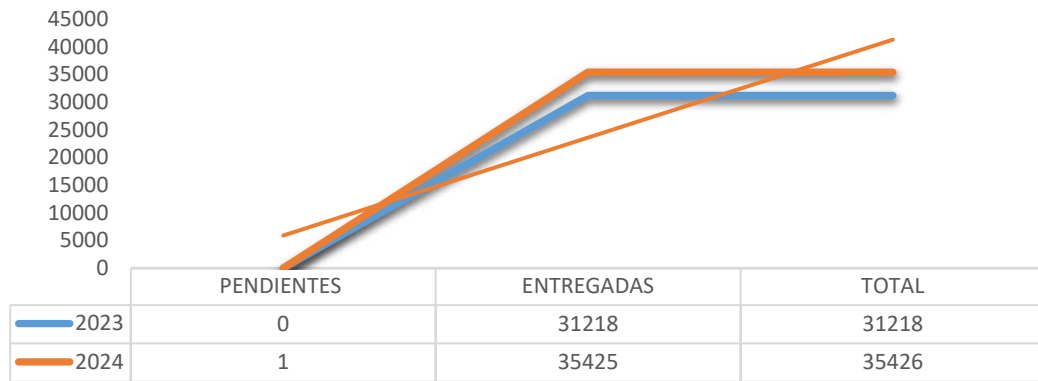
- Despliegue de aplicaciones en contenedores Docker, lo que permitió mayor portabilidad y consistencia en los entornos de desarrollo, pruebas y producción, reduciendo los tiempos de despliegue en un 80%.
- Integración de herramientas de análisis y gestión de contenido lo que facilitó la administración del sitio web e intranet, reduciendo los tiempos de actualización del 50%.
- Implementación de soluciones SEO en plataforma web, mejorando el posicionamiento en buscadores, logrando el incremento del tráfico de búsqueda a lo largo del año.
- Optimización del uso de recursos en servidores, al implementar contenedores para microservicios, lo que incrementó la eficacia operativa de toda la infraestructura en un 40%.
- Implementación de un sistema centralizado de monitoreo de estancamiento de los pacientes dentro del área de cirugía, que permite el seguimiento en tiempo real de su ubicación reduciendo el tiempo de espera de los familiares e información previa de los mismos.

Archivo e historias clínicas

- Socialización al área asistencial sobre la normatividad documental, la importancia del manejo y custodia de la Historia Clínica, incluido los trabajos de ordenación y foliación, que consisten en numerar sucesivamente todos los folios de cada unidad documental.
- Actualización y registro de formatos de las tablas de Retención Documental acuerdo No 004 de 2013 del AGN.
- Implementación del 70% del sistema de información documental SEVENT para atender las necesidades de Gestión documental de forma integral sencilla, así mismo poder clasificar la información por medio de carpetas o unidades de almacenamiento y con ello consultar y se recuperar información digital de manera eficaz.
- Implementación del módulo de solicitud de historias clínicas en la página Web para fortalecer y facilitar el uso electrónico de las requisiciones de historias clínicas y anexos a los pacientes, familiares y terceros autorizados.
- En comparación con el año 2023 se ha experimentado un aumento del 12% para el año 2024 en cuanto a la gestión, manejo y custodia de historias clínicas físicas.



EFFECTIVIDAD DE ENTREGA DE HC 2023 VS 2024

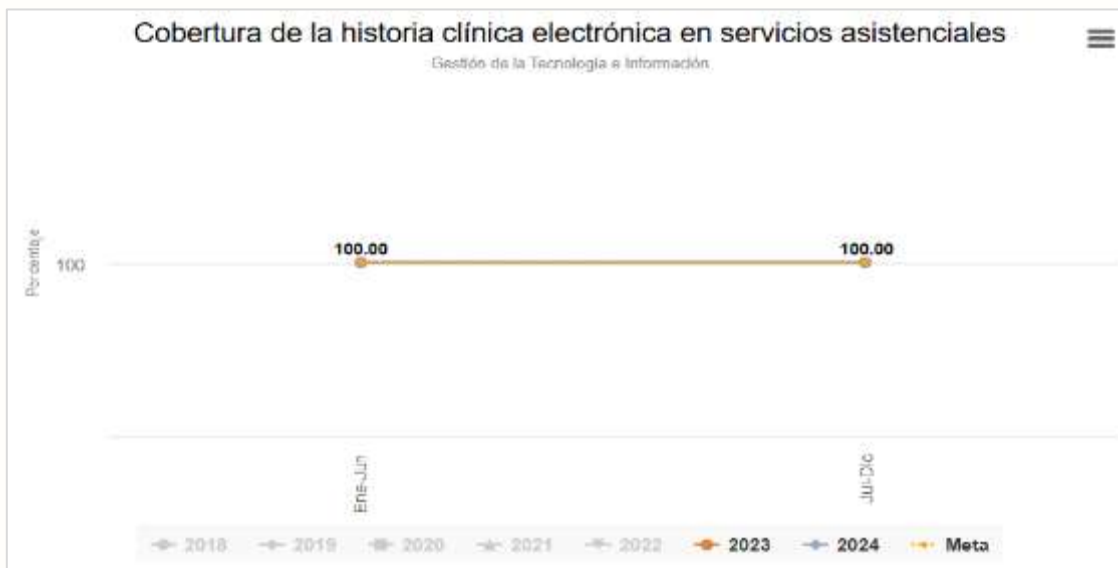


Fuente: Gestión de las Tics

Se ha sostenido el cumplimiento del 95.05 % en cuanto a la entrega de historias Clínicas físicas, dentro del plazo acordado con los servicios de la institución.

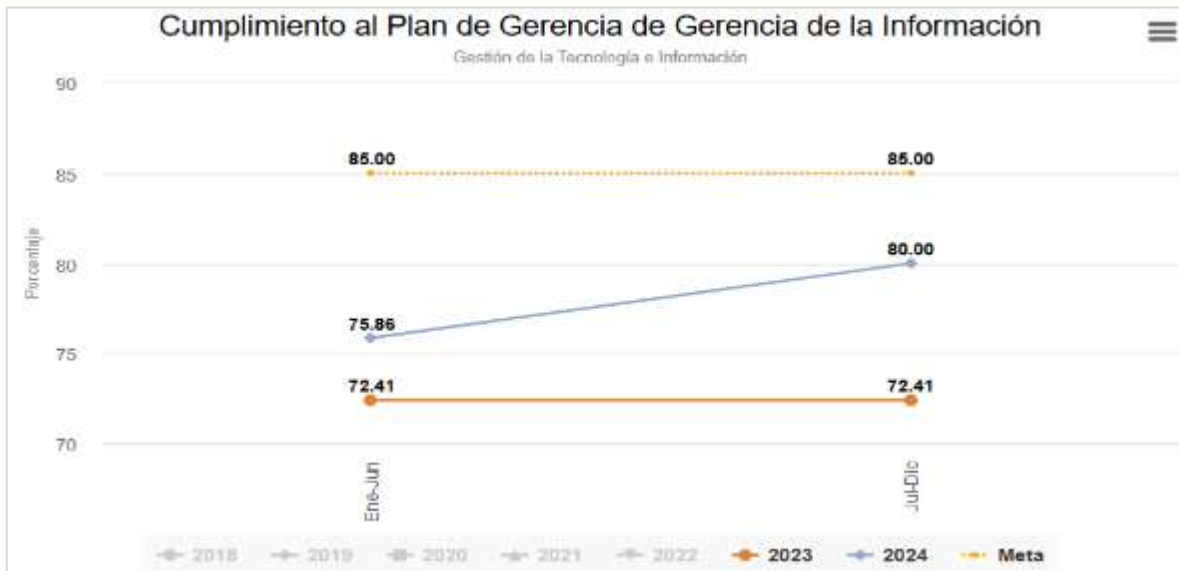
2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores Productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador desde el 2023 tiene una cobertura del 100% de cubrimiento para el año 2023 y 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador tuvo un incremento de 13 puntos porcentuales con respecto al 2023 debido a los diferentes proyectos que fueron implementados durante el año.



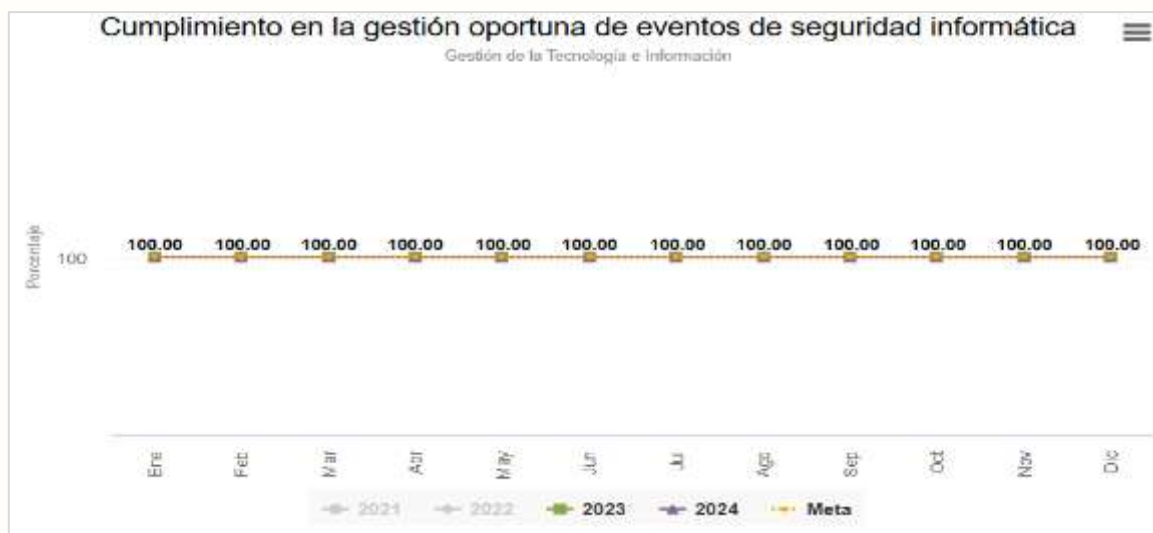
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2024 el indicador se mantuvo estable en comparación del año 2023 donde se presentaron picos en caída en la calidad del servicio que afectaron la tendencia, la tendencia en el 2024 fue al alza.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En los primeros 10 meses el indicador se mantuvo con respecto al 2023 en un cumplimiento del 100%, en noviembre y diciembre el indicador se vio afectado con tendencia a la baja debido a la prioridad que se dio para el trabajo de RIPS lo que afecto la entrega de los reportes por parte del equipo de desarrollo.



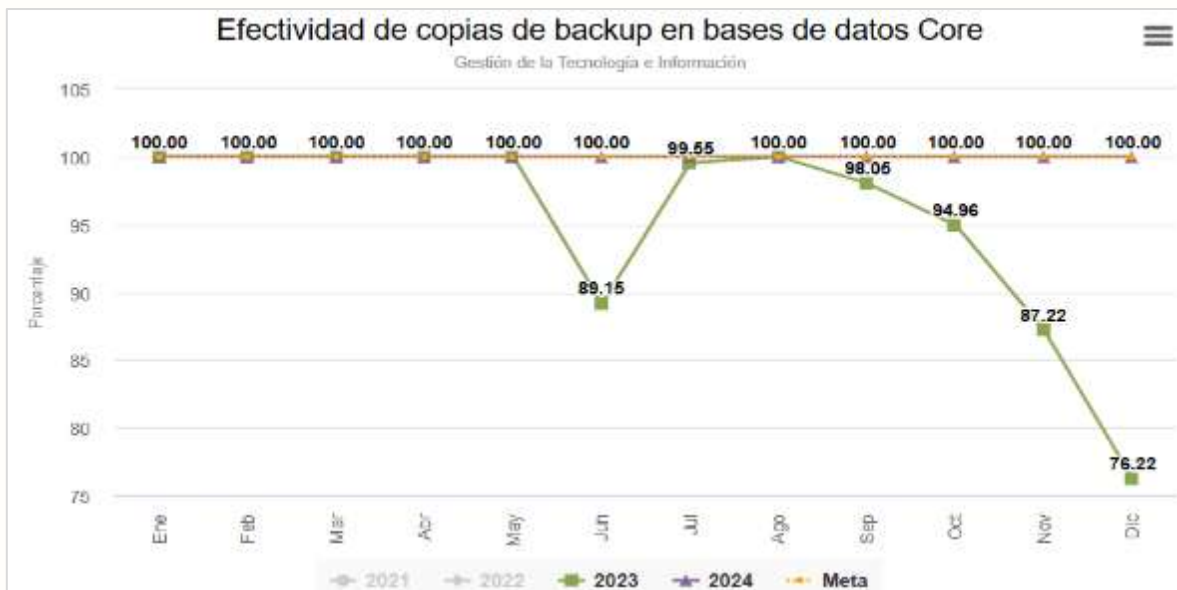
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para los años 2023 y 2024 no hubo eventos de seguridad relacionados con incidentes presentados en la clínica, por lo cual el indicador para los dos años tiene un cumplimiento de 100%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La disponibilidad de los servicios para 2023 y 2024 se mantuvo estable donde no se presentaron eventos que afectara significativamente la disponibilidad de los servicios.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Las copias de seguridad se realizaron y controlaron en 2024 lo cual el indicador se mantuvo en un 100% de cumplimiento en relación con el 2023 donde al finalizar el año se presentó incidente en la toma de estas.

2.2. Avances de proyectos en curso

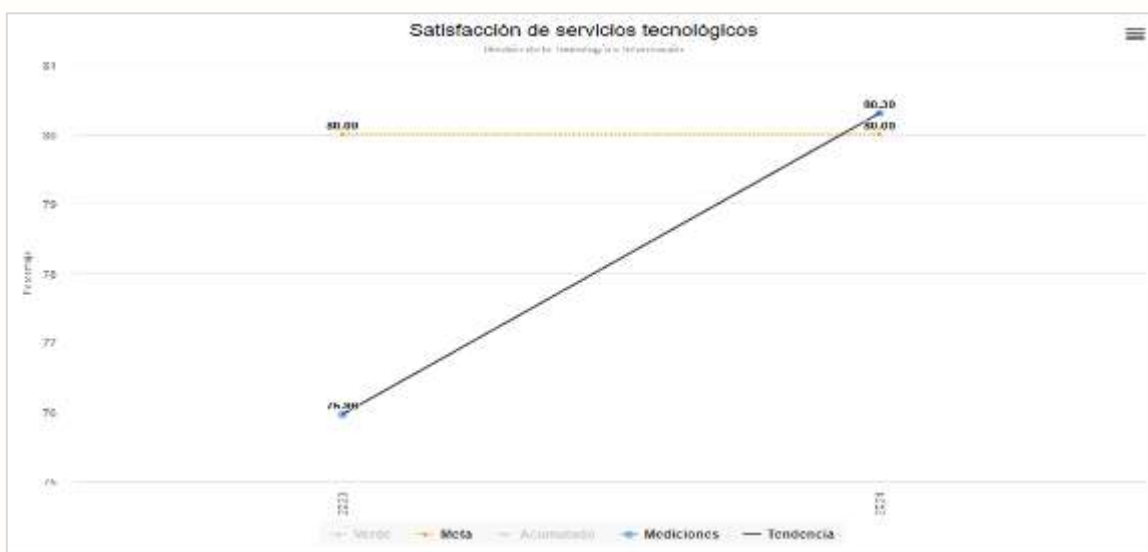
Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Configuración canal secundario	Mejorar la conectividad	100%	N/A	Noviembre 2024	Se finalizó con éxito
Cambio de controladora WIFI	Mejorar administración de sistema de WIFI	100%	N/A	Octubre 2024	Se finaliza con éxito
Mejora sistema CCTV	Ampliar cobertura y renovación tecnológica del sistema CCTV	100%	N/A	Septiembre 2024	Se finaliza con éxito
Contingencia HIS	Implementar software de contingencia para servicio Urgencias HIS	100%	Tiempos de implementación altos	Enero 2025	Se logró implementación, pero con tiempos altos
Instacount	implementación de sistema de control para material quirúrgico	90%	Tiempos de generación y firma de contratos	Febrero 2025	NA
Servidor de impresión	Tener control sobre impresoras y volumen de impresión	100%	N/A	Mayo 2024	Se implementó y se realiza seguimiento a impresoras en RED
Emtelco	Migración de proveedor de Call center	100%	N/A	Julio 2024	Se termina el proyecto correctamente
Trend Micro	Mejora en seguridad de la información	100%	NA	Septiembre 2024	Se termina la migración y la implementación de políticas para minimizar los riesgos de seguridad.
Riesgo Actuarial	Validación del riesgo en la	90%	Generación de la información y	Septiembre 2024	Se sigue trabajando en la calidad del

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
	prestación de los servicios		tiempos de implementación		dato para la presentación en los tableros
Migración Centro de datos Externo	Migrar servicios a centro de datos externo	100%	Altos tiempos de ejecución	Septiembre 2024	Se terminó la actividad garantizando la integridad de la información
Políticas de seguridad Trend micro	implementación de políticas de seguridad para la mitigación de riesgos	100%	N/A	Agosto 2024	NA
Políticas de seguridad	Implementar las políticas y controles de seguridad que minimicen los riesgos	50%	Cargos de analista y oficial de seguridad vacantes	Diciembre 2025	Se avanzó con aplicación de controles a nivel de consolas y firewall, pero hace falta la documentación y seguimiento.
Mejora en red T2 y WIFI	Ampliar cobertura de la red WIFI en piso 10 y mejorar conectividad en T2	10%	autorización para la implementación del proyecto	Junio 2025	Se necesita autorización para avanzar
Alta disponibilidad	Generar alta disponibilidad en canales MPLS entre la clínica y centro de datos	30%	autorización para la implementación del proyecto	Febrero 2025	Se necesita autorización para avanzar en la configuración
RIPS	implementación de la resolución 2275	80%	Calidad del dato, altos tiempos en desarrollo, procesos no ajustados a la norma	Enero 2025	En curso
Factura electrónica	implementación resolución 510/2022	90%	Calidad del dato, altos tiempos en desarrollo,	Febrero 2025	En Curso

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
			procesos no ajustados a la norma		
Don Doctor	Implementación sistema de agendamiento de citas	100%	N/A	Junio 2024	Se termina satisfactoriam ente la implementació n del proyecto
Angular	implementación de módulos de activos fijos e inventarios	50%	Altos tiempos de desarrollo	Febrero 2025	Se debe avanzar con los desarrollos de los cambios solicitados
Tablero epidemiología	Implementar tablero de control para seguimiento	100%	Calidad del dato	Noviembre 2024	Se implementó satisfactoriam ente la información
implementación Contenedores	Aprovechamien to de recursos	80%	En desarrollo	Junio 2025	En curso
Gestión de contenidos	implementación de herramientas de gestión de contenidos reduciendo tiempos de actualización	100%	NA	Agosto 2024	Se logró implementar con éxito
implementación de soluciones SEO	Mejorar el posicionamient o de la página web	100%	NA	Junio 2024	Se logró la implementació n mejorando el posicionamien to en rankings
Rediseño de página e intranet	Mejorar la experiencia de usuario y navegabilidad	100%	NA	Septiembre 2024	NA
Docker resolución 2275	implementación de ambiente de pruebas contenedores para pruebas RIPS	100%	NA	Mayo 2024	Se implementó satisfactoriam ente los contenedores para consumo del área de desarrollo de ST
Monitos pacientes salas de CX	Aplicación que permita visualización del seguimiento a	100%	Tiempo alto de desarrollo	Marzo 2024	Se implementó con éxito

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
	pacientes a familiares				
Sistema Documental	implementación software para administración del sistema documental especialmente de HIS	70%	Tiempos de implementación , adecuación de procesos internos	Marzo 2025	Se debe avanzar con la terminación de la implementación
Solicitud de HC	implementación de formulario de solicitud de HC en página WEB	80%	Seguridad en plugin utilizados	Febrero 2025	NA

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En la encuesta realizada para 2024 área se logró un porcentaje de aceptación del 80% lo que implica un crecimiento de 4 puntos porcentuales con respecto al 2023.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Con el apoyo de los proveedores se brindó capacitación al personal técnico en el manejo de los diferentes sistemas que manejamos, adicionalmente se participó en las capacitaciones realizadas por la clínica.

- Capacitación mesa de ayuda
- Llamados de enfermería
- Llamado Código Azul
- Salud IT
- instalación de software base
- imágenes diagnosticas
- Proceso del auditorio
- Auditor interno ISO 27001

4.2. Evaluación del Clima Organizacional

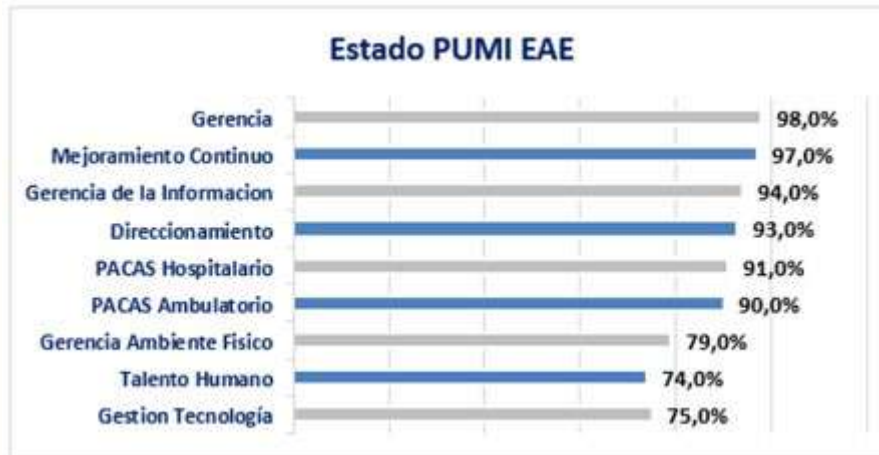
Se participó en las charlas brindadas por el área de talento humano donde se incentiva el buen manejo del clima organizacional, adicionalmente siempre se manejó un sistema de puertas abiertas donde se escucha siempre a los colaboradores tratando siempre de encontrar la mejor solución a los conflictos promoviendo un comportamiento de compañerismo, respeto y colaboración de todos los integrantes del equipo.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este subproceso aplica el estado del PUMI del estándar Gerencia de la Información, los resultados son los siguientes:





Fuente: Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

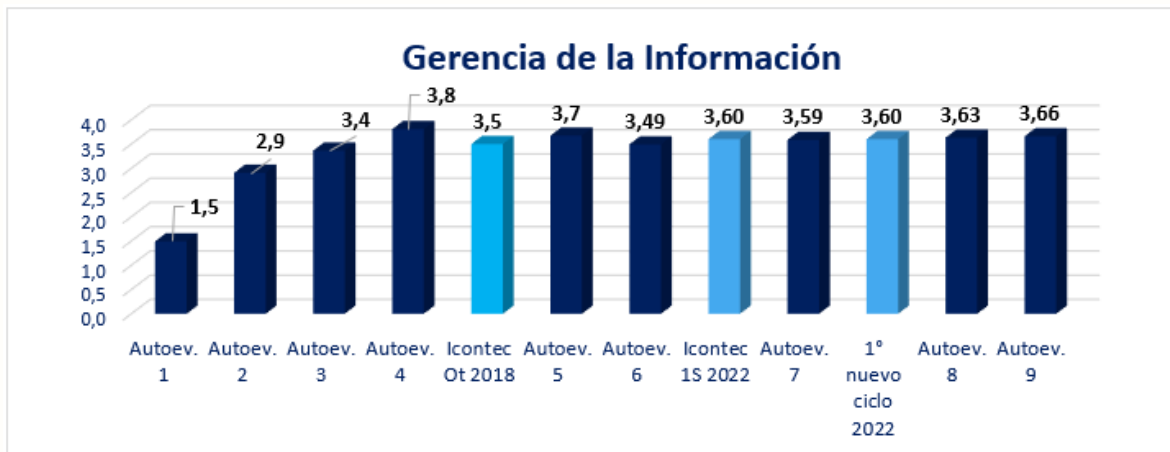
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Gerencia de la Información. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.66.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024



Clinica Los Nogales

POA 2024 Sistemas

Código

2024-SFR-10.1

Vigencia

2024

Estado

Ejecución

Responsable

Coordinación de Sistemas

Fecha Inicio

2024-01-01

Fecha Fin

2024-12-31

Revisión

13 programas

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Generar la información necesaria para la toma de decisiones en los diferentes ámbitos de la clínica.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Mejorar el esquema de seguridad de la información documentando los procesos, procedimientos y controles necesarios en miras de una certificación.	85,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	85,0%
Automatizar los procesos con el fin de mejorar la productividad y generar ahorros especialmente en el uso de los recursos tecnológicos.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Centralizar la información crítica de cada uno de los procesos de la clínica generando la gestión de conocimiento.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Optimización de los recursos tecnológicos adquiridos por la clínica para generar los controles a nivel de mantenimientos, obsolescencia e implementación de tecnología.	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Implementación de modelos de IA para servicios asistenciales.	82,5% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	82,5%
TOTAL	94,65% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	94,2%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- El año 2024 se orientó la gestión a la organización del área desde los diferentes subsistemas, donde se definieron los roles y responsabilidades de cada uno de los integrantes del equipo, así mismo se orientaron los esfuerzos en el avance de los proyectos detenidos y con poco avance de ejecución.
- Se trabajó para mejorar los tiempos de ejecución y mejorar la productividad identificando las oportunidades de mejora e implementando herramientas que permitieron la automatización y monitoreo de algunas de las aplicaciones

9. PROYECTOS 2025

Infraestructura y Seguridad

- Reforzar los servicios de conectividad implementando la alta disponibilidad tanto en conectividad (Switch Core) como en seguridad (Firewall) para garantizar el funcionamiento de los servicios ante algún incidente presentado.
- Fortalecer la seguridad de la clínica a partir de un Firewall local para realizar filtros y bloqueos en la red interna (segmentación y zonas militarizadas).
- Mejorar el ambiente físico e infraestructura tecnológica del centro de datos de la clínica que garantice el funcionamiento y vida útil de los servicios locales.

- Migrar al 100% la infraestructura tecnológica a la nube con el aprovisionamiento requerido para su crecimiento a 5 años.
- Actualizar y/o cambiar los dispositivos de conexión de la Clínica los Nogales - Torre 2 para mejorar la velocidad de conexión en la zona.
- Ampliar la distribución y cobertura de red local e inalámbrica para garantizar la conectividad ante el crecimiento de servicios y proyectos que proveerá la clínica.
- Mejorar la experiencia al familiar y paciente con los servicios de internet y TV.
- Redefinir el área de monitoreo mejorando la comodidad, gestión y visual de cámaras y grabaciones.
- Fortalecer el proceso de seguridad informática en la clínica para culturizar al funcionario, usuario final, terceros y pacientes el uso de tecnologías seguras que afecten el bienestar de la información de la clínica.
- Iniciar con el proceso normativo de la ISO 27001 a la clínica.

Sistemas de Información y Bases de Datos

- Implementación de los módulos asistenciales y administrativos desarrollados en Angular.
- Creación y mejora de informes utilizando herramientas de BI.
- Formación de un comité de gestión de cambios para optimizar la gestión de TIC en sus diferentes áreas.
- Realización de reinducciones presenciales y virtuales, proporcionando herramientas digitales o sesiones específicas.
- Visitas periódicas a los servicios para identificar y atender sus necesidades.
- Apoyo a la campaña de cero papeles.
- Continuación del proceso de interoperabilidad con el sistema de información IT Salud IPS.
- Fortalecimiento de la mesa de ayuda GLPI para mejorar su productividad.
- Instalar kioscos en el área de recepción para registro automático, actualizaciones de estado y solicitudes de información en tiempo real.

Desarrollo

- Rediseñar la página web e intranet en WordPress para optimizar la experiencia de usuario, mejorar la accesibilidad y adaptabilidad a dispositivos, fortalecer la seguridad y automatizar procesos clave, logrando una plataforma más eficiente, moderna y alineada con los objetivos estratégicos de la organización.
- Realizar la migración de las aplicaciones desde servidores Docker de prueba al servidor de producción, garantizando un despliegue seguro, eficiente y escalable,



con mínima interrupción del servicio y optimizando la infraestructura para un rendimiento confiable en el entorno productivo.

- Implementar nuevas tecnologías innovadoras que optimicen los procesos, mejoren la eficiencia operativa y fortalezcan la competitividad, garantizando su integración efectiva con los sistemas existentes y el desarrollo de las capacidades del equipo para su uso.
- Desarrollar la versión 2 del aplicativo de monitoreo de pacientes en el área de cirugía, mejorando su interfaz gráfica y así mismo el seguimiento en tiempo real de su ubicación proporcionando información precisa y accesible, con el fin de reducir los tiempos de espera de los familiares y optimizar la comunicación previa y durante el proceso quirúrgico.

Archivo e historias clínicas

- Alcanzar el 100% del sistema de información documental SEVENT para atender las necesidades de Gestión documental de forma integral y sencilla.
- Cumplir con los objetivos planteados con el sistema de información de gestión documental para los procesos internos del área.
- Atender el 90% de las necesidades de los usuarios de acuerdo con la creación del módulo de solicitud de Historias clínicas en la página Web.

Gestión Ambiental

OBJETIVO GENERAL

Plantear acciones de gestión ambiental mediante programas, proyectos, metas y asignación de recursos, con el fin de dar cumplimiento a objetivos de ecoeficiencia y de calidad ambiental.

1. RESUMEN EJECUTIVO:

Durante la vigencia 2024 desde la gestión ambiental se obtuvieron los principales logros que se mencionan a continuación:

- Implementación de válvula de ahorro de agua potable (reducción de 6042m3 y beneficio económico de \$28'979.000 reflejado en factura acueducto.
- Aprobación estrategia ACERCAR de la Secretaría Distrital de Ambiente ciclo 2024 (88/100puntos clasificados en el nivel III Sistemas de Gestión Ambiental, con posibilidad participar en el Programa de Excelencia Ambiental Distrital PREAD 2025)
- Implementación de calendario ambiental (participación de partes interesadas en la institución tales como ONG WWF, Funtalentum, Acueducto, Parques Nacionales Naturales de Colombia, Ecocapital Internacional)
- Implementación de curso de gestión ambiental en plataforma UNITOTAL (Curso de Plan de Gestión integral de Residuos Hospitalarios y Política Institucional Ambiental; indicador de cobertura transversal a nivel institucional del 45,22%)
- Seguimiento técnico ambiental por medio de residente ambiental de obra torre 3
- Fortalecimiento de estrategia de comunicaciones racionamiento de agua (enfoque de ahorro y uso racional del recurso hídrico en servicios asistenciales y administrativos según lineamientos gubernamentales).

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores Productividad





Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El consumo de agua respecto a las diferentes actividades o procedimientos realizados en la institución tiene una meta de 0,12 m³/actividad. Como se observa en la gráfica, el año 2024 se mantuvo por debajo de la meta establecida, con un valor promedio de 0,06 m³/actividad.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Respecto al consumo de energía frente al número de actividades se tiene definida una meta de 4,5 Kwh/actividad, durante el año 2024 el comportamiento se mantuvo en un promedio de 5,33Kwh/actividad. Se evidencio una varianza de 3,98 lo que nos indica que este

consumo no se mantiene constante a lo largo del año 2024, sin embargo, se cumplió la meta establecida en 9 meses correspondientes al año en cuestión.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Respecto a la generación de residuos por actividad se tiene definida una meta de 0,60 Kg/actividad. Durante el año 2024 se manejó un promedio de 0,34 Kg/actividad, siendo el año con menor generación de residuos por actividad.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para este indicador se tiene definida una meta del 95% de cumplimiento. Este indicador se evalúa por medio de visitas de inspección a los servicios en donde se realiza la revisión de la correcta segregación de los diferentes tipos de residuos de acuerdo con la clasificación definida para la institución (biosanitarios, cortopunzantes, ordinarios, reciclables, etc.). Durante el año 2023 se tuvo un promedio de 93,01%, debido a que en algunos servicios como hospitalización y salas de cirugía aún se presentan errores al realizar la segregación de residuos, para esto se realizan retroalimentaciones al personal y capacitaciones sobre este tema.

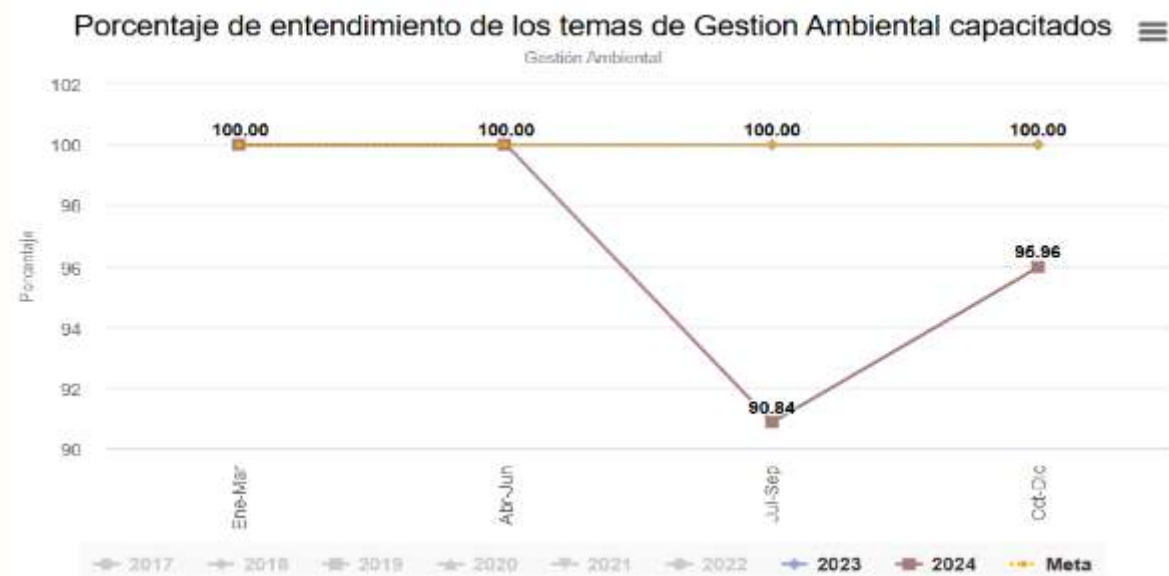
2.2. Avances de proyectos en curso

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
<u>Implementar plan de capacitaciones de gestión ambiental 2024</u>	Sensibilizar, formar y mejorar las competencias ambientales en los colaboradores de la clínica, promoviendo prácticas sostenibles y responsables que contribuyan a la protección del medio ambiente y al cumplimiento normativo ambiental vigente.	100%	Falta de estrategias que permitan garantizar la cobertura del 100%	Diciembre 2024	Necesidad de mejorar las estrategias de comunicación y divulgación que permitan tener una alta participación, generando mayor conciencia y motivación entre los colaboradores, ya que el proyecto contó con un porcentaje de avance del 100% en la realización del plan de capacitaciones, pero logrando una cobertura del 45.22% en la plataforma UNITOTAL y del 94.40% en la cobertura de capacitación de gestión ambiental Indicador ALMERA.
<u>Asegurar la gestión de los Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos conforme a régimen franco y normatividad ambiental vigente</u>	Desarrollar e implementar un plan de gestión integral de residuos para la correcta recolección y disposición final de los residuos RAEES, garantizando el cumplimiento de la normatividad ambiental vigente, minimizando el impacto ambiental	100%	Logística de entrega de RAEES que se pueden mejorar.	Diciembre 2024	Se le dio correcta disposición final a los RAEES.

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
	y promoviendo prácticas sostenibles dentro de la clínica.				
<u>Realizar auditoría a las empresas gestoras de residuos peligrosos</u>	Evaluar y verificar el cumplimiento de la empresa contratada en cuanto a las normativas ambientales, procedimientos de manejo y disposición final de los RESPEL, asegurando el cumplimiento de estos, con el fin de minimizar riesgos ambientales y garantizar la correcta gestión de los RESPEL.	100%	Ninguna	Diciembre 2024	Se logró evaluar el cumplimiento normativo de la empresa contratada, asegurando que la empresa está operando de acuerdo con las regulaciones aplicables, protegiendo el medio ambiente y evitando cualquier impacto negativo derivado de una mala gestión los RESPEL.
<u>Participar en la estrategia ACERCAR de la Secretaría Distrital de Ambiente en función del mejoramiento continuo de la gestión ambiental</u>	Contribuir al fortalecimiento de la gestión ambiental de la clínica, fomentando la sensibilización y educación ambiental en los colaboradores y promover prácticas sostenibles y el cumplimiento de la normatividad ambiental en la ciudad.	100%	El proyecto contempla unas oportunidades de mejora para tener en cuenta y mejorar en el manejo integral de residuos con relación al cuarto de almacenamiento central, señalización, rótulos, envasado, etiquetado, planes de contingencias, entre otros.	Diciembre 2024	A partir del análisis de los criterios de evaluación se indica que la empresa obtiene una Calificación final de 88 puntos. Que lo clasifica en el nivel 3 Sistemas de Gestión Ambiental, y le permite postularse al Programa de Excelencia Ambiental Distrital – PREAD en la siguiente convocatoria.

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
<u>Actualizar el plan de gestión integral de los residuos hospitalarios</u>	Garantizar que el PGIRASA, se encuentre alineado con las disposiciones legales más recientes (Res. 0591 de 2024) optimizando la gestión de residuos y fomentando un enfoque de responsable	100%	Ninguna	Diciembre 2024	Se debe actualizar en su totalidad para la vigencia 2025 ya que se aprecia una actualización parcial del 15%
<u>Ejecutar proyecto PTAR torre I y II</u>	Garantizar el cumplimiento normativo manejo de vertimientos no Domésticos Res. 631 de 2015.	50%	Presupuestales y estructurales	31-12-2024	Este proyecto debe continuar para la vigencia 2025 en su estudio

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El presente indicador define el entendimiento obtenido de los temas del plan de capacitaciones de gestión ambiental 2024, el cual fue de un 96.64% evidenciando que se contó con un alta porcentaje de entendimiento lo cual permite evaluar como estos grupos

perciben y se comprometen con el manejo adecuado de los residuos dentro de la clínica y fortaleciendo el empoderamiento de los colaboradores en los temas de gestión ambiental.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Por parte de la Coordinación ambiental durante el año 2024, se adelantaron estrategias de formación, como lo son las participaciones en jornadas institucionales donde se trataron temas transversales de interés para todo el personal contando con el apoyo de proveedores, teniendo como finalidad promover el uso adecuado de los recursos naturales, así como ilustrar a los colaboradores acerca de las actividades que se adelantan desde la coordinación ambiental.

Otra de las estrategias de formación implementadas es la participación de partes interesadas en la institución tales como ONG WWF, Funtalentum, Acueducto, Parques Nacionales Naturales de Colombia, Ecocapital Internacional, entre otras, donde se realizaron actividades de sensibilización relacionadas a fechas ambientales conmemorativas a lo largo del año, promoviendo así el desarrollo sostenible por medio de Pequeñas prácticas que se pueden llevar a cabo desde la institución y las cuales se pueden extender hasta los hogares de cada uno de los colaboradores; Se cuenta con apoyo por parte de profesionales de comunicación de clínica los nogales para el diseño y divulgación de piezas informativas de las celebraciones y conmemoraciones de fechas ambientales, así como la divulgación de los eventos y actividades adelantados a lo largo del año.





Nogales en bici
Día mundial de la bicicleta

4 junio

Disfruta el beneficio de parqueadero para bicicleta gratuito

Cuida tu salud física mientras aportas al cuidado del medio ambiente

CELEBREMOS DÍA DE LOS PARQUES NATURALES NACIONALES DE COLOMBIA

¡Te invitamos a participar de nuestras actividades!

Con el objetivo de educar y crear conciencia sobre la importancia de conservar nuestra biodiversidad.

Jueves 14 de Noviembre de 9:00 a.m a 2:00 p.m.

Torre 2 Piso 6

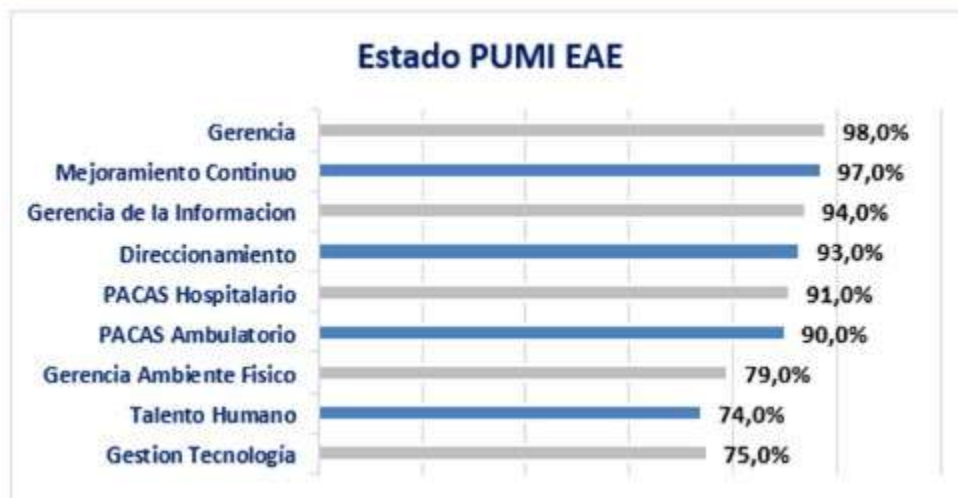
Los Nogales

Fuente: Coordinación de comunicaciones

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

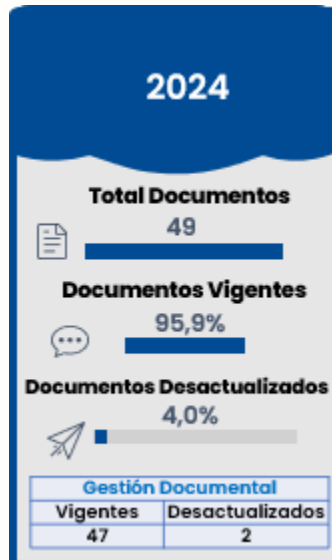
Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares Gerencia del Ambiente Físico, los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

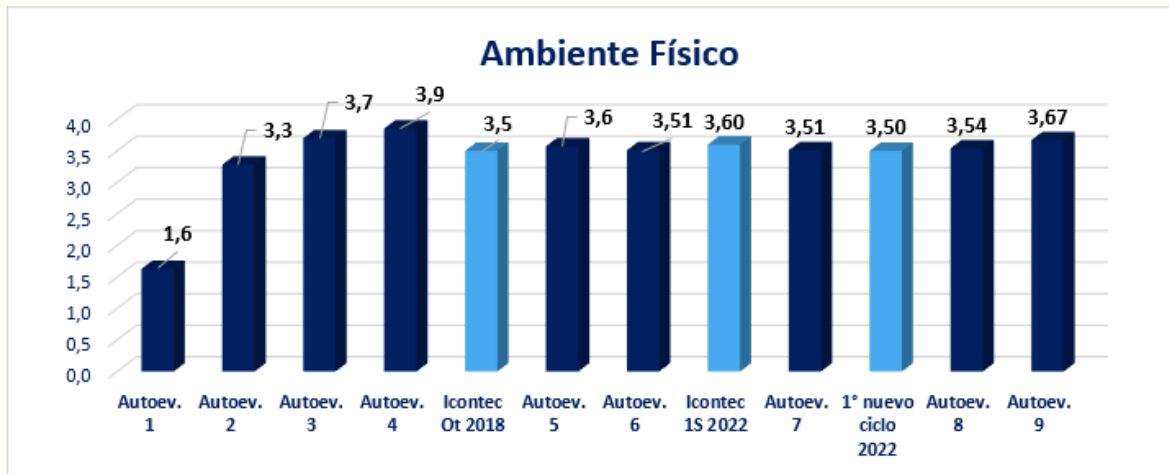
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

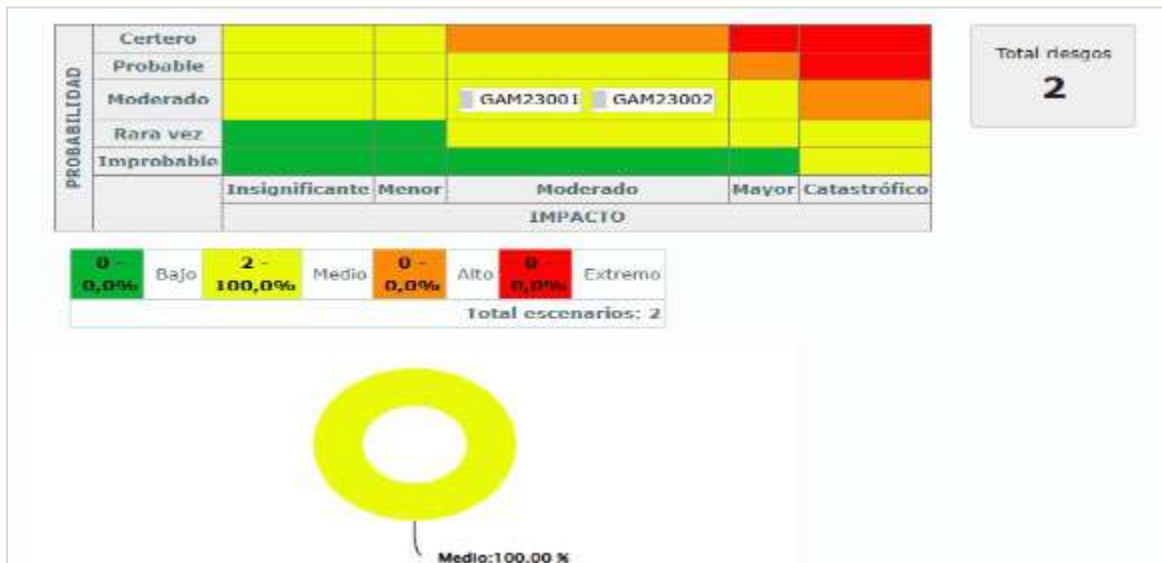
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Gerencia del Ambiente Físico. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.67.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión Integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

		Clinica Los Nogales POA 2024 Gestión Ambiental		Código 2024-SPR-17.2
				Vigencia 2024
				Estado Ejecución

Responsable		Fecha inicio	2024-01-01	Fecha Fin	2024-12-31

Resumen cronogramas					
Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento	
Implementar plan de capacitaciones de gestión ambiental 2024	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%	
Asegurar la gestión de los Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos conforme a regimen franco y normatividad ambiental vigente	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%	
Realizar auditoría a las empresas gestoras de residuos peligrosos	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%	
Participar en la estrategia ACERCAR de la Secretaría Distrital de Ambiente en función del mejoramiento continuo de la gestión ambiental	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%	
Actualizar el plan de gestión integral de los residuos hospitalarios	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%	
Ejecutar proyecto PTAR torre I y II	50,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	50,0%	
TOTAL	92,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	92,0%	

Fuente: Sistema de gestión Integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Con relación a los principales logros de la gestión ambiental durante el año 2024 se logró evidenciar la importancia de la comunicación clara y accesible, las piezas comunicativas, los calendarios ambientales siendo claros, sencillos, visiblemente atractivos y de fácil comprensión garantizaron que estos llegaron a todos los públicos, por otro lado como lecciones aprendidas se obtuvieron las oportunidades de mejora de la estrategia ACERCAR que nos permite tener en el radar las mejoras en la gestión integral de residuos y trabajar en el mejoramiento continuo que permita alcanzar el cumplimiento al 100% en la gestión integral de residuos, al igual que continuar con los proyectos ambientales tales como ser partícipes en la estrategia PREAD que al igual que la anterior estrategia no solamente nos permite verificar las fortalezas en pro de la gestión ambiental sino también poder evaluarnos en los temas que debemos fortalecer como organización y el mejoramiento continuo.

9. PROYECTOS 2025

- Mantenimiento general al sistema de la PTAR.
- Rediseño planimetrías torre 3 (servicio de alimentos, áreas temporales de residuos, pocetas de aseo, PTAR, tanques de reserva agua potable, RCI, y lluvias).
- Participación estrategia PREAD de la SDA.
- Reportes mensuales RCD proyecto torre 3 ante SDA.
- Medición y compensación huella de carbono 2024.



Zona Franca

Los Nogales | Torre 2

OBJETIVO GENERAL

Planear y garantizar la legalización oportuna y de forma eficiente de las diferentes operaciones que corresponden al ingreso y salida de mercancías adquiridas por la Clínica para la prestación del servicio.

1. RESUMEN EJECUTIVO

- Cumplimiento del 100% en la legalización de mercancías dentro de los 15 días hábiles siguientes a su ingreso (Decreto 0920 del 06 de junio de 2023).

Facturas Almacén	2037
Facturas Audifarma	351
Facturas MAOS	1614
Facturas obra Torre III (acero y concreto)	24
Salidas temporales	46
Reingresos	49
Salidas por baja	158
Total fmm autorizados	4279

Fuente: Zona Franca

- Trámite y presentación de los certificados de integración para las construcciones de Torre I y Torre II:
- Torre I Formulario: 1000003 (2535 ítems)
- Torre II Formulario: 1000004 (3179 ítems)
- Se realizaron los siguientes inventarios por solicitud del Usuario Operador, dando como resultado la conciliación al 100%

FECHA	REVISIÓN
21 al 24 de febrero	Comodatos Biomédica
15 al 18 de mayo	Equipos de cómputo
14 al 17 de agosto	Activos fijos
18 al 22 de noviembre	Empresas de apoyo

Fuente: Informe de gestión Zona Franca

- Capacitación a la empresa encargada del proyecto de la obra Torre III, incluyendo almacenista e ingeniero residente, sobre el ingreso y salida de material, maquinaria y demás elementos necesarios para la construcción.
- Inspección por parte del usuario operador de los ingresos de material para la torre III.
- Legalización en el sistema e-franco del material de obra, máquinas y demás elementos utilizados en el proyecto:
- Material (concreto y acero): 24 formularios.
- Maquinaria y equipos: 6 formularios.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1 Indicadores de Productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2023 el promedio de porcentaje de cumplimiento es del 99.9% y para este el año 2024 el porcentaje de cumplimiento fue del 99.8% con una disminución del 0.1%.

Continuamos realizando validaciones diarias de los formularios antes de presentarlos para autorización del U. O y adicional se verifica la documentación al momento del ingreso de las mercancías con el fin de validar posibles errores y solicitar con tiempo las correcciones a las que haya lugar.

También se realiza retroalimentación constante a las personas involucradas en el proceso con el fin de mitigar errores en los soportes y en el momento de entrega de la mercancía.

2.2 Avances de proyectos en curso

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Destrucción masiva	Dar de baja a los equipos, partes y repuestos que por su condición no cumplen con los estándares requeridos en la prestación del servicio	100%	Demora en la entrega de las mercancías sujetas a Destrucción por parte de las áreas. Falta de planeación para el proceso de recogida de los elementos a destruir por parte de OCADE, operador encargado del proceso de Destrucción.	Diciembre 2024	Se dio de baja a 2165 elementos, que corresponden a Mobiliario, partes y equipos de cómputo, partes y repuestos de equipos de infraestructura, con un peso total de 7659 kg. Programar con las áreas destrucciones masivas una o dos veces al año, dependiendo del volumen de elementos que por su condición de Daño deben ser dados de baja.

3. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

3.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

- Se realiza capacitación continua al personal interno en los siguientes temas:
- Generalidades de la zona franca.
- Procedimiento de ingreso y salida de mercancía.
- Requisitos facturación.
- Procedimiento salidas temporales por revisión o mantenimiento.
- Legalización de mercancías en comodato.
- Legalización de maquinaria y equipos de terceros para obra.
- Régimen sancionatorio.
- Adicional se realiza una capacitación masiva con los proveedores elegidos en la convocatoria de logística, esto con el fin de dar a conocer los requisitos para la venta y el ingreso de mercancías por la zona franca.

3.2 Evaluación del Clima Organizacional

- Retroalimentación de dudas al personal del área en el trámite de los formularios de ingreso y salida de acuerdo con el tipo de operación, con lo que se busca garantizar la legalización oportuna y correcta de las facturas en el sistema efranco, dando cumplimiento a lo establecido en la normatividad aduanera. (Decreto 0920 del 06 de junio de 2023, Circular 00004: Códigos de operaciones en las zonas francas, Ley 1004 de 2005, el Decreto 2685 de 1999 y sus modificaciones Decreto 2147 de 2016)

4. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1. Sistema de Gestión Documental

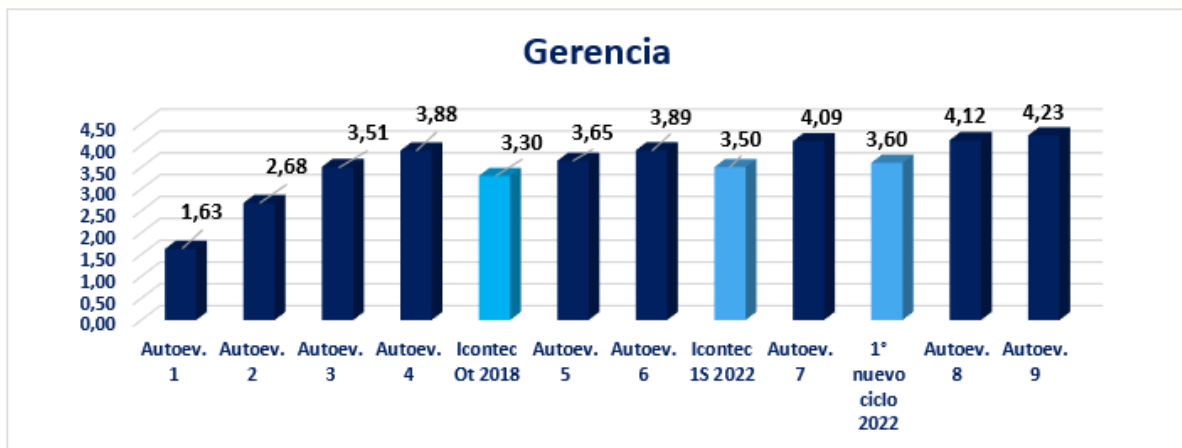
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

4.2. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas al el estándar Gerencia. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 4.23.



Fuente: Calificaciones Nogales

5. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

6. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

Los Nogales

Clínica

POA 2024 Zona Franca

Código: 2024-SPR-14.5

Vigencia: 2024

Estado: Ejecución

Responsable: División Administrativa

Fecha Inicio: 2024-01-01 Fecha Fin: 2024-12-31

Resumen cronogramas

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Capacitar al personal interno y externo en los procesos de ingreso y salida de mercancía, marco sancionatorio y demás temas relacionados con las normatividad aduanera que maneja	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Eficiencia en la información de los activos fijos adquiridos por la Clínica	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Distribución de mercancías	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Legalización oportuna de las compras eventuales de IVA	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Desde el área de zona franca buscamos apoyar a las diferentes coordinaciones en el proceso de compra, ingreso y legalización de facturas, mediante capacitaciones continuas al personal y la disposición de las personas del área para dar autorización de ingreso de las mercancías de manera ágil y eficiente.
- En los procesos de auditoría externa, nos caracterizamos por la disposición para atender las visitas y por la pronta respuesta a cada una de las solicitudes de los auditores, además la organización en la información nos ha permitido tener resultados positivos para la Clínica.
- El usuario operador Zona Franca Barranquilla y la empresa de auditoría externa, nos reconocen como una empresa organizada, que cumple con las obligaciones como zona franca, siempre en la búsqueda de mejorar y ser líderes en la prestación de servicios de salud.
- La resolución 1044 (26 de agosto del 2024) fue un gran logro para Clínica los Nogales, ya que nos permitió obtener la autorización de Ampliación Torre III y la Prórroga de calificación por 30 años más.

8. PROYECTOS 2025:

- Inspeccionar, autorizar y legalizar el ingreso de material de obra para la construcción de la Torre III.
- Garantizar la legalización de mercancías dentro de los 15 días hábiles siguientes a su ingreso (Decreto 0920 del 06 de junio de 2023)
- Continuar las destrucciones de equipos, repuestos y partes que por su deterioro es necesario dar de baja.
- Capacitación continua a los proveedores y personal interno con el fin de garantizar la legalización oportuna y correcta de las compras realizadas por la Clínica.
- Migración a la nueva versión del Sistema e-franco.



Costos y Presupuesto

Los Nogales | Tomo 2

OBJETIVO GENERAL

Tener Actualizada la estructura de análisis de costos o estudios financieros de los servicios ofrecidos por la clínica, con el fin de presentar escenarios para la respectiva toma de decisiones por parte de la Dirección General.

1. RESUMEN EJECUTIVO

- Costeo de los diferentes tipos de anestesia utilizada en salas de cirugía, salas de procedimientos y estudios especiales. Esto permite estandarizar anestesia y racionalizar adecuadamente su uso.

TIPOS DE ANESTESIA	VALOR
SEVOFLORANE Y SUGAMADEX	\$ 173,409
ANESTESIA GENERAL BALANCEADA DESFLORFLORANE Y SUGAMADEX	\$ 183,674
ANESTESIA GENERAL BALANCEADA SEVOFLORANE Y NEOSTIGMINE	\$ 121,249
ANESTESIA GENERAL BALANCEADA DESFLORFLORANE Y NEOSTIGMINE	\$ 131,514
ANESTESIA SUBARACNOIDEA	\$ 5,220
SEDACION	\$ 9,135
BLOQUEO NERVIOSO PERIFERICO	\$ 10,829
ANESTESIA TOTAL INTRAVENOSA ROCURONIO Y SUGAMADEX	\$ 100,835
ANESTESIA TOTAL INTRAVENOSA ROCURONIO Y NEOSTIGMINE	\$ 61,963
ANESTESIA TOTAL INTRAVENOSA CISATRACURIO Y SUGAMADEX	\$ 101,789
ANESTESIA TOTAL INTRAVENOSA CISATRACURIO Y NEOSTIGMINE	\$ 62,917
ANESTESIA PERIDURAL	\$ 16,782

Fuente: Informe de gestión costos y presupuesto

- Viabilidad financiera de irradiar los Hemocomponentes en el acelerador lineal para mejorar el tiempo de disponibilidad y aumentar los ingresos por prestación de servicio en Radioterapia.
- Estructuración de los contenidos de paquetes de clínica de psoriasis para Virrey Solís.

Tarifa Fija Por Programa \$ 182,211

PAQUETE 2 PACIENTE CON PSORIASIS CON TRATAMIENTO DE MEDICAMENTOS NO BIOLÓGICOS - AÑO 1

Detalle de las bases de la clínica	Suma de TARIFA TOTAL
Ingreso al Programa	\$ 484,712
Evaluación	\$ 484,712
CONSULTA	\$ 108,529
LABORATORIO CLÍNICO	\$ 376,184
Definición de tratamiento	\$ 149,811
Control N.1 (mes 2)	\$ 149,811
CONSULTA	\$ 87,811
JUNTA MÉDICA	\$ 62,000
Control Paciente con Med. No Biológicos Año 1	\$ 416,181
Control N.2 (mes 4)	\$ 137,071
CONTROL MED. NO BIOLÓGICOS	\$ 87,811
LABORATORIO CLÍNICO	\$ 48,210
Control N.3 (mes 8)	\$ 134,341
CONTROL MED. NO BIOLÓGICOS	\$ 111,131
LABORATORIO CLÍNICO	\$ 48,210
Control N.4 (mes 12)	\$ 137,071
CONTROL MED. NO BIOLÓGICOS	\$ 87,811
LABORATORIO CLÍNICO	\$ 48,210
Total general	\$ 1,050,907
Total Tarifa Paciente Año 1	\$ 1,233,118
Total Tarifa Paciente Mes	\$ 102,760

PAQUETE 2.1 PACIENTE CON PSORIASIS CON TRATAMIENTO DE MEDICAMENTOS NO BIOLÓGICOS - AÑO 1

Detalle de las bases de la clínica	Suma de TARIFA TOTAL
Control Paciente con Med. No Biológicos Año 1	\$ 772,677
Control N.5 (mes 16)	\$ 487,314
CONTROL MED. NO BIOLÓGICOS	\$ 111,131
LABORATORIO CLÍNICO	\$ 376,184
Control N.6 (mes 20)	\$ 354,341
CONTROL MED. NO BIOLÓGICOS	\$ 111,131
LABORATORIO CLÍNICO	\$ 48,210
Control N.7 (mes 24)	\$ 181,021
CONTROL MED. NO BIOLÓGICOS	\$ 87,811
LABORATORIO CLÍNICO	\$ 48,210
Total general	\$ 772,677
Total Tarifa Paciente Año 1	\$ 964,888
Total Tarifa Paciente Mes	\$ 79,574

PAQUETE 2.2 PACIENTE CON PSORIASIS CON TRATAMIENTO DE MEDICAMENTOS NO BIOLÓGICOS - AÑO 1

Detalle de las bases de la clínica	Suma de TARIFA TOTAL
Control Paciente con Med. No Biológicos Año 1	\$ 772,677
Control N.8 (mes 28)	\$ 487,314
CONTROL MED. NO BIOLÓGICOS	\$ 111,131
LABORATORIO CLÍNICO	\$ 376,184
Control N.9 (mes 32)	\$ 354,341
CONTROL MED. NO BIOLÓGICOS	\$ 111,131
LABORATORIO CLÍNICO	\$ 48,210
Control N.10 (mes 36)	\$ 111,031
CONTROL MED. NO BIOLÓGICOS	\$ 87,811
LABORATORIO CLÍNICO	\$ 48,210
Total general	\$ 772,677
Total Tarifa Paciente Año 1	\$ 964,888
Total Tarifa Paciente Mes	\$ 79,574

Fuente: Informe de gestión costos y presupuesto

- Estudio de viabilidad financiera del Hospital Día en la clínica, para mejorar la atención en urgencias de pacientes con tratamiento de dolor o que necesitan aplicación de medicamentos.

		CLÍNICA LOS NOGALES		CÓDIGO:			
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:			
		FACTORES DE COSTO POR PROCEDIMIENTO		VIGENCIA:			
Página 1 de 2							
CENTRO DE COSTOS :		DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS					
EXAMEN :		ESTANCIA HOSPITAL DIA DOLOR					
CÓDIGO CUPS:		S12500 INTERNACION CUIDADO PALIATIVO		FECHA:	15/02/2024		
RECURSO HUMANO DIRECTO HOSPITAL DIA							
FASE O PROCESO	CODIGO	RECURSO	CANTIDAD	UNIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	
Costo Personal	MEDGEN	MÉDICO GENERAL	100	HORAS	\$ 40,000	\$ 4,000,000	
Costo Personal	JEFENF	JEFE DE ENFERMERÍA	300	HORAS	\$ 24,994	\$ 7,498,217	
Costo Personal	AUXENF	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	204	HORAS	\$ 12,329	\$ 2,515,139	
Subtotal Recurso Humano MES HOSPITAL DIA						\$ 14,013,356	
Subtotal Recurso Humano X PACIENTE						\$ 113,011	
GASTOS GENERALES HOSPITAL DIA DOLOR							
TIPO	CODIGO	RECURSO	CANTIDAD	UNIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	
Depreciaciones		CONSTRUCCIONES Y EDIFICACIONES	1	DIA	\$ 948	\$ 948	
Depreciaciones		EQUIPO DE COMPUTAC Y COMUNICACIÓN	1	DIA	\$ 57	\$ 57	
Depreciaciones		EQUIPO DE OFICINA, MUEBLES Y ENSERES	1	DIA	\$ 174	\$ 174	
Depreciaciones		EQUIPO MEDICO CIENTIFICO	1	DIA	\$ 24	\$ 24	
Mantenimiento, Reparaciones y accesorios		MANTENIMIENTO EQUIPO MEDICO CIENTIFICO	1	DIA	\$ 22	\$ 22	
Mantenimiento, Reparaciones y accesorios		REPUESTOS Y ELEMENTOS EQUIPO MEDICO CIENTIFICO	1	DIA	\$ 224	\$ 224	
Servicios		ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO	1	DIA	\$ 384	\$ 384	
Servicios		ENERGIA ELECTRICA	1	DIA	\$ 189	\$ 189	
Servicios		SERVICIO ALIMENTACIÓN A PACIENTES (NUEVES - ALMUERZO)	1	DIA	\$ 20,768	\$ 20,768	
Servicios		SERVICIO DE ASEO	1	DIA	\$ 1,726	\$ 1,726	
Servicios		SERVICIO DE FUMIGACION Y CONTROL ROED.	1	DIA	\$ 24	\$ 24	
Servicios		SERVICIO DE LAVANDERIA	1	DIA	\$ 1,639	\$ 1,639	
Servicios		SERVICIO DE VIGILANCIA	1	DIA	\$ 774	\$ 774	
Servicios		SERVICIO OUTSOURCING DE IMPRESIÓN	1	DIA	\$ 422	\$ 422	
Subtotal Gastos Generales						\$ 27,376	
SUBTOTAL PROCEDIMIENTO						\$ 140,386	
GASTOS ADMINISTRATIVOS						\$ 997	
COSTO TOTAL PROCEDIMIENTO						\$ 141,383	
TARIFA SUGERIDA						\$ 165,000	
UTILIDAD POR PROCEDIMIENTO						\$ 23,617	
% DE UTILIDAD						17%	

Fuente: Informe de gestión costos y presupuesto

- Actualización de costos de los paquetes del servicio de Electrofisiología, para evaluar impacto de incrementos de materiales especiales.
- Creación de paquetes del centro de excelencia de Endometriosis (Paquete de ingreso al programa, Paquete pre y post CX, paquete diagnóstico y paquete ambulatorio).

	Año 1												Año 2											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
INGRESO AL PROGRAMA																								
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Ginecología																								
Antígeno De Cancer De Ovario (Ca 125) Semiautomatizado O Automatizado																								
Consulta De Primera Vez Por Especialista Ginecología Oncológica																								
DEFINICIÓN DE TRATAMIENTO																								
Consulta De Control O De Seguimiento Por Especialista En Ginecología																								
Resonancia Magnetica De Abdomen Con Contraste																								
Resonancia Magnetica De Pelvis Con Contraste																								
Creatinina En Suero U Otros Fluidos																								
Ecofografía De Mapeo Endometrisis																								
Consulta De Control O De Seguimiento Por Especialista En Ginecología																								
FASE PRE-QUIRÚRGICA																								
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Coloproctología																								
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Urología																								
Consulta De Primera Vez Por Psicología																								
Consulta De Primera Vez Por Nutrición Y Dietética																								
Consulta Con Enfermería																								
Participación En Junta Médica O Equipo Interdisciplinario Por Medicina																								
Hemograma Iv (Hemoglobina Hematocrito Recuento De Eritrocitos Índices																								
Eritrocitos Leucograma Recuento De Plaquetas Índices Plaquetarios Y																								
Morfología Electrónica E Histograma) Automatizado																								
Tiempo De Protrombina (Tp)																								
Tiempo De Tromboplastina Parcial (Ttp)																								
Hormona Estimulante Del Tiroides (Tsh)																								
Uroanálisis																								
Urocultivo (Antibiograma Concentración Mínima Inhibitoria Manual)																								
Hemoglobina Glicosilada Automatizada																								
Colonoscopia Total Con O Sin Biopsia																								
Cistoscopia Transuretral (Paquete Nogales)																								
Consulta De Primera Vez Por Anestesiología																								
FASE INTRA-QUIRÚRGICA																								
Internación En Servicio De Complejidad Alta Habitación Bipersonal (1 día)																								
Interconsulta Por Nutrición Y Dietética																								
Interconsulta Por Psicología																								
Interconsulta Por Trabajo Social																								
Interconsulta Por Especialista En Coloproctología																								
Interconsulta Por Especialista En Urología																								
Consulta De Control Por Psicología																								
Consulta De Control Por Nutrición Y Dietética																								
Consulta De Control O De Seguimiento Por Especialista En Ginecología (3 meses)																								
FASE AMBULATORIA																								
terapia piso pélvico (cada 3 meses)																								
Consulta De Control O De Seguimiento Por Especialista En Ginecología																								

Fuente: Informe de gestión costos y presupuesto

- Revisión y ajuste de los paquetes de Gastroenterología
- Validación del costo de los procedimientos realizados en hemodinamia y solicitud de ajuste de tarifa.
- Costeo de portafolio de patología, para el ajuste de la tarifa a Salud Total y los honorarios de la sociedad medica
- Proyección económica del PET SCAN y definición de tarifas para aseguradoras incluidas los radiofármacos.

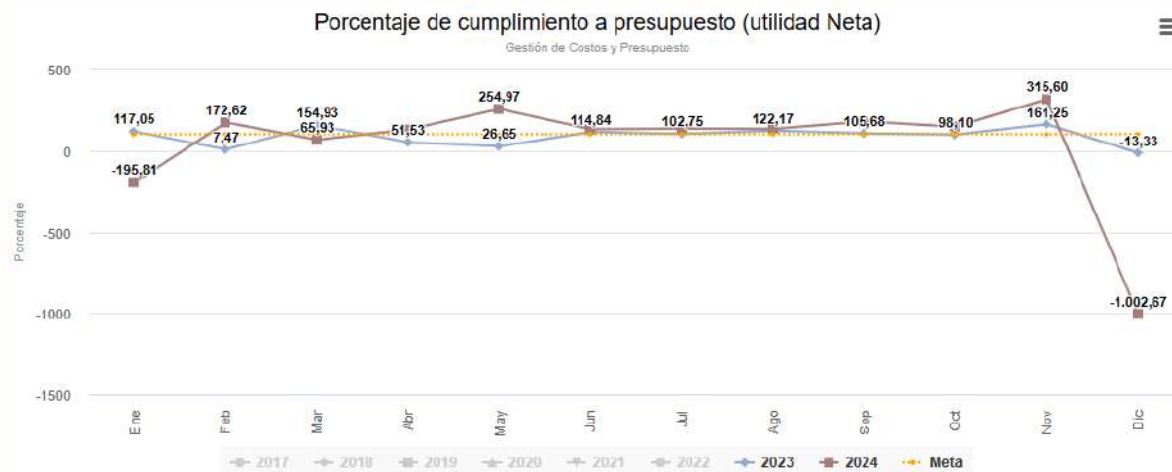
	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
INGRESOS	\$ 864,160,000	\$ 6,230,466,000	\$ 6,601,531,000	\$ 7,013,178,330	\$ 7,370,245,217	\$ 7,666,888,430	\$ 7,839,393,420	\$ 43,445,864,407
MEDICINA NUCLEAR	\$ 403,240,000	\$ 3,819,211,500	\$ 4,008,073,607	\$ 4,258,001,129	\$ 4,474,791,745	\$ 4,654,896,547	\$ 4,759,631,719	\$ 26,377,846,247
RADIOFARMACOS	\$ 260,920,000	\$ 2,471,254,500	\$ 2,593,459,393	\$ 2,755,177,201	\$ 2,895,453,482	\$ 3,011,991,883	\$ 3,079,761,701	\$ 17,068,018,160
PÉRDIDA DE DOSIS	\$ 7,327,600	\$ 74,137,635	\$ 77,803,782	\$ 82,655,316	\$ 86,863,604	\$ 90,355,756	\$ 92,392,851	\$ 512,040,545
OLCOSAS	\$ 597,744	\$ 5,661,419	\$ 5,541,380	\$ 5,311,360	\$ 5,633,221	\$ 6,900,200	\$ 7,055,454	\$ 39,101,278
Total general	\$ 655,734,656	\$ 6,210,666,946	\$ 6,517,787,839	\$ 6,924,211,153	\$ 7,276,748,402	\$ 7,565,628,474	\$ 7,739,945,115	\$ 42,894,722,584
COSTOS	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
De Personal	\$ 102,374,409	\$ 429,972,518	\$ 508,021,351	\$ 606,485,992	\$ 624,680,571	\$ 643,420,988	\$ 643,420,988	\$ 3,639,176,818
Depreciaciones	\$ 1,085,525,110	\$ 1,448,700,146	\$ 1,448,700,146	\$ 1,448,700,146	\$ 1,448,700,146	\$ 362,175,037	\$ 0	\$ 7,243,500,730
Diversos	\$ 32,787	\$ 310,533	\$ 325,889	\$ 346,211	\$ 363,837	\$ 378,481	\$ 386,997	\$ 2,144,736
Seguros	\$ 2,028,618	\$ 2,130,049	\$ 2,215,251	\$ 2,281,709	\$ 2,350,160	\$ 2,420,665	\$ 2,493,285	\$ 15,919,738
Servicios	\$ 34,545,573	\$ 145,095,605	\$ 150,899,429	\$ 155,425,412	\$ 160,089,205	\$ 164,891,881	\$ 169,838,637	\$ 980,787,743
Honorarios Médicos	\$ 40,324,000	\$ 381,911,150	\$ 400,807,361	\$ 425,800,113	\$ 447,479,174	\$ 466,489,655	\$ 475,963,172	\$ 2,637,784,615
Medicamentos, insumos y suminist. a pacientes	\$ 245,400,000	\$ 2,512,520,000	\$ 2,753,150,400	\$ 2,924,825,904	\$ 3,073,739,629	\$ 3,197,453,826	\$ 3,293,377,441	\$ 18,011,467,200
Mantenimiento, Reparaciones y accesorios	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 460,228,002	\$ 460,228,002
Total general	\$ 1,512,731,196	\$ 4,930,650,002	\$ 5,384,919,828	\$ 5,563,866,186	\$ 5,757,402,721	\$ 5,821,785,529	\$ 5,045,708,522	\$ 31,576,564,587
MARGEN BRUTO	-\$ 856,496,840	\$ 1,280,016,944	\$ 1,172,868,010	\$ 1,360,344,667	\$ 1,519,345,678	\$ 1,417,842,945	\$ 2,694,236,592	\$ 11,318,157,997
% MARGEN BRUTO	-130.6%	20.6%	18.0%	19.6%	20.9%	54.3%	34.8%	26.4%
PARTICIPACIÓN GASTOS ADMINISTRATIVOS	-\$ 10,277,962	\$ 15,360,203	\$ 14,074,416	\$ 15,324,136	\$ 18,232,148	\$ 49,774,115	\$ 32,330,839	\$ 135,817,896
MARGEN OPERACIONAL	-\$ 845,218,878	\$ 1,264,656,740	\$ 1,158,793,594	\$ 1,344,020,531	\$ 1,501,113,530	\$ 4,098,068,830	\$ 2,661,905,753	\$ 11,182,340,101
% MARGEN OPERACIONAL	-129.0%	20.4%	17.8%	19.4%	20.6%	54.1%	34.4%	26.1%
IMPUESTOS (PROVISIÓN)	-\$ 169,243,776	\$ 252,931,348	\$ 231,758,719	\$ 268,804,106	\$ 300,222,706	\$ 819,613,766	\$ 532,381,151	\$ 2,236,468,020
RESULTADO DEL EJERCICIO	-\$ 676,375,103	\$ 1,011,725,392	\$ 927,034,875	\$ 1,075,216,425	\$ 1,200,890,824	\$ 3,278,455,064	\$ 2,129,524,603	\$ 8,945,872,081
% MARGEN NETO	-103.2%	16.3%	14.2%	15.5%	16.5%	45.3%	27.5%	20.9%

Fuente: Informe de gestión costos y presupuesto

- Costeo de todas las prestaciones de TAC y Resonancia con y sin medio de contraste para la revisión y ajuste de tarifas a Salud Total.
- Definición de contenido, costeo y definición de tarifas de paquetes de Pre-trasplante y Trasplante de Alogénico y Haploidéntico.
- Costeo de los paquetes de Urología para la revisión de costos y tarifas por parte de la dirección general.
- Retroalimentación mensual de la ejecución de costos y gastos del presupuesto por tercero a los líderes de la subdirección administrativa, para el autocontrol y generación de acciones con el fin de garantizar la sostenibilidad financiera.
- Aprobación de las proyecciones financieras de la prórroga de la zona franca por 30 años de la torre 3
- Creación de contenido y costeo de paquete de Hemofilia sin incluir medicamentos para realizar la viabilidad de unificar la cohorte de pacientes de salud total en Nogales.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1 Indicadores productividad

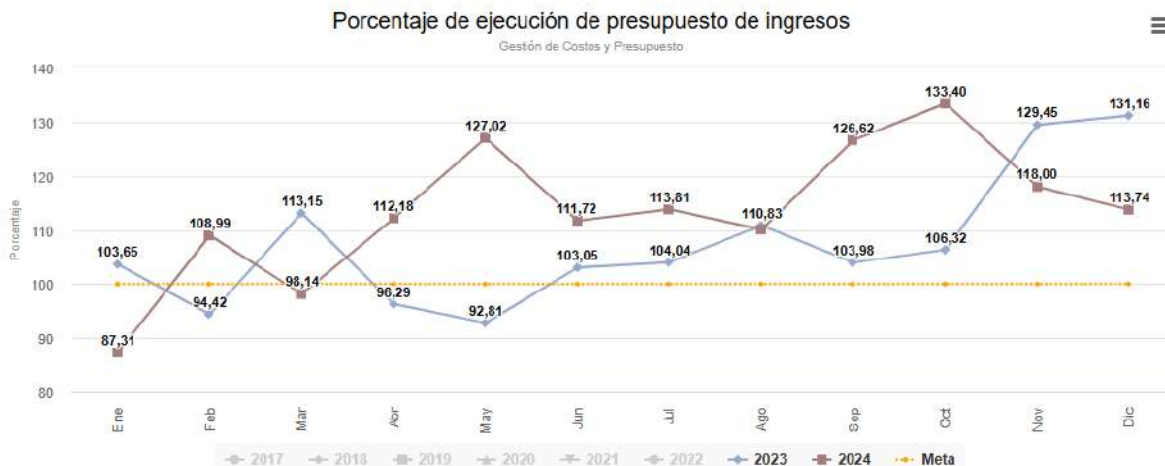


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La meta de utilidad presupuestada acumulada a diciembre era de \$60.165 millones de pesos y se ejecutó una utilidad acumulada de \$ 51.103. El Cumplimiento presupuestal de Utilidad 2024 fue de 85%, es decir, hay un déficit vs el presupuesto de -\$ 9.062 Millones de pesos adicionales, principalmente generado por provisiones de cartera, cuentas por cobrar y litigios.

El Ranking de los 5 Servicios más rentables (Utilidad Operacional) en el año ha sido:

1. SAME con \$ 21.844 millones de pesos
2. CIRUGIA GENERAL con \$19.035 millones de pesos
3. ONCOLOGIA con \$ 17.389 millones de pesos
4. RADIOTERAPIA con \$15.371 millones de pesos
5. HOSPITALIZACION GENERAL con \$13.799 millones de pesos



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Los ingresos acumulados a diciembre han alcanzado el 114 % de la meta establecida en el presupuesto, con \$52.686 millones de pesos de superávit acumulado. Los servicios que han sobre ejecutado en el presupuesto de ingresos al mes de diciembre son Oncología, Cirugía General, Hospitalización General, Urgencias y SAME. 10. Los servicios con más déficit en el cumplimiento del presupuesto de ingresos al mes de diciembre son Otorrinolaringología, Ortopedia y traumatología, Anestesiología, TAMO y Electrofisiología.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se proyectaron para el año 2024 \$311.989 millones de pesos y se ejecutaron \$ 381.841 millones de pesos ósea un 122% de sobre ejecución.

Las 5 variaciones significativas versus la proyección acumulada a diciembre fueron:

- \$49.686 millones de pesos de ingreso adicional por Facturación (Aumento Variación) debido a que se ha incrementado la producción y se ha facturado lo que estaba pendiente.
- \$7.137 millones de pesos de costo adicional por Medicamentos e insumos (Aumento Variación) debido a que se ha consumido medicamentos y material médico quirúrgico por encima de lo proyectado porque tiene relación con el incremento de la facturación. El % de costos de Medicamentos en el año 2024 ha sido el 37% del valor facturado, el año anterior al mismo periodo de corte era el 42% esto significa que a pesar del incremento de la facturación si se ha ahorrado en el consumo de medicamentos. En el mes de noviembre se realizó una nota crédito a Audifarma por valor de 10.000 millones.
- \$ 6.823 millones de pesos de aumento de costo de Provisión Impuestos a las Ganancias 20% (Aumento Variación) porque la utilidad bruta del periodo fue mayor a la proyectada.
- \$5.552 millones de pesos de costo adicional de Honorarios Médicos (Aumento Variación) generado por el incremento en la facturación. El % de costos de honorarios con respecto a los ingresos es el 15.45%, se ha mantenido estable comparado con el año anterior.
- \$5.536 millones de pesos de costo adicional de Otros ingresos operacionales (Aumento Variación) generado por deterioro de cuentas por pagar, descuentos concedidos y aprovechamientos que son saldos no reclamados por parte de pacientes, generando ingresos adicionales.

2.2 Avances de proyectos

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Pet Scan	Proyección económica del PET SCAN y definición de tarifas para aseguradoras, incluido los radiofármacos.	100%	Cotizaciones de las entidades que realizan los radiofármacos	Octubre 2024	Se definen los códigos CUPS a Facturar y las Tarifas a las aseguradoras.
Trasplante de Alogénico y Haploidéntico	Definición de contenido, costeo y definición de tarifas de paquetes de Pretrasplante y Trasplante	100%	Complejidad en la definición del contenido del paquete.	Agosto 2024	Se crea paquete de Pretrasplante y trasplante Alogénico y Haploidéntico.

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Paquete Psoriasis	Estructuración de los contenidos de paquetes de clínica de psoriasis	100%	Se determina No hacerlo en la clínica, por ser muy ambulatorio.	Julio 2024	Se define utilizar el paquete creado para Virrey Solís
Paquetes de Hemofilia sin incluir Medicamento	Crear contenido de paquete de Hemofilia sin medicamentos sin incluir medicamentos para realizar la viabilidad de unificar la cohorte de pacientes de salud total en Nogales	100%	El costo del honorario del especialista no ha sido fácil de negociar.	Septiembre 2024	Se crearon los paquetes y está pendiente la implementación.
Paquetes del centro de excelencia de Endometriosis	Crear contenido de paquete de pacientes de Endometriosis	100%	El costo del honorario del especialista no se ha negociado.	Octubre 2024	Se crearon los paquetes y está pendiente la implementación.

3. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

3.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

Se participó en las siguientes jornadas de capacitación 2024 durante el año 2024:

- Plataforma Unitotal: al 100%
- Gestión de residuos Hospitalarios
- Riesgo suicida
- Cuidando con amor
- Reinducción Institucional

3.2 Evaluación del Clima Organizacional

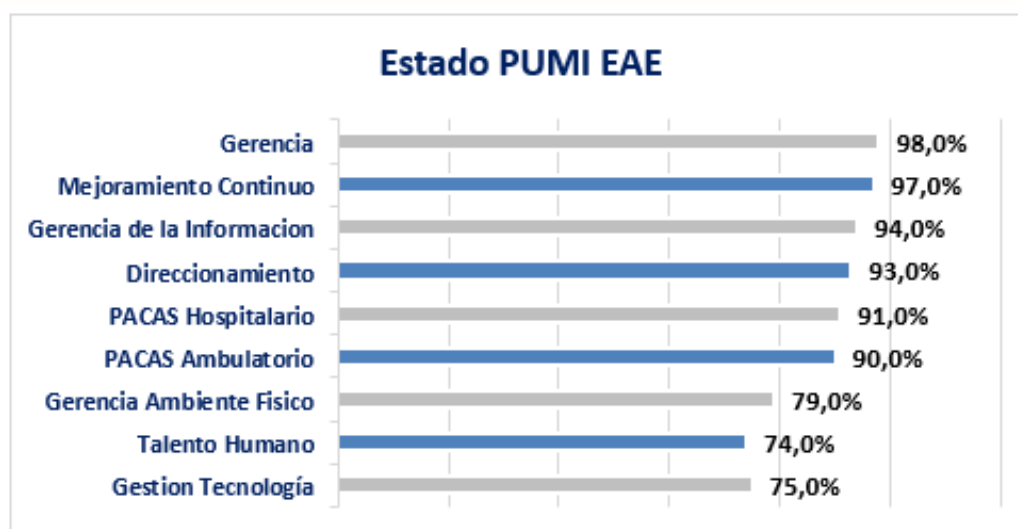
Se llevaron a cabo las siguientes actividades de integración en el área con el fin de fortalecer el clima organización:

- Compartir (desayunos u onces) en fechas especiales como día de la mujer, amor y amistad, navidad, año nuevo, celebración de cumpleaños y juego de Santa, secreto.
- Dichas actividades tienen un impacto positivo en el ambiente laboral, lo que se ve reflejado en los resultados del área. Adicionalmente, se participó en el Nogales Team Festival.
- En el año 2024 se promovió a plan carrera a la auxiliar de costos para el área de división Administrativa.

4. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

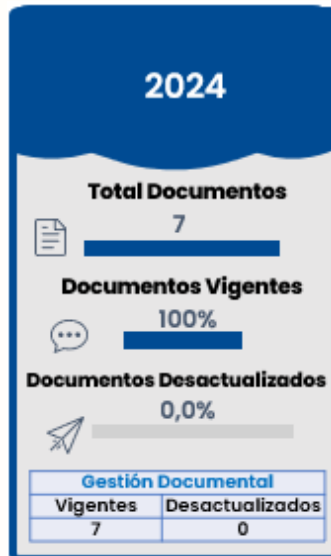
Para este subproceso aplica el estado del PUMI del estándar de Gerencia, los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe Mejoramiento

4.2. Sistema de Gestión Documental

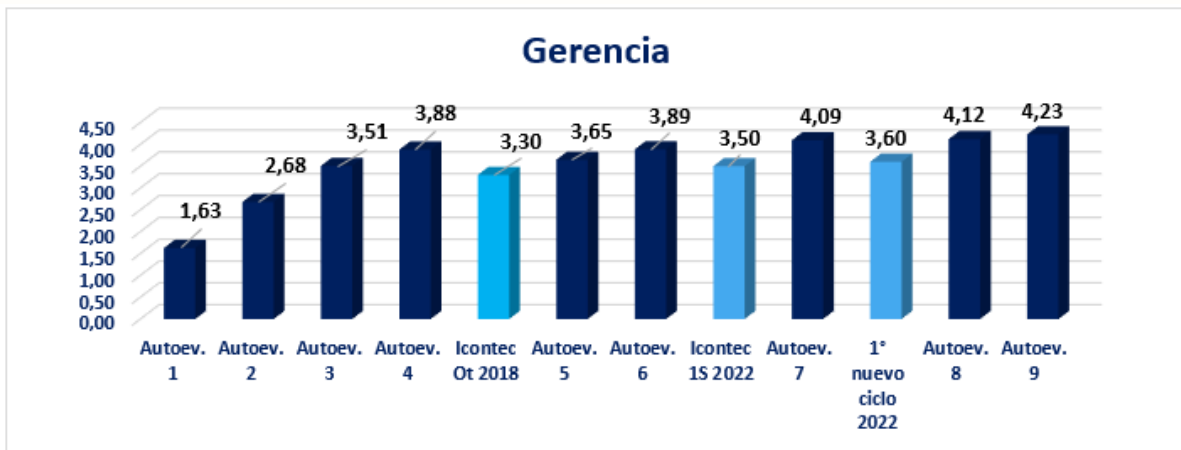
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a Diciembre 2024



Fuente: Listado Maestro de Documentos

4.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas al el estándar Gerencia. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 4.23.



Fuente: Calificaciones Nogales

5. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

6. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

Los Nogales

Clínica

POA 2024 Costos y Presupuesto

Código: 2024-SGR-15.4

Vigencia: 2024

Estado: Ejecución

Responsable: Coordinación de Costos y Presupuesto

Fecha inicio: 2024-01-01 Fecha fin: 2024-12-31

Resumen cronogramas:

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Implementación de herramienta de GRC's	65,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	65,0%
Control a la ejecución de Presupuesto de la Clínica	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Creación de Programas de Hemofilia, Sordera y Vertigo	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	98,30% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	98,3%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

La gestión del área en el año 2024 se enfocó en el seguimiento periódico del control del costo y gasto de la clínica. Esto permitió obtener la utilidad proyectada en el presupuesto, gracias a la retroalimentación oportuna a los servicios y de la dirección general, con información detallada de costo y gasto para la toma de acciones en cada servicio.

Se debe continuar trabajando de la mano con los servicios asistenciales para impulsar proyectos que beneficien al paciente perteneciente a las cohortes de salud total, con el fin de unificar la atención en la clínica Los Nogales sobre todo de aquellas patologías de alto costo.

8. PROYECTOS 2025:

- **Reconocimiento y Autogestión de los Costos de Mi Servicio** esta estrategia se basa en proporcionar conocimiento claro y accesible a los líderes de los servicios asistenciales y administrativos sobre cómo funciona la estructura de costos y presupuesto de la Clínica con el fin de mejorar su comprensión de los informes de ejecución de presupuesto y la capacidad de generar acciones basada en la información recibida periódicamente.
- El objetivo es explicar conceptos fundamentales de costos y la forma de cómo se acumulan y se calculan los costos por elemento en cada servicio asistencial y administrativo de la Clínica. A través de una metodología de autoaprendizaje basado en información y guías aplicadas a la práctica, en sesiones para todos los líderes.
- **Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD)** la implementación de la herramienta seleccionada que agrupa los diagnósticos clínicos y quirúrgicos de los pacientes, para conocer los diagnósticos más frecuentes, el número de pacientes y los costos asociados permitirá la comparación con clínicas del grupo Ospedale.
- Se trabajará en la definición y parametrización en la herramienta seleccionada, cumplimiento de las tareas del cronograma asignadas, revisión, análisis y ajustes de los reportes generados.

Modelos de Contratación con Sociedades Médicas

- Crear nuevos modelos de contratación que No incentiven las actividades por evento y contribuya de esta forma a reducir el costo al asegurador.
- Las especialidades de Oncología, Urología, Cardiología, Dolor y Radiología Intervencionista serán el enfoque principal en este año.
- **Ejecución por tercero de Presupuesto Administrativo:** Generar informe de seguimiento mensual a la ejecución de presupuesto por tercero asignados a las áreas de la división administrativa. Se entregará relación mensual a cada área responsable de proceso como se ha comportado la ejecución de costos y gasto por cuenta y tercero vs. proyección. Para seguimiento y justificación a la División Administrativa.
- **Actualización de Paquetes de Atención:** Revisar Contenido, actualizar costos y evaluar tarifas de los paquetes de los servicios, con el fin de mejorar el costo ofrecido



al asegurador y mejorar su cobertura. Adicional comunicar internamente esta información y ajustar parametrizaciones en el sistema.

- Determinar la frecuencia de facturación de paquetes y realizar planeación por Pareto según frecuencia de facturación.
- **Control y seguimiento a la ejecución del presupuesto de las áreas operacionales:** Garantizar la utilidad operacional de la clínica y facilitar el seguimiento de los ingresos y costos de cada servicio, para la toma de acciones encaminadas a la sostenibilidad financiera.
- Mensualmente, se retroalimenta a los líderes asistenciales el PyG del servicio a su cargo vs. la productividad, que permita analizar los impactos de los servicios prestados y las acciones tomadas en el día a día.

Facturación y Cuentas Médicas

OBJETIVO GENERAL

Asegurar la Facturación de los servicios prestados por la Clínica los Nogales, que permita obtener los fondos suficientes para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, mediante el seguimiento y control del proceso de liquidación, facturación, auditoria, radicación y respuesta a glosas y devoluciones de cuentas derivadas de la operación, dando cumplimiento a los indicadores establecidos.

1. RESUMEN EJECUTIVO

El año 2024 estuvo enmarcado en la superación de retos, cumplimiento de metas y aprendizaje continuo. Desde el mes de enero se inició la labor de sortear las novedades con el software que, afectó el adecuado desarrollo de los procesos y actividades. Las dificultades presentadas con Salud IPS generaron retraso en la facturación que impidió el cumplimiento de la meta institucional en enero y marzo, de igual forma afectó la meta de radicación en los meses de enero, marzo y junio. Con la reorganización del equipo de trabajo, ajuste en los turnos y plan de trabajo claro se logra reactivar funcionamiento del área, se finalizó el año dando cumplimiento a las metas de presupuesto institucional. Por otra parte se trabajó cada uno de los ítems de la nueva normatividad para facturación electrónica, radicación y RIPS, se construyeron los requerimientos para solicitar el ajuste del sistema de información, se realizaron pruebas y correcciones. Se viene asistiendo a las capacitaciones brindadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Se continúa con los seguimientos y ajustes para el cumplimiento y puesta en marcha el 01 de febrero de 2025.



2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1 Indicadores productividad:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En los primeros meses del año se presentan novedades con el software que afectaron el adecuado desarrollo de los procesos y actividades. Las dificultades presentadas con Salud IPS generaron retraso en la facturación que impidió el cumplimiento de la meta institucional en enero y marzo de 2024. A partir de abril se genera plan de choque, se logra estabilizar el proceso para dar cumplimiento a la meta del presupuesto y finalizar el año de forma adecuada. En el año anterior 2023, se presenta mayor dificultad en la generación de facturas y se origina la mayor parte del atraso ocasionada por el cambio en el sistema de información.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Las novedades presentadas en facturación desencadenaron en un retraso en la radicación que impide el cumplimiento de la meta institucional en enero, marzo y junio. Se realiza rastreo en busca de facturas mayores a 30 días desde su generación para radicación inmediata. Se logra cumplimiento de la meta de presupuesto, se cierra el 2024 a satisfacción. Al comparar con el año anterior, se evidencia que el atraso tiende a disminuir. Es de aclarar que el represamiento tuvo su punto de inicio en el 2023 con el cambio de sistema de información.



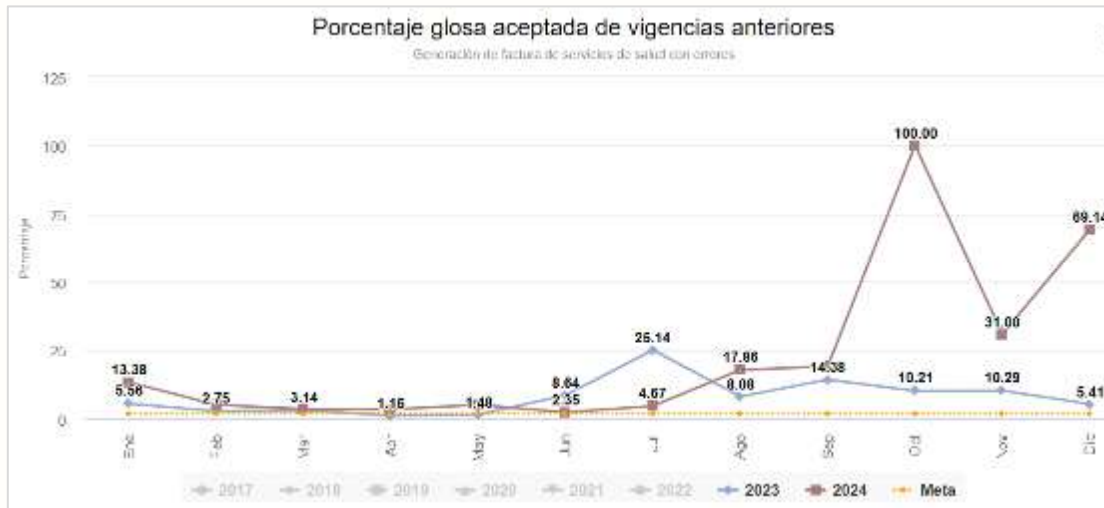
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El año 2023 termina con aceptación inferior al 1%. Dando continuidad al plan de trabajo, la aceptación de glosa se mantiene en un nivel bajo y controlado en el 2024. Las actividades encaminadas a mejorar el proceso se llevan a cabo de manera sistemática. Se continúa realizando socialización de las diferentes causas de glosa al personal asistencial y administrativo y se continúa participando en los equipos primarios de mejoramiento asistenciales. Se generan reuniones periódicas y acuerdos de niveles de servicio con las áreas involucradas con la gestión de la cuenta médica y las sociedades de especialistas que requieren intervención para mejorar algún aspecto en el soporte de los servicios prestados.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El porcentaje de glosa aceptada de la vigencia actual (año en curso) se mantiene bajo el 1%. El proceso de revisión y seguimiento de las cuentas en pre-radicación ha mostrado ser beneficioso para el mejoramiento. En el cierre del año se evidencia fuerte incremento en el reporte de glosas comparado con el año 2023. Se encuentra en validación para definir si corresponde a fallas del proceso o fallas en la marcación por parte del asegurador.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Las facturas de vigencias anteriores (años anteriores), continúan presentándose en el proceso de respuesta de glosas debido al trámite propio de las ERP y Aseguradores, de la misma forma se presentó en el año inmediatamente anterior. Estas facturas no contaban con el proceso de seguimiento y revisión que se encuentra establecido actualmente y generan una aceptación mayor. Se registra un nuevo hallazgo relacionado con la implementación de Salud IPS frente a errores de tarifas causadas por fallas del aplicativo.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Las dificultades en la elaboración de MIPRES para los medicamentos no PBS encabezaron la lista de motivos de devolución, así mismo, las diferencias tarifarias y la falta de autorización. Se informa a la coordinación de farmacia y desde la Dirección General se establece mayor

rigurosidad en la exigencia del formato MIPRES para el despacho de los medicamentos. Se generan reuniones de seguimiento con los Aseguradores para el ajuste de tarifas y la correcta parametrización en sus sistemas de información. Si se compara con el año 2023, el volumen de objeciones por esta causa disminuyó gracias al seguimiento generado desde el área de farmacia y cuentas médicas.

2.2 Avances de proyectos en curso

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha Finalización	Conclusiones
Implementación Resoluciones 2275 y 1884 - 2284 y 1885	Realizar radicación y facturación electrónica mediante la plataforma del Ministerio de la Protección Social	90%	1. Diferencias en el sistema de información propio frente a los requerimientos del MPS. 2. Falta de cumplimiento de procesos administrativos y asistenciales.	Inicio de vigencia de la normatividad: 01 de febrero de 2025. A partir de aquí se realiza seguimiento y soporte.	1. Se evidencia falta de conocimiento de los protocolos institucionales. Se identifica necesidad de capacitación para el personal tanto asistencial como administrativo de la Clínica. Se fortalece integración entre las tres IPS del grupo Empresarial: Virrey Solís, Centro Policlínico de Olaya y Clínica Los Nogales. Existe incertidumbre en el sector salud con la puesta en marcha de esta normatividad por la dificultad que representa para realizar una radicación efectiva de las facturas y la conversión de los sistemas de información.

3. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

3.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

Se generan espacios de capacitación los jueves de cada semana en el horario de 2:00 pm a 2:30 pm. En conjunto con el área de talento humano, convenios, Seguridad y salud en el

trabajo y trabajo social se realiza capacitaciones y actividades encaminadas al mejoramiento de los conocimientos y el desarrollo de las competencias de los colaboradores.

- Capacitación y refuerzo en manuales tarifarios ISS 2001- SOAT.
- Capacitación en habilidades blandas, manejo de conflictos, trabajo en equipo.
- Participación en plan de formación Team Nogales.
- Contratación diferentes aseguradores
- Fortalecimiento capacitación en Política de Humanización

3.2 Evaluación del Clima Organizacional

La rotación del personal se evidencia con mayor incidencia sobre el personal nuevo, no se acopla a las dificultades del sistema y el alto nivel de exigencia en el cumplimiento de las metas personales e institucionales. Así mismo, se presentaron 3 casos de falta grave que obligó a finalización del contrato laboral. Por otra parte, en el último semestre, el personal que ingresa a cubrir las vacantes existentes no supera el periodo de prueba debido a incumplimientos de medidas y/o políticas institucionales.

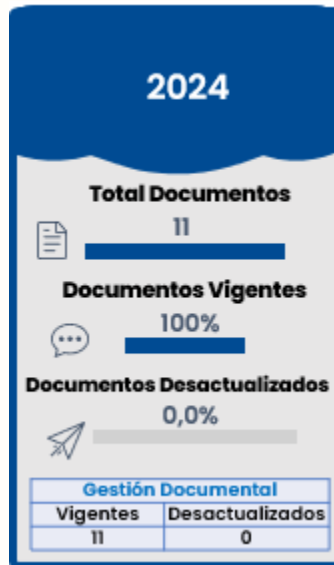
Se realizó trabajo conjunto con el área de capacitación de talento humano para mejorar el relacionamiento interno de los colaboradores.

4. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1. Sistema de Gestión Documental (Diligenciado por el área de Calidad)

A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024

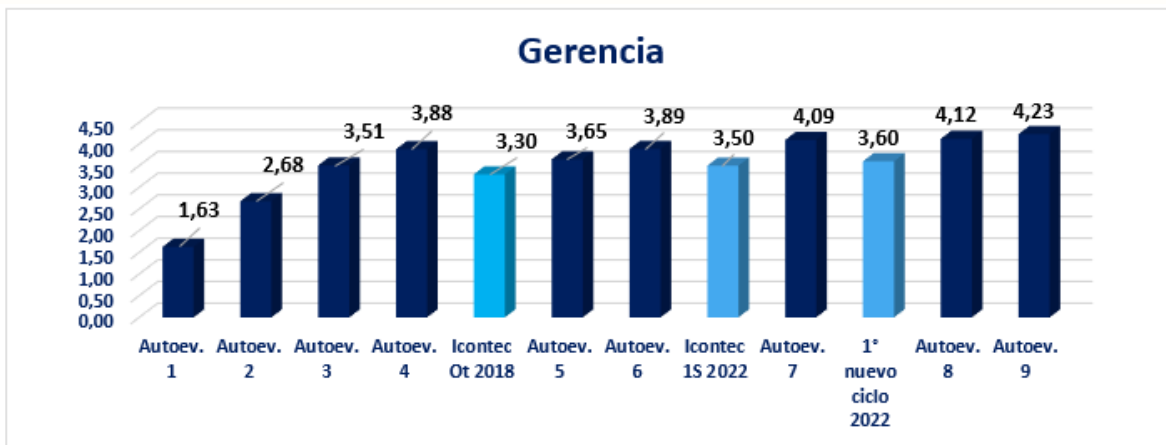




Fuente: Listado Maestro de Documentos

4.2. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas al estándar de Gerencia. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 4.23



Fuente: Calificaciones Nogales

5. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

6. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024



Los Nogales

Clínica

POA 2024 Cuentas médicas y facturación

Código

2024-SPR-14.2

Vigencia

2024

Estado

Ejecución

Responsable

Coordinación de Cuentas Médicas y Facturación

Fecha inicio

2024-01-01

Fecha Fin

2024-12-31

Resumen cronogramas

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Diseñar plan de capacitación y formación integral para el equipo de cuentas médicas y facturación	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Fortalecer y normalizar la política de humanización y el protocolo de servicio entre todos los colaboradores	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Fortalecer la comunicación e interacciones entre el cliente interno y externo en beneficio del paciente	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Disminuir la generación de Glosas y Devoluciones	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Lograr reconocimiento en el sector por las buenas y eficientes prácticas administrativas	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Implementación y puesta en marcha de facturación y radicación electrónica	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Aprovechamiento del recurso humano	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Mantener el cumplimiento de las metas de presupuesto y garantizar la calidad de la cuenta médica	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Cumplimiento al 100% de las metas económicas de presupuesto establecido.
- Control del porcentaje de glosa pre-radicación, se mantiene inferior al 1% gracias a la Auditoría de cuentas en pre-factura que logra identificar oportunidades de mejora asistenciales, así mismo, revisión administrativa de las cuentas para identificar oportunidades de mejora administrativas: autorizaciones, contratación, cobro y liquidación de servicios.

- Ejecución de reuniones interdisciplinarias periódicas y acuerdos de servicio con las áreas involucradas en el proceso (Oncología, admisiones, cajas, farmacia, convenios, Servicios asistenciales y SAS de médicos especialistas).

SERVICIO	MOTIVO	ACUERDO GENERADO
Admisiones y Autorizaciones	1. Oportunidad en la respuesta a solicitudes	1. Dar respuesta dentro de las 24 horas siguientes a la solicitud
	2. Entrega de autorizaciones completas para la facturación y radicación de cuentas	2. Revisar y solicitar a las ERP las autorizaciones necesarias para la facturación y radicación de cuentas
	3. Alcance de cada área (facturación vs Admisiones)	3. Socializar el alcance y las funciones y actividades de cada área
Farmacia	1. Respuesta oportuna a parametrizaciones	1. Se establece tiempo de respuesta para realizar las parametrizaciones
	2. Procedimiento y oportunidad para dispensación de MIPRES	2. Se define metodología de trabajo conjunto y soportes requeridos.
	3. Seguimiento al archivo de pendientes de MIPRES enviado por Salud Total	3. Se revisa la matriz enviada por Salud Total y se acuerda metodología de trabajo para solucionar los hallazgos.
Oncología	1. Entrega de soportes y cierre de registros para la facturación de ciclos de administración de medicamentos.	1. Se recuerda y actualiza metodología y documentos requeridos para la facturación.
Servicios Asistenciales	1. Se socializa los motivos de glosas generados por diferencia o ausencia de soportes	1. Se recuerda la necesidad de dar cumplimiento a los procesos para evitar la generación de glosas. Se establecen tiempos, documentos y calidad de los soportes necesarios según el servicio.
Cajas	1. Se socializa los motivos de glosas generados por errores de facturación y falta de autorizaciones.	1. Se recuerda el adecuado proceso para la liberación y solicitud de autorizaciones. Se acuerda el tiempo de respuesta para contestar devoluciones y glosas.
Convenios	1. Horarios de soporte para cierre de facturas	1. Se establece horarios de apoyo para parametrización y ajustes.
	2. Dificultad con las cotizaciones	2. Se define plantilla con información necesaria, metodología de trabajo conjunto y soportes requeridos.

Fuente: Coordinación de facturación y cuentas médicas

- Participación en equipos primarios de mejoramiento asistenciales: Enfermería, Urología, Neumología, Ortopedia, Cirugía Vascular, para socializar motivos frecuentes de glosas. Actualmente en seguimiento para evaluar si hubo avance en los temas expuestos.
- Implementación del 100 % del aplicativo Salud IPS.

- Disminución del movimiento no facturado (pendiente por facturar) generado por la implementación del nuevo software. Pasando de \$16.947.666.441 a \$9.307.123.516.
- Preparación para implementación de nueva normatividad en RIPS y FEV, mediante reuniones semanales con la participación de las entidades del Grupo Empresarial: Salud Total, Virrey Solís, Centro Policlínico del Olaya y Clínica Los Nogales. En ellas se trabajó cada uno de los ítems de la nueva normatividad, se construyeron los requerimientos para solicitar el ajuste del sistema de información, se realizaron pruebas y correcciones. Se viene asistiendo a las capacitaciones brindadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Se continúa con los seguimientos y ajustes para el cumplimiento y puesta en marcha el 01 de febrero de 2025.

8. PROYECTOS 2025

- Cumplimiento de metas económicas establecidas para el 2025.
- Fortalecimiento de la Facturación y manejo de los nuevos servicios como el PET SCAN, trasplantes de médula ósea y hospital día oncológico.
- Implementación de nueva resolución 1884 de 2024 (RIPS) y 1885 de 2024 referentes a soporte, facturación y radicación electrónica.
- Fortalecer manejo y aplicación del software Salud IPS – cierre de notas crédito de CNT – pendiente transmisión a la DIAN.
- Sanear procesos de facturación, radicación, respuesta a glosas y devoluciones de facturas en el aplicativo CNT. Sugiero definir una cifra en porcentaje para sanear procesos de facturación ejemplo 3%
- Lograr el cierre anual y el respectivo paz y salvo con cada Asegurador. Generando especial seguimiento a entidades en observación.
- Continuar con el plan de trabajo establecido para favorecer la disminución de generación y aceptación de glosas.

Convenios

Los Nogales | Torre 2



Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C.
Autopista Norte, Costado Oriental.



www.clinicanogales.com



(601) 593 70 00

OBJETIVO GENERAL

Asegurar la actualización de contratos con los diferentes aseguradores cumpliendo con lo descrito en el Decreto 441 de 2022, ratificando la correcta parametrización en el sistema de información mediante el seguimiento y control del proceso, garantizando de esta la correcta facturación de los servicios a través de las áreas de cajas y Cuentas Médicas.

1. RESUMEN EJECUTIVO

Se logra negociación de nuevos servicios con los diferentes aseguradores

Dentro de este ítem es importante destacar la incursión dentro del portafolio de servicios, de cohorte de mama para entidades como suramericana y el establecimiento dentro del convenio.

Parametrización de servicios en Salud IPS

En la actualidad, el proceso de parametrización y ajuste de códigos en el sistema se lleva a cabo de manera inmediata, es decir, vía mail se realiza la solicitud y se tramita apenas se recibe; esto permite una ejecución directa y eficaz, dando continuidad a los demás procesos con lo que intervienen la parametrización de servicios como Facturación.

Oportunidad de respuesta a las cotizaciones de máximo 2 horas

El establecimiento de este plazo ha sido beneficioso para el cumplimiento y seguimiento de las solicitudes de las diferentes áreas, evidenciando las falencias existentes y los actores en las mismas, como la falta de información clara y oportuna para el trámite de solicitudes, la necesidad de establecer y ajustar tiempos de respuesta de otras áreas que intervienen en el proceso (MAES Y MAOS) y la adherencia de los profesionales a los formatos establecidos codificados por calidad para las solicitudes.



2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

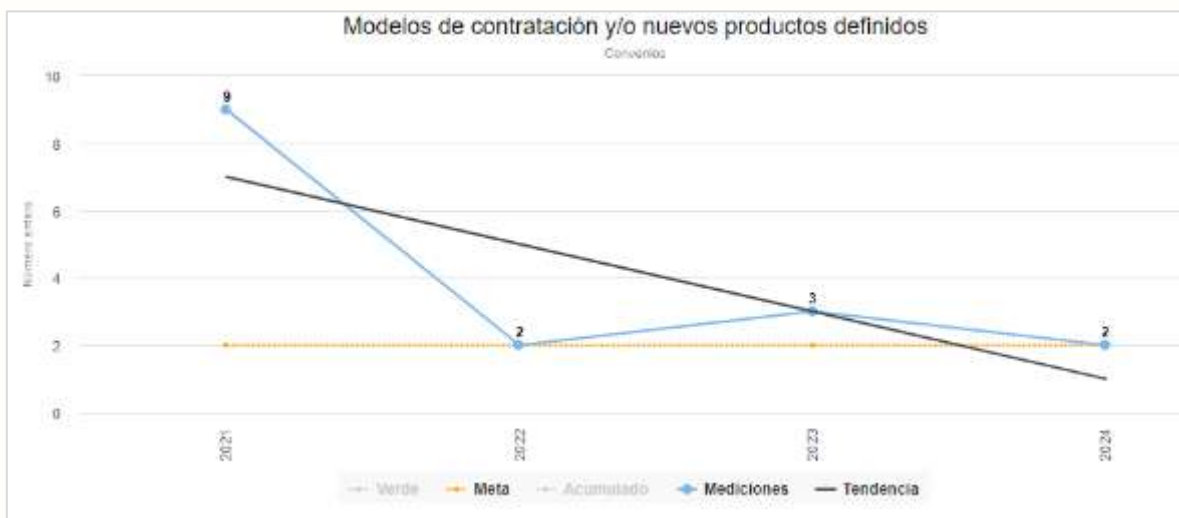
Para el periodo evaluado, se logra evidenciar que del total de cotizaciones a particulares (152), se logra el envío dentro del tiempo de promesa de entrega (2 horas) solo al 44.74 % lo que corresponde a 68 cotizaciones entregadas efectivamente, debido a múltiples factores. Las restantes del total (84) no fueron enviadas dentro del tiempo promesa en su mayoría porque requerían de algún insumo o material de farmacia y este a su vez debe solicitar a proveedores externos (casas comerciales, Audifarma, etc.) Lo que implica demoras en el proceso debido a tiempos de entrega de la información que interfieren en un proceso cotización efectivo.

Otra circunstancia encontrada para retraso en una respuesta oportuna es la solicitud por fuera de horario laboral (Después de cinco pm y sábados después de 1 pm).



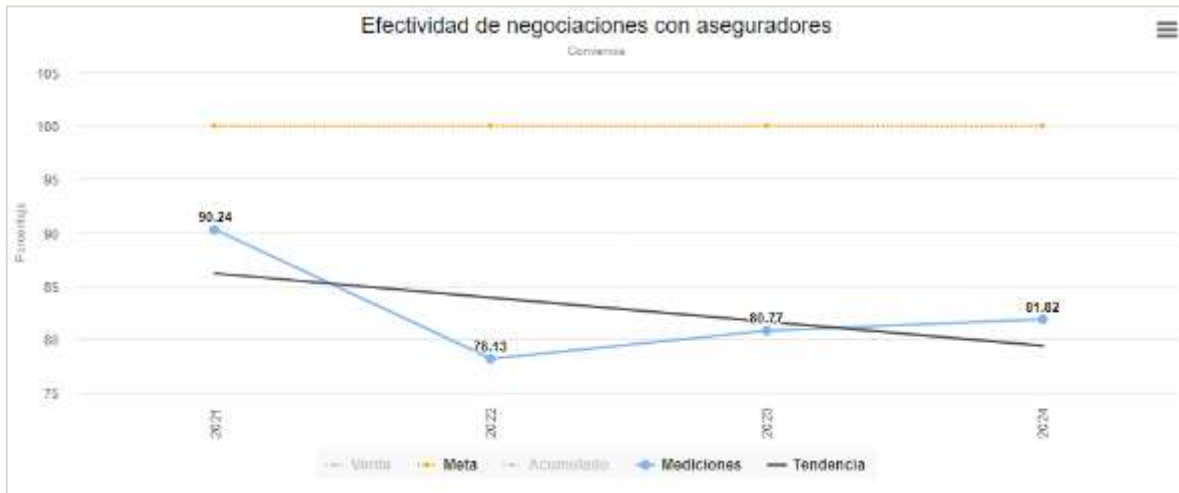
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Dentro del periodo evaluado se evidencia que del total de las cotizaciones emitidas y con base a la facturación registrada por cuentas médicas no se registran pacientes efectivos, sin embargo, se aclara que dentro de las solicitudes de cotización se reciben apoyo diagnóstico y servicios de consulta externa de lo cual no se recibe traza de facturación para cruce de validación.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se adicionaron 2 nuevos servicios, (TAMO Y PET SCAN) los cuales se ofertaron y contrataron a la fecha con la aseguradora Salud Total.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Con respecto a este indicador, se obtiene que de 22 aseguradoras con las cuales tenemos relación contractual, 18 aceptaron y firmaron negociación de servicios, adición, e incremento tarifario para vigencia 2024 - 2025. Se tiene en proceso la mayoría de las aseguradoras para aprobación de tarifas PET CT, aceptadas Liberty, Panamerican, Coomeva y Sura (POS, PAC, Póliza) y en proceso Colmédica y Medplus.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Con respecto a este indicador, se obtiene que de 22 aseguradoras con las cuales tenemos relación contractual, 18 aceptaron y firmaron negociación de servicios, adición, e incremento tarifario para vigencia 2024 - 2025. Se tiene en proceso la mayoría de las aseguradoras para aprobación de tarifas PET CT, aceptadas Liberty, Panamerican, Coomeva y Sura (POS, PAC, Póliza) y en proceso Colmédica y MedPlus.

2.2 AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Depuración Cups en sistema de información	Lograr ajuste en la codificación de cups existentes en el sistema ajustados a la normativa en salud y con base en la contratación existente	80 %	Dificultad en la sincronización de procesos con sistema Salud total	Febrero 2025	Se realizan avances en el ajuste del parámetro con múltiples hallazgos, los cuales se tratan a través de mesas de trabajo en conjunto con Salud total, facturación, y aseguradores para ajustar a normativa 2275 pendiente de entrar en vigor 2025.
Depuración de codificación de MAOS Y MAES y ajuste al parámetro en sistema de información.	Lograr unificación y eliminación de duplicidad en sistema de información de los materiales creados y utilizados en la clínica.	50 %	Poco personal con los conocimientos y manejo del sistema de información que permita agilidad en el proceso.	Febrero de 2025.	Se establecen mesas de trabajo en conjunto para realizar validación, cruces y ajustes necesarios entre diferentes áreas y convenios.
Ajuste en las fichas de contratación, a través del costeo, análisis, anexo, depuración e inclusión de servicios que permitan mayor efectividad en	Lograr aceptación del 100 % del incremento anual de contratación en las diferentes negociaciones con aseguradoras y la inclusión de servicios	50 %	Demora en los procesos internos de contratación en las entidades y retraso en los avales correspondientes en el proceso de contratación por parte de aseguradoras por causa de la	Julio de 2025	Se establecen relacionamientos comerciales nuevos con entidades, convenios y presentación de nuevos portafolios y tarifas buscando alianzas efectivas.

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
la contratación y mejores tarifas con mayor rentabilidad.	con tarifa plena sin renegociación o contra oferta de tarifas. Aseguradoras para 2025.		incertidumbre del sector salud actualmente.		

3. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

3.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Se realiza retroalimentación con supervisor de convenios y auxiliar de cotizaciones sobre la importancia del proceso en la institución, se identifican actores y/o clientes principales, internos y externos y se establecen mecanismos de entrega de resultados en el proceso buscando efectividad y celeridad basados en resultado exactos que garanticen la parametrización del sistema y el cobro de los servicios por facturación con base a cotizaciones y emisión de tarifas correctas que brinden la rentabilidad esperada para la institución.

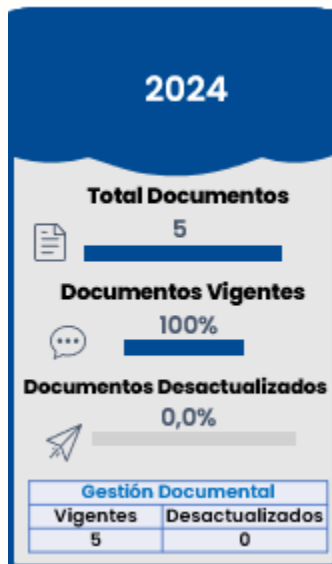
3.2. Evaluación del Clima Organizacional

Se desarrollan talleres por el área de talento humano a los colaboradores del área y desarrollo de encuesta de clima laboral, cada seis meses. En general se tiene un ambiente dentro del área adecuado, de trabajo en equipo, respeto y colaboración y para lo cual se tiene establecidos los límites y funcionalidades de cada individuo. Se abordan recurrentemente los temas puntuales que afectan el correcto desarrollo del proceso interno y se reciben las observaciones para los ajustes del área, los cuales se resuelven de inmediato.

4. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1. Sistema de Gestión Documental

A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

4.2. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Direcciónamiento. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 4.46.



Fuente: Calificaciones Nogales

4. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

6. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

Los Nogales

Clínica

POA 2024 Convenios

Código	2024-SPR-01.3
Vigencia	2024
Estado	Ejecución

Responsable

Coordinación de Cuentas Médicas y Facturación

Fecha inicio

2024-01-01

Fecha Fin

2024-11-30

Resumen cronogramas

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Convenios - Optimización presupuestal, Mejoramiento PyG (Ahorros), Reducción de glosas	92,1% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	92,1%
TOTAL	92,14% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	92,1%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Aumento en solicitud de propuestas para chequeos ejecutivos y negaciones de tarifas por diferentes entidades, lo que demuestra nuestra incursión al mercado con este servicio.
- Así mismo se incluye dentro de las negociaciones con todas las aseguradoras el PET SCAN el cual ya tiene aval por entidades como Coomeva, Liberty, Panamerican y Sura en todos sus convenios.
- Se establece el uso obligatorio de formato de **solicitud de cotización** con todos los ítem necesarios para emitir valores, el cual se socializa a través de la Coordinación de exportación de servicios con todos los profesionales.
- Se realiza revisión exhaustiva en conjunto coordinación de convenios y coordinación de exportación de servicios de formatos para emisión de cotizaciones, se codifican por Calidad y se socializan a través de Almera, dejando su uso obligatorio establecido para emisión de valores y tarifas sin lugar a modificación alguna. (estandarización de la información dentro del proceso).
- Se logran citaciones para presentación de portafolio y oferta de tarifas con incremento anual indicado por la Dirección General con las aseguradoras convenio, logrando el cierre de estas exitosamente y parametrizando los servicios en sistema de información de manera inmediata, lo cual se socializa con los diferentes servicios de la clínica que intervienen el proceso.
- Depuración del sistema de información con base a las tablas de negociación con el fin de ajustar tarifas y renegociaciones con las entidades, y en aras de no afectar rentabilidad, en aquellos casos en los que se detecte declive de esta.
- Se crea formato en Drive para diligenciamiento de información de insumos, medicamentos MAES Y MAOS el cual se socializa con Farmacia, con el fin de tener actualización al día del uso de nuevas tecnologías para envío mensual a los diferentes aseguradores con el fin de incluir en tablas de negociación y contrarrestar glosas por el uso de tecnologías necesarias para la atención, pero no reportadas a las entidades.



8. PROYECTOS 2025

- Actualización de negociaciones con aseguradores durante el I semestre del año, con inclusiones de todo el portafolio de servicios actual, con incremento de acuerdo con indicación de Dirección General y dando continuidad al proceso anual.
- Actualización de información de paquetes por servicios, contenidos, inclusiones y exclusiones, así mismo establecimiento de tarifas con base a costeo actual de cada uno.
- Realización de cronograma de capacitaciones 2025 de acuerdo con las necesidades propias del servicio, así mismo, para las demás áreas que intervienen en el proceso y realizar medición de ejecución.
- Verificación de c/u de las actividades realizadas en el día a día en cada uno de los subprocesos al interior y revisión de efectividad de estas a través de medición.
- Establecimiento de metas y tiempos de ejecución de las actividades asignadas por cargo al interior del área y documentar medición.
- Determinación de herramientas diferentes al uso del sistema de información necesarias para obtener información relevante del proceso de cotizaciones, parametrización y negociación.
- Socialización a personal administrativo y asistencial sobre el registro de información necesaria para la emisión de cotizaciones, proceso de solicitud, formatos codificados por calidad y subidos a Almera para este fin.
- Requerimiento de cargue de requerimientos de pacientes particulares en página web de la clínica, de manera que al registrar la información se emita un correo automático a convenios (cotizaciones) y a exportación de servicios (para traza) con el fin de dar celeridad y facilitar proceso a estos pacientes. Esto en conjunto con el área de sistemas ya que se requiere de apoyo para ejecución de actividad.
- Diseño de plantilla para registro de actividades de parametrización, cotizaciones, y/o negociaciones realizadas con el fin de emitir una medición mensual.
- Revisión y determinación de rutas y procesos de atención de pacientes por servicios por tipo de aseguramiento para definir manejo de pacientes, esto en conjunto con las áreas asistenciales y como apalancamiento para el proceso de contratación con las entidades y emisión de cotizaciones.



- Establecimiento de plan de acción en conjunto con auditoría médica, con el fin de validar homologaciones de códigos normativos necesarios para el proceso cotización, parametrización y contratación con entidades aseguradoras.
- Validación de portafolio actual de servicios prestados en la institución para establecer archivo de consulta que permita al área de cotizaciones de la clínica revisar oportunamente disminuyendo los tiempos de respuesta de solicitudes.
- Determinación de plan de acción para el desarrollo de las actividades del área de cotizaciones, parametrización y coordinación de convenios en los casos en los que haya volumen de actividades, contingencias, vacaciones, permisos y/o fines de semana.
- Documentación de proceso de negociación y establecimiento de tarifas con las entidades a través de realización de matriz de contratación que permita llevar traza de los convenios establecidos y que se alimente con información actualizada.
- Desarrollo de portafolio de servicios, tarifas y rutas de atención en conjunto con el área y para pacientes de exportación de servicios, determinando las empresas objetivo y el cronograma de abordaje para presentación de estos en búsqueda de alianzas efectivas y estratégicas.

Gestión de Cajas



OBJETIVO GENERAL

Recaudar el dinero total correspondiente a los servicios prestados en la Clínica Los Nogales, minimizando el riesgo de pérdida y asegurando su custodia y control, de igual manera facturar y radicar los servicios prestados, garantizando oportunidad y veracidad en la información.

1. RESUMEN EJECUTIVO

- En el área de cajas se detectó robo de dinero, táctica que implementaban es por medio de elaboración de recibos de caja de forma manual.
- Se han realizado 7 procesos disciplinarios por llegadas tarde, ausencias no justificadas, inadecuada atención al paciente.
- Los saldos a favor o devolución de dinero a pacientes tienen un control y seguimiento a diario.
- Con el personal de cajas se generó una comunicación asertiva, trabajo en equipo, logrando estabilizar sus labores a diario.
- Actualmente se entrega a diario dinero y Boucher al área de tesorería.
- Por semana se entrega en efectivo **\$74.862.600**, por mes **\$ 275.530.352**.
- Por semana se entrega en Boucher **\$ 107.585.594**, por mes **\$ 300.832.520**.
- Se realizan arqueos a las cajas constantemente, verificando el dinero que se recauda, las bases de los cajeros.
- Frente a la gestión de calidad, los 3 indicadores, el POA 2024. La matriz de riesgo, dan cumplimiento al 100% con sus respectivos documentos.



2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Frente al indicador de cumplimiento de la facturación de servicios ambulatorios se refleja lo siguiente:

Año 2023: se da cumplimiento a la meta institucional, sin generar algún contratiempo o desmejoramiento.

Año 2024: en el mes de febrero y marzo no se logra dar cumplimiento a la meta institucional, ya que se presentó contingencia en la clínica lo cual afectó el cumplimiento en la facturación de los servicios ambulatorios, sin embargo, a partir del mes de abril a diciembre se da cumplimiento de la meta institucional con porcentajes 98.27 % y 100%



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Con el indicador de cumplimiento en radicación ámbito ambulatorio, se mantuvo estable la meta para el año 2023, en el año 2024 en los meses de enero y febrero del año 2024 no se da cumplimiento a la meta por contingencia en la clínica, pero en los meses de marzo a diciembre se cumple con porcentajes de 100%, en el mes de noviembre se logra superar el promedio establecido con 122%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Con el indicador de cumplimiento de realización de consultas en transacciones de Sarlaft, por normatividad se realiza verificación con precisión exacta de los soportes físicos que se reciben (documentos-soportes-dinero en efectivo) en el software Cómplice sistema de información que previene los tipos de riesgos como fraude, lavado de activos, financiación

del Terrorismo (AML, LAFT, ANTICORRUPCION) validación de documentos de identidad de las personas como lo es del paciente y del pagador que se hace en tiempo real. Este proceso se realiza cada año y no tiene modificación.

2.2. AVANCES DE PROYECTOS

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Implementación talanqueras (recaudo)	Mejora de flujo de recaudo (Salud Total)	30%	Implementación con HIS (Salud IPS)	Pendiente	El proyecto tiene un avance del 40% frente a planos, cotizaciones por el área de infraestructura y sistemas
Renovación (datáfonos)	Mejorar el tiempo de respuesta frente al recaudo en pago de tarjetas (crédito- débito)	20%	No se tiene una comunicación fluida con la entidad prestadora del servicio (Reval) Mala recepción de señal (Sim Card) de los datáfonos Móviles que se encuentran en el área de cajas	Pendiente	Se plantea una visita presencial con el proveedor por parte de la coordinación de cajas, ya que no se tiene respuesta a través de los medios de comunicación establecidos.
Controles de acceso	Contar con un control ingreso-acceso a la caja principal, 1 piso y oficina de coordinación, cajas.	50%	No se cuenta con dificultades para el proceso	Pendiente	El proyecto se encuentra en estado pendiente por autorización de Dirección General.
Implementación Saldos a favor	Implementación en página web clínica los Nogales, reducción de papel, optimización de tiempos en respuesta a los usuarios.	20%	No se tiene una respuesta clara frente a la verificación de los documentos por parte de los abogados.	Pendiente	Los documentos los debe verificar el área legal para seguir con el proceso con el área de sistemas, una vez el área de sistema realice revisión, procede a la implementación y producción del proyecto.

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

MES	Actitud de Servicio	Demora en la Atención	Información / Trámites Administrativo	Barreras de Acceso	Oportunidad de Agendas	Percepción Manejo Entendible y Comprensible	Seguridad Del Paciente	Confort e Infraestructura	TOTAL
Enero	3	4							7
Febrero	6	2							8
Marzo	4	0	1	0	1	0	0	0	6
Abril	3	3	2						8
Mayo	3	4							7
junio		1							1
Julio	3	3		1					7
Agosto	2	2				1			5
septiembre	2	1							3
octubre	2	1							3
Noviembre	3	6							6
Diciembre		1	3						4
Total	31	28	6	1	1	1	0	0	65

Fuente: Informe de gestión, gestión de cajas

En el área de cajas frente a las quejas que se reportaron se toma como acción de mejora al proceso se realizan actas de compromiso, llamados de atención, procesos disciplinarios, comité primario integrando a gestión de servicio para que en el área de cajas se tenga claridad cuál es la molestia de los pacientes al acercarse a las cajas.

Se da inicio en el mes de diciembre de 2024 con propuesta de intervención del Dr. Libardo asesor de calidad creando y generando conciencia a los cajeros con la actitud de servicio, no solo se debe facturar en el menor tiempo posible, es brindar una adecuada atención a cada usuario.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Las estrategias de formación que se implementaron en el área de cajas son integración y realización de cursos ofertados por Medical T.H. y se mencionan a continuación:

- Facturación electrónica en salud y RIPS
- Reinducción institucional
- Protocolo abordaje integral a Víctimas de Violencia sexual
- Ruta de atención de paciente con riesgo suicida
- Humanización cuidado con amor transversal
- Gestión integral de residuos hospitalarios

4.2. Evaluación del Clima Organizacional

Para el año 2024, se realizaron comités primarios en el área de cajas integrando áreas como gestión de servicio, T.H capacitación, trabajo social, psicología, control interno, programa control de infecciones, capacitaciones internas del área cajas por coordinación de cajas y supervisora, convenios, intervención por el Dr. Libardo Martínez asesor de calidad servicio al cliente interno y externo.

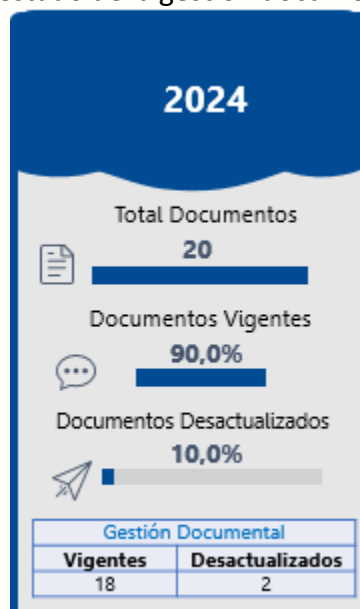
Se realiza cronograma interno en la asignación de horarios y áreas/servicios para los cajeros fortaleciendo conocimiento, recibiendo áreas en las que no han tenido interacción con el área asistencial.

Tiempos en la facturación por áreas, se brinda apoyo (enviando cajeros de otros pisos o radiadores) a las áreas que tienen asignación de doble agenda para soportar y gestionar.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Sistema de Gestión Documental

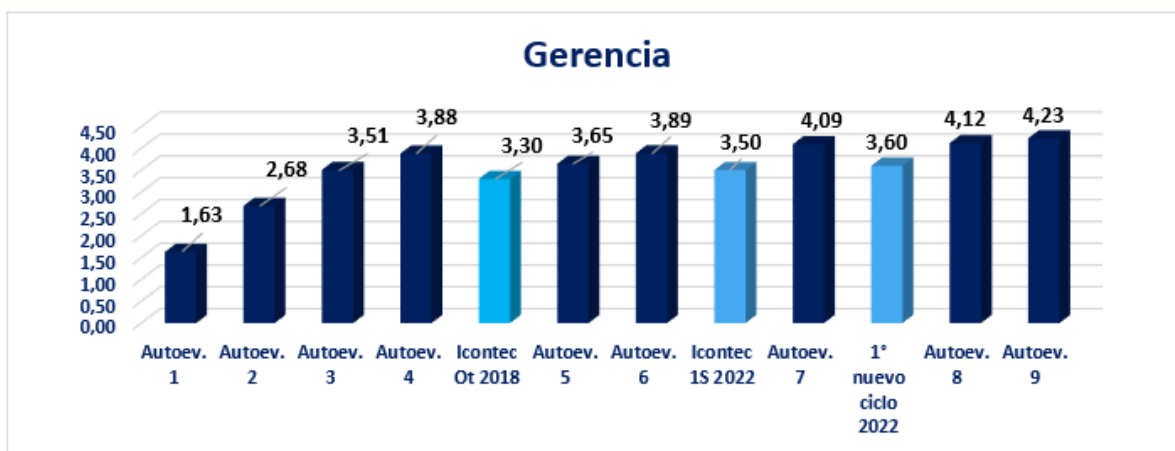
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

4.2. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas al el estándar Gerencia. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 4.23.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

		POA 2024 Cajas		<table><tr><td>Código</td><td>2024-019-14-4</td></tr><tr><td>Vigencia</td><td>2024</td></tr><tr><td>Estado</td><td>Ejecución</td></tr></table>		Código	2024-019-14-4	Vigencia	2024	Estado	Ejecución
Código	2024-019-14-4										
Vigencia	2024										
Estado	Ejecución										
Responsable: Coordinación de Cajas				Fecha Inicio: 2024-01-17 Fecha Fin: 2024-12-31							
Resumen cronogramas											
Cronograma		Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento						
Creación y diseño de un plan de capacitación al área de cajas		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Enriquecer e implementar la política de humanización con protocolo de servicio con los colaboradores		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Implementar estrategias de comunicación de colaboración y clientes externos que trabajen a favor de los pacientes		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Plan de Disminución de Gastos y Devoluciones		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Generar reconocimiento frente a las buenas prácticas con eficiencia a nivel administrativo		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Plan de manejo e implementación con la facturación y radicación electrónica		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Obtención grado del recurso humano		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
Garantizar la facturación ambulatoria frente al cumplimiento de las metas establecidas por parte del área de cajas		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						
TOTAL		100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%						

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

El área de cajas logro estabilizar y dar cumplimiento a diario, frente a la facturación de los servicios ambulatorios, la radicación en el ámbito ambulatorio, consultas de transacciones de Sarlaft.

Se realiza un control diario del pendiente por radicar y el pendiente por facturar a cada cajero.

9. PROYECTOS 2025:

- Disminuir el pendiente por facturar y el pendiente por radicar.
- Fortalecer el seguimiento a las facturas generadas para asegurar la radicación ante las aseguradoras.
- Implementación de la facturación electrónica y RIPS (cajas).
- Mejorar el proceso (tiempos) de devolución de excedentes de dinero a los pacientes, reforzando la entrega oportuna con un control y seguridad de entrega.

Gestión Contable



OBJETIVO GENERAL

Garantizar que todos los hechos económicos de la Clínica debidamente informados se reconozcan, se registren y trasmitan correctamente a los usuarios de la información financiera, ejecutando adecuadamente el ciclo y las políticas contables.

1. RESUMEN EJECUTIVO

- Ejecución del plan operativo anual 2024 (POA) al 100%.
- Cumplimiento cierres contables según cronograma.
- Causación 100% de bienes y servicios facturados por proveedores y prestadores de servicios a la Clínica según verificación, reporte DIAN dentro del correspondiente periodo de emisión.
- Reporte periódico a las diferentes áreas sobre facturas causadas que se encuentran pendientes de radicación que soportes y requisitos para trámite pago, así como para la aplicación de descuentos por pronto pago.
- Presentación y pago declaraciones de impuestos nacionales y distritales según términos.
- Reporte Circular 016 de la Superintendencia Nacionales de Salud en debida y oportuna forma.



2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1 Indicadores productividad:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

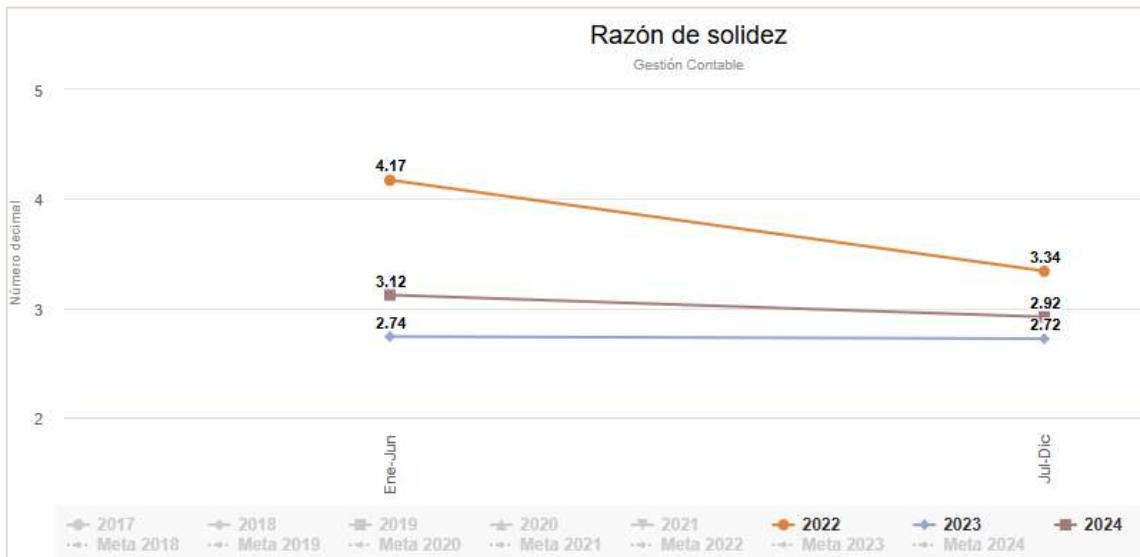
Para la vigencia 2024 la Clínica Nogales presenta utilidad neta acumulada de \$51.103 millones resultando un déficit acumulado de \$9.062 millones frente a lo presupuestado para el mismo periodo y frente al 2023 una disminución de \$8.664, lo anterior en consecuencia principalmente por las medidas tomadas por prudencia por la situación actual del sector salud.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

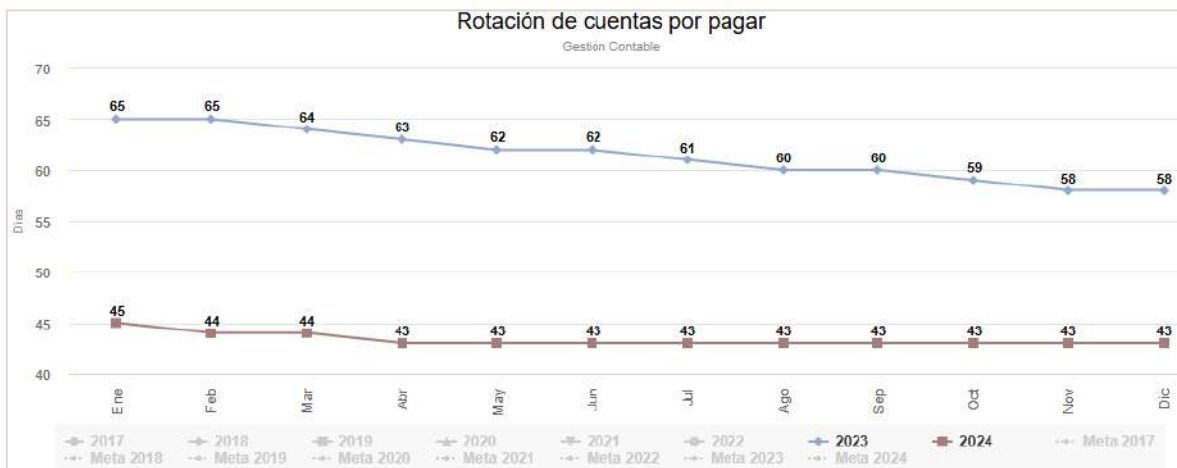
Las ventas netas acumuladas a cierre de diciembre de 2024 ascienden a \$436.243 millones presentando un incremento de \$56.682 millones frente al presupuesto 2024, las ventas

netas acumuladas para el 2023 son de \$373.294 millones que representa un incremento de \$62.499 para 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el 2024 el comportamiento de la razón de solidez se ubica 2. 70, lo que significa que por cada peso que la entidad debe cuenta con 2.7 pesos para su respaldo.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

A cierre de diciembre de 2024, el indicador de las cuentas por pagar es 43, 78, lo cual significa que la Clínica está mejorando en los tiempos de pago de sus proveedores de bienes y servicios, esto como resultado de la eficiencia en el manejo de los recursos de la entidad, el indicador del año anterior fue 51,94.

2.2 Avances de proyectos en curso

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Oportunidad en Requisitos y soportes para pagos CXP	Contar con el 100% de los requisitos y soportes de las compras de bienes y servicios de la Clínica para su pago oportunamente.	80%	Remisión de facturas y cuentas desde las áreas de la Clínica al área financiera con la totalidad de los requisitos y soportes necesarios para tramitar los respectivos pagos dentro de los términos establecidos para tal fin.	Diciembre 2025	Normalizar el proceso de las CXP de la entidad dando cumplimiento oportuno a la radicación en el área financiera con lleno de requisitos y soportes para proceder con el respectivo pago.

3. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

3.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

Se participó en las siguientes dos jornadas de capacitación los meses de julio y diciembre de 2024:

- Programa de capacitación para brigadistas integrales de emergencias - Nivel básico
- Programa de capacitación y formación como brigadista contraincendios – Nivel básico

3.2 Evaluación del Clima Organizacional

Realización de actividades de integración en coordinación con el fin de fortalecer el clima laboral:

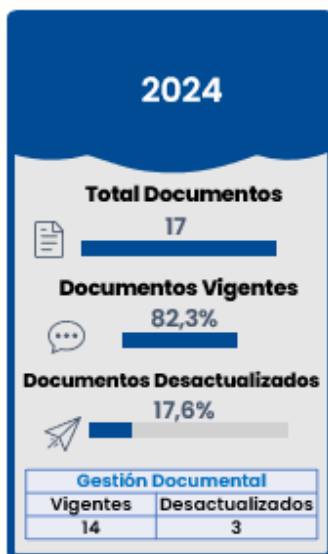
- Celebración de cumpleaños.
- Celebración en fechas especiales como día de la mujer, amor y amistad, navidad, año nuevo.
- Con estas actividades se busca propiciar espacios en los cuales los colaboradores compartan sus experiencias y/o vivencias en escenarios diferentes a los laborales, conocer un poco más de cada uno de ellos, así como entre ellos mismos también.

- Durante la vigencia 2024 se presentó una considerable rotación de colaboradores, principalmente por crecimiento profesional y laboral, esto afecta los procesos del área por el tema de la curva de aprendizaje.

4. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1. Sistema de Gestión Documental

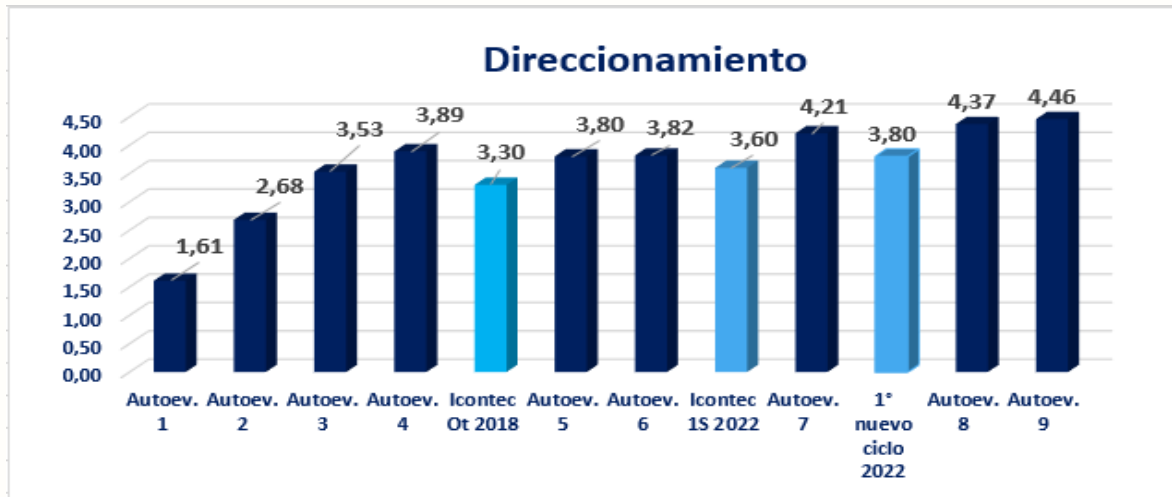
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024



Fuente: Listado Maestro de documentos

4.2. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Direccionamiento. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 4.46.



Fuente: Calificaciones Nogales

5. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

6. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024



Los Nogales
Clínica

POA 2024 Contabilidad

Código	2024-SPR-15.1
Vigencia	2024
Estado	Terminado

Responsable	Jefatura Financiera	Fecha inicio	2024-01-01	Fecha Fin	2024-12-31

Resumen cronogramas

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Proporcionar la información financiera confiable, oportuna y razonable a la Alta Dirección con el fin de generar las herramientas suficientes para la toma de decisiones, que le permitan a la Clínica ser autosostenible, asegurando su viabilidad financiera y así garantizar el cumplimiento los objetivos estratégicos	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Durante la vigencia 2024, el área contable y financiera cumplió oportunamente y en los términos indicados con los diferentes compromisos y requerimientos de información y reportes formulados por los entes de control, vigilancia y regulación que aplican a la entidad.
- Se ejecutó el presupuesto cumpliendo con las diferentes metas propuestas en lo correspondiente a la operación ordinaria de la Clínica, logrando los resultados propuestos por la alta dirección de la entidad.

8. PROYECTOS 2025

- Ejecutar las estrategias del POA 2025 de manera oportuna con el fin de cumplir con el objetivo principal del área de contabilidad.
- Dar cumplimiento a nueva normatividad legal o modificaciones que le aplique a la Clínica especialmente en lo referente a la parte tributaria y fiscal, para evitar multas y/o sanciones.
- Propender por la optimización y oportunidad en la ejecución de los diferentes procesos del área para así contar con información financiera y contable con mayor antelación disponible para los diferentes usuarios de esta.

Gestión de Cartera



OBJETIVO GENERAL

Gestionar el recaudo oportuno de la cartera de acuerdo con la condición comercial de cada entidad, con el propósito de reducir el índice de morosidad y contar con flujo de caja que garantice la liquidez, siendo autosostenibles y cumpliendo así los objetivos estratégicos.

1. RESUMEN EJECUTIVO

- Ejecución del plan operativo anual (POA) al 100% indicando que las actividades llevadas a cabo en la recuperación de cartera permiten alcanzar las metas propuestas.
- Cumplimiento de la meta de recaudo mensual (sin Salud Total) con un porcentaje acumulado por encima del 100%.
- El porcentaje de la cartera radicada con vencimiento superior a 90 días acumulado se encuentra en 7.56% (meta: 20%).
- Reporte trimestral de Circular 030 sin inconsistencias ni solicitudes de validación y/o corrección de información por parte de las entidades responsables de pago.
- Seguimiento mensual en conjunto con el área jurídica a las entidades en liquidación, entidades en seguimiento especial y de difícil cobro.



2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores productividad:



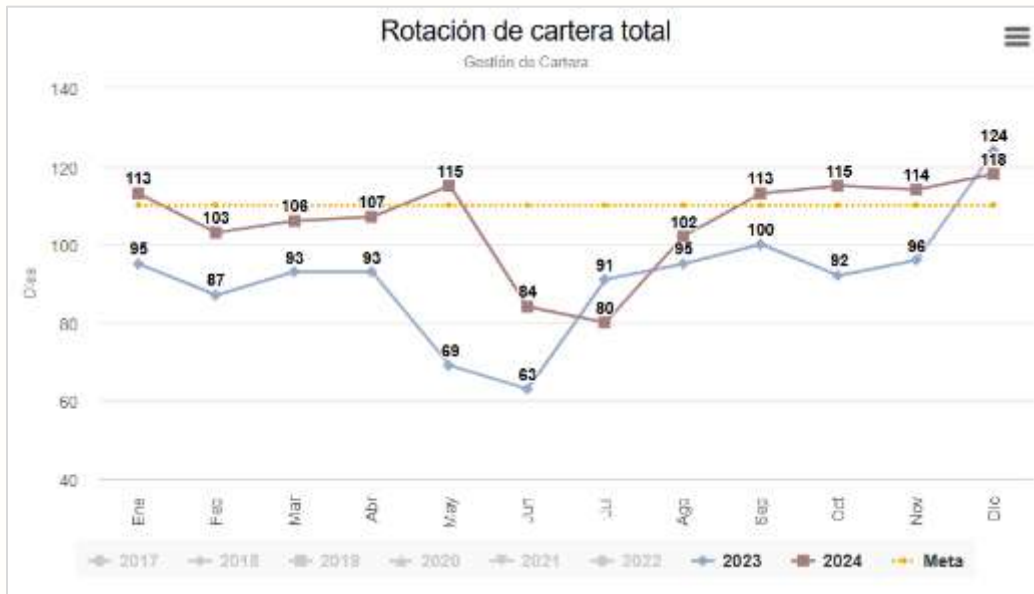
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El porcentaje acumulado de cumplimiento de meta de recaudo mensual sin Salud Total entre el año 2023 y 2024 presenta un aumento, indicando que el resultado ha sido favorable, manteniendo su ejecución acumulada por encima de la meta establecida del 100%. Acumulado 2024: 128%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El porcentaje acumulado de la cartera radicada con vencimiento superior a 90 días en el año 2024 se encuentra en 7.56%, indicando un resultado apropiado para la meta establecida del 20%. Acumulado 2024: 7.56%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Los días de la rotación de la cartera total entre el año 2023 y 2024, presenta un aumento en el 2024 debido a las entidades en liquidación o intervenidas por la Supersalud, sin embargo, los días acumulados se encuentran dentro de la meta establecida. Meta: 110 días. Acumulado 2024: 106 días.

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Cumplimiento de meta de recaudo mensual Sin Salud Total	Definir una meta apropiada de recaudo mensual y lograr el cumplimiento de lo proyectado	100%	Entidades en proceso de intervención, liquidación o ya liquidadas por la Supersalud	Diciembre 2024	Se logra el cumplimiento de la meta de recaudo proyectado por encima del 100%, lo cual indica que se cuenta con los fondos suficientes para el cumplimiento de las obligaciones económicas

3. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

3.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

Se participó en las siguientes dos jornadas de capacitación los meses de julio y diciembre de 2024:

- Programa de capacitación para brigadistas integrales de emergencias - Nivel básico
- Programa de capacitación y formación como brigadista contraincendios – Nivel básico

3.2 Evaluación del Clima Organizacional

Se llevaron a cabo las siguientes actividades de integración en el área con el fin de fortalecer el clima organización:

- Compartir (desayunos u onces) en fechas especiales como día de la mujer, amor y amistad, navidad, año nuevo
- Celebración de cumpleaños
- Juego de Santa secreto

Dichas actividades tienen un impacto positivo en el ambiente laboral, lo que se ve reflejado en los resultados del área. Adicionalmente, la clínica realizó el Nogales Team Festival y llevó a cabo ferias navideñas y escolares que igualmente fortalecen el clima organizacional.

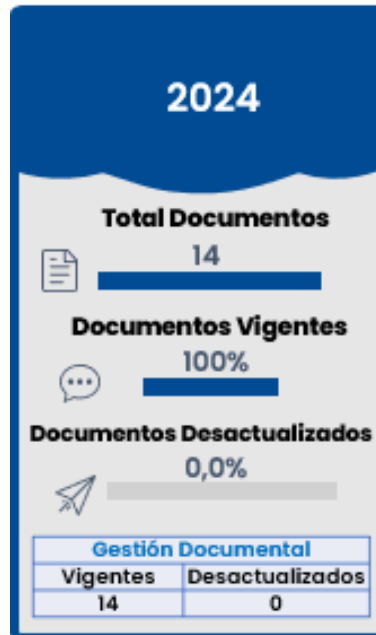
En el año 2024 se tuvo un solo cambio de personal en el mes de noviembre.

4. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1. Sistema de Gestión Documental

A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.

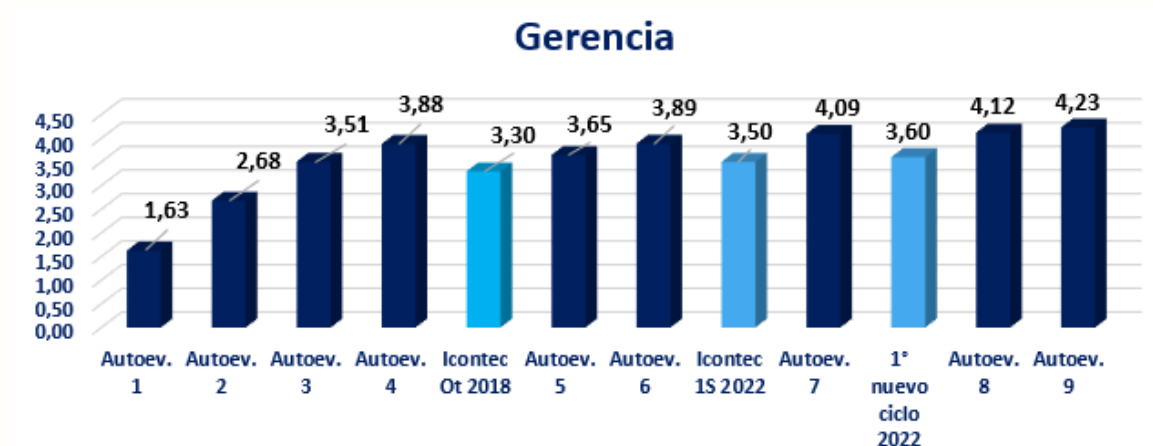




Fuente: Listado Maestro de Documentos

4.2. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Gerencia. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 4.23



Fuente: Calificaciones Nogales

5. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integral Almera

6. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

		Clínica Los Nogales POA 2024 Cartera		Código Vigencia Estado 2024-SRR- 01.1 2024 Terminado	
Responsable: Coordinación de Cartera				Fecha Inicio: 2024-01-31	Fecha Fin: 2025-01-31
Resumen cronogramas					
Cronograma		Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Gestionar el recaudado oportuno de la cartera de acuerdo con la condición comercial de cada entidad, con el propósito de reducir el índice de morosidad y contar con flujo de caja que garantice la liquidez, siendo autosostenibles y cumpliendo así los objetivos estratégicos.		100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,00%
TOTAL		100,00% (100,00%)	2024-01-31	2025-01-31	100,00%

Fuente: Sistema de gestión integral Almera

7. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Cumplimiento de la meta de recaudo mensual (sin Salud Total) con un porcentaje acumulado por encima del 100%
- El porcentaje de la cartera radicada con vencimiento superior a 90 días acumulado se encuentra en 7.56% (meta: 20%)

8. PROYECTOS 2025

- Ejecutar las estrategias del POA 2025 de manera oportuna con el fin de cumplir con el objetivo principal del área de cartera.
- Dar cumplimiento a la meta de recaudo mensual establecida, mediante una efectiva gestión de cobro.
- Disminuir la cartera superior a 90 días, mediante el seguimiento a entidades de difícil cobro y/o en proceso jurídico.
- Disminuir los días de rotación de cartera, realizando cruces de cartera más efectivos y continuos.

Gestión Clínica

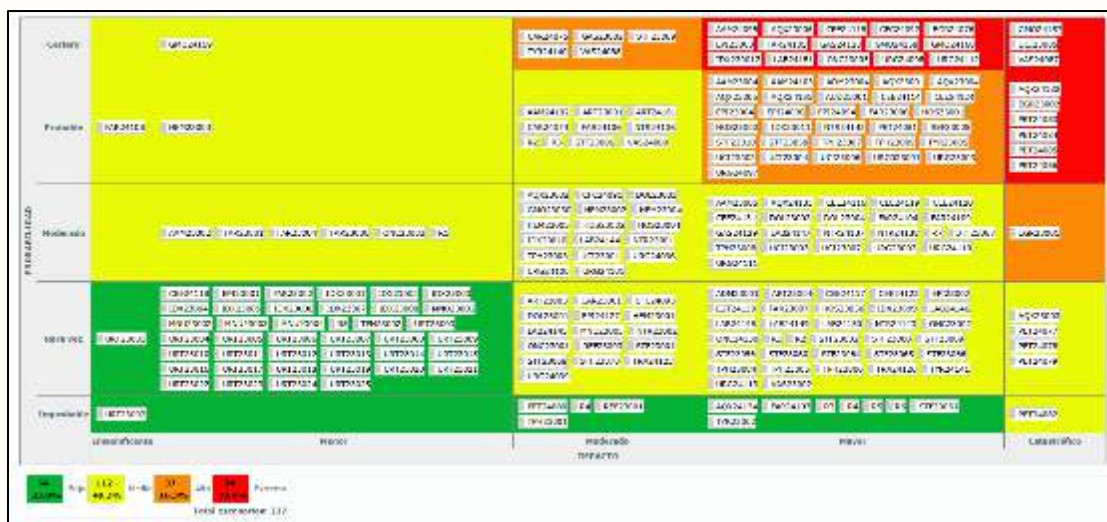
OBJETIVO GENERAL

Establecer un enfoque organizacional de administración clínica para lograr que la atención que recibe el paciente y su familia se ejecute centrado en sus necesidades asistenciales, con evaluación de la pertinencia y la racionalidad técnico-científica, para que se logren los mejores desenlaces en salud y minimizando los riesgos clínicos inherentes a la atención asistencial.

1. RESUMEN EJECUTIVO

1.1. Gestión del riesgo en salud

- Generación de Matrices de riesgo asistenciales: Identificación, monitoreo y verificación de controles de los riesgos clínicos.



Fuente: Sistema de Gestión Integrado Almera.

- Actualización de la **Guía rápida de respuesta a código azul UR-GC-007 V5**: incluyó la caracterización epidemiológica y estadística, glosario, objetivos generales y específicos, establecimiento de directrices de control sobre carro de paro y su respectiva ubicación, llamados de alerta y seguimiento de dispositivos de llamado, con implementación de prueba diaria de parlantes con la hora local 9:00 am. Así mismo, se establecieron los eslabones de la cadena de llamado incluyendo las consideraciones especiales tales como: vía área difícil y paro cardio-cerebro-pulmonar en ubicaciones especiales (PETSCAN, TAMO, radioterapia, salas de cirugía) que poseen consideraciones de ajuste para protección del personal asistencial, para protección de otros pacientes o para el ingreso de equipos no compatibles con resonador. Se formularon los indicadores de seguimiento.

- Implementación de rondas de riesgos en los servicios asistenciales y socialización de barreras de seguridad, a través del boletín **Risktips** con contribución a la Cultura de seguridad del paciente, socializando barreras de seguridad para evitar la materialización de riesgos.



Fuente: Gestión del Riesgo

- Herramienta de seguimiento a riesgos poblacional: nutrición enteral y parenteral, oncología (Ca Gástrico), neutropenia febril y Stroke.
- Implementación del **tamizaje identificación de riesgo suicida en historia clínica**, a través del folio de ingreso Salud IPS, para dar cumplimiento normativo a la atención integral del paciente con riesgo o evento suicida, el cual tiene seguimiento por ente de control distrital. Así mismo, capacitación a profesionales médicos principalmente en servicio de urgencias como puerta de ingreso institucional de casos.

- Generación de **rondas de verificación de riesgos clínicos**, con actividades de socialización sobre riesgos en el cuidado del paciente, que puedan materializar daños. Se acompaña por boletines de socialización RISKTIPS.
- Ronda de auditoría de riesgo a servicios asistenciales y de apoyo: laboratorio Clínico, gastroenterología, urgencias, unidad de cuidado intensivo, hospitalización y cocina.
- Documento de subsistema de gestión del riesgo en salud (Almera).
- Participación en la inducción colaboradores nuevos y estudiantes.

1.2. Seguridad del paciente

- Fortalecimiento e intervención de la cultura del reporte institucional al programa de seguridad del Paciente.
- Articulación y seguimiento con líderes de las vigilancias a eventos de seguridad. (farmacovigilancia, tecnovigilancia, hemovigilancia, reactivovigilancia, vigilancia epidemiológica, salud pública y biovigilancia).
- Abordaje a la primera víctima, donde se realiza una intervención para el afrontamiento del evento.
- Proyecto “vigilancia inteligente: enlace estratégico para la seguridad del paciente” auditoría interna procesos transversales.
- Fortalecimiento de la implementación de los paquetes instruccionales con asignación de líderes.
- Participación en la actualización de documentos de interés para seguridad del paciente.
- Cierre de la base casos seguridad del paciente - Salud Total año 2023 y 2024 al 100%.



1.3. Auditoría médica

- Implementación y ejecución de rondas concurrentes integradas con aseguradores, principalmente con asegurador Salud Total, dada las estadísticas de participación del asegurador en la ocupación hospitalaria y observación urgencias.
- Seguimiento al comportamiento de procedimientos quirúrgicos y apoyos diagnósticos de alto costo.
- Seguimiento al comportamiento de tiempos de estancia de patologías priorizadas de vigilancia.
- Miembro comité largas estancias hospitalarias, generando aumento de la frecuencia de sesiones; pasando de reuniones quincenales a 2 veces por semana.
- Seguimiento pertinencia ordenes institucionales PET SCAN/CT.
- Auditoria adecuado registro clínico de historia clínica, socialización y seguimiento a la mejora.
- Revisión y gestión del mejoramiento de plantillas de Salud IPS en historia clínica, para dar cumplimiento a normatividad vigente.
- Fortalecimiento en la auditoria de historia clínica y consentimiento informado, con metodología estadísticamente significativa, dando cubrimiento a los procesos misionales y de apoyo de la institución. Creación de nuevos indicadores y fortalecimiento en los procesos de sensibilización y socialización de resultados.
- Se amplía la muestra de auditoría de historias clínicas y consentimientos informados dando cobertura a nuevos servicios tales como: apoyo diagnóstico y terapéutico (gastroenterología, imágenes diagnósticas, urología).

1.4. Gestión Clínica

Implementación del proyecto de Grupos relacionados de diagnóstico – GRD, con generación de las respectivas capacitaciones al equipo GRD (jefe enfermería y 2 auxiliares de salud pública) dentro de la fase I del proyecto.



2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1 Indicadores Productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador Tasa de supervivencia, a los 30 días posteriores a eventos de reanimación cardiopulmonar, en el periodo (ID – 360), se implementó durante el año 2024 con la actualización de la Guía rápida de respuesta a código azul UR-GC-007 V5, por lo tanto, no se encuentra comparativo con año 2023.

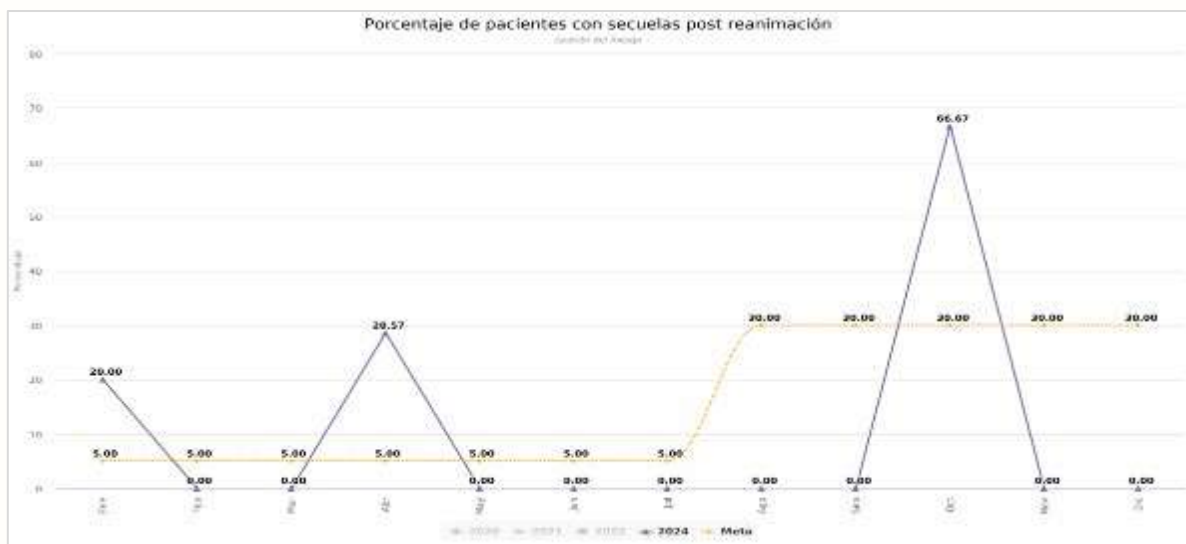
Durante el año 2024 de seguimiento, se evidenció que de 98 pacientes que presentaron paro cardiorrespiratorio institucional, 23 pacientes sobrevivieron a los 30 días posteriores al evento, lo que corresponde a un promedio de tasa anual global de 24.5 x 100 atenciones, con un comportamiento de cumplimiento respecto a la meta de 20 x 100 atenciones.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador Número pacientes que presentan secuelas post – reanimación (ID – 936), durante el año 2024, con la actualización de la Guía rápida de respuesta a código azul UR-GC-007 V5, se ajustó su seguimiento y la confiabilidad de la generación del dato, razón por la cual, no se encuentra comparativo con año 2023.

Durante el año 2024 y según traza de información hasta el mes de Julio 2024, se evaluó indicador al egreso del paciente. A partir de agosto 2024 se evalúa a 6 meses, posterior a evento bajo la escala mRs. Durante el año 2024 hubo 5 pacientes que ante la evaluación presentaron leve discapacidad con 2 y 3 pts, según escala mRs.



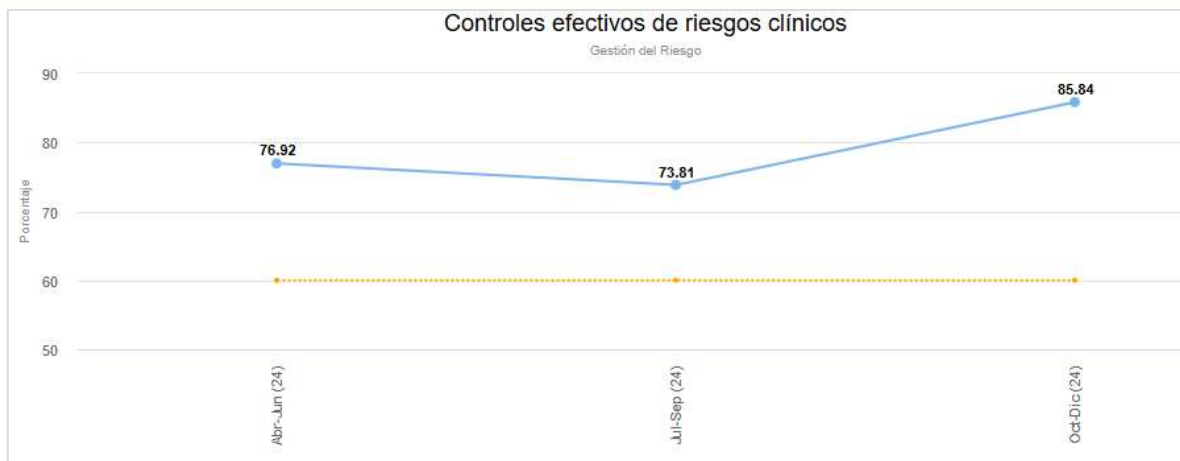
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2024 se establece indicador porcentaje de pacientes con secuelas post reanimación (ID - 362); el cual durante el año 2024 se reajusto su seguimiento con la actualización de la guía rápida de código azul. Se presentaron 2 picos que superaron la meta trazada, la cual, para el mes de abril fijada en 5% y a partir de julio de hasta 30% de los pacientes asistidos con RCCP que presentaron discapacidad (leve con 2 y 3 pts.), con un promedio de desviación en los períodos con valor significativo frente a la meta de 8,41%. Sin embargo, con un promedio anual de 9,06% (dentro de la meta). Se concluye, que la evaluación del indicador es sobresaliente, aunque al tratarse en su mayoría de población polimórbida podría relacionar un pronóstico que limite el desenlace clínico.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2024 se establece indicador. Se evidencia mayor apropiación de líderes de proceso y cumplimiento de la implementación de planes de acción para riesgos clínicos extremos y altos según evaluación en la matriz de calor.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

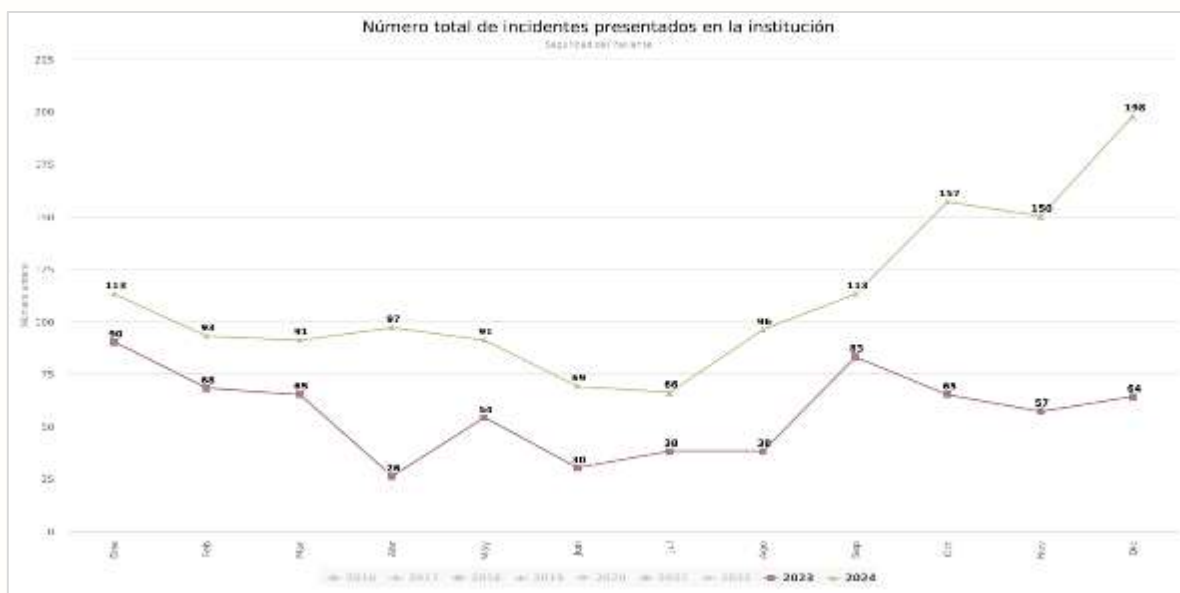
Para el año 2024 se establece indicador. Se evidencia que hubo un rendimiento de mayor apropiación a partir de la ejecución de los controles para los riesgos clínicos tras la ejecución y evaluación de estos logrando cambios en el riesgo residual.

2.1.1 Seguridad del paciente



Fuente: Métrica Programa Seguridad del Paciente.

Durante el año 2024, se encuentra de forma comparativa al año 2023, un mayor número de reportes de casos al programa de seguridad del paciente, y de manera especial una tendencia al aumento de manera significativa desde el trimestre de octubre a diciembre 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almería

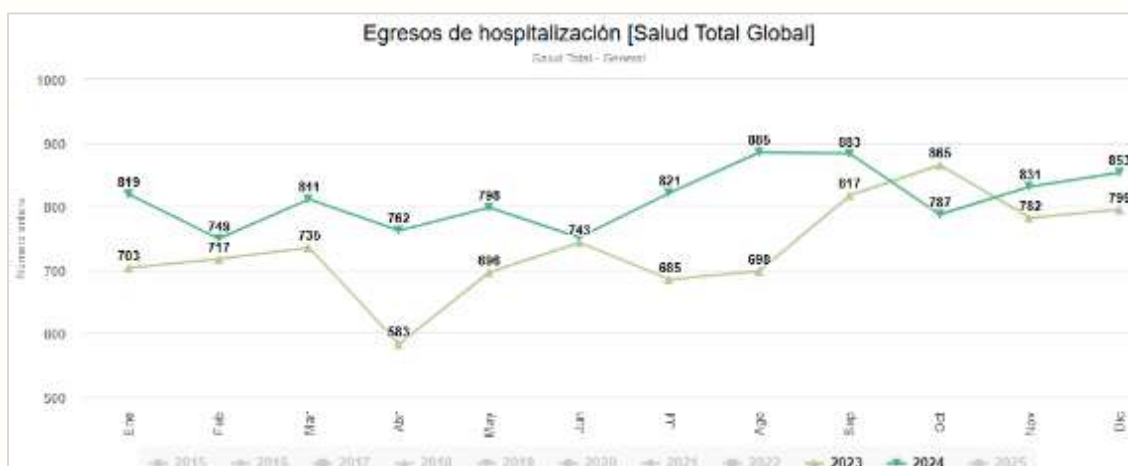
Durante el año 2024, se evidencia un aumento significativo en el reporte de situaciones categorizadas como incidentes en comparación al año 2023. Lo anterior, refleja el mayor número de reportes dentro del fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente y barreras de seguridad que previenen daño o lesión al paciente.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En relación con los reportes de situaciones de seguridad categorizadas como eventos adversos, se evidencia de manera comparativa con el año 2023 un menor número de casos, lo cual, congruente con la métrica de la cultura del reporte y el indicador de número de incidentes, muestra un favorable comportamiento, al aumentar número de reportes al programa de seguridad del paciente, pero la mayor proporción de casos corresponden a incidentes, y no a eventos adversos, concluyendo, que las barreras de seguridad y los controles de gestión del riesgo han evitado daño o lesión al paciente.

2.1.2 Auditoría médica



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En especial con la implementación de la auditoria concurrente, integrada con el asegurador Salud Total, para el año 2024 se presenta un aumento en el número de egresos hospitalarios en relación con el año 2023, con una variación anual acumulada entre ambos años de 10.56, lo que refleja la importancia de la concurrencia diaria en los servicios.



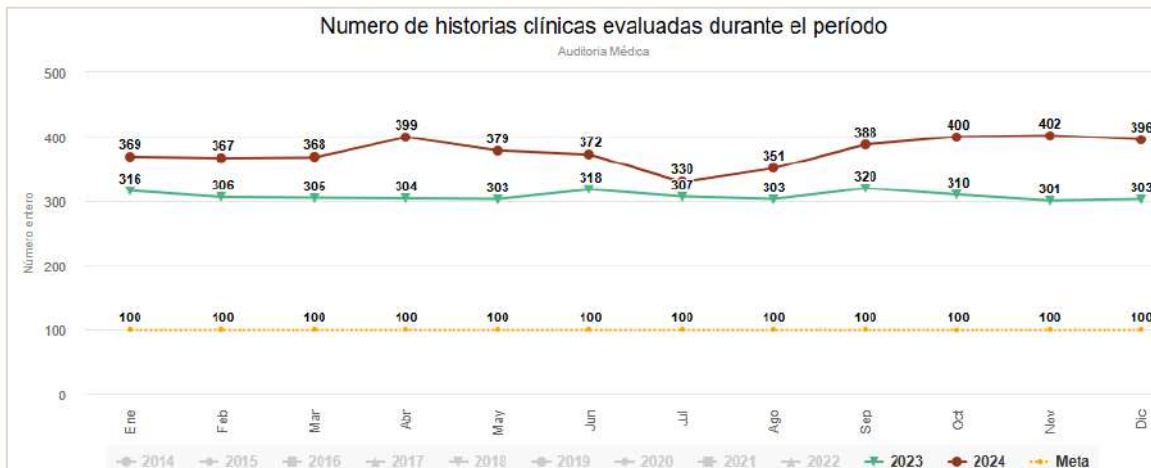
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador, promedio de estancia en hospitalización para pacientes de Salud Total, en relación con la auditoria concurrente integrada, evidencia que en I semestre del año 2024 se encontraba mayor que en año 2023, por lo cual para II semestre de 2024, se ajusta el modelo y se fortalecen las estrategias con un comportamiento del indicador, a la disminución de manera comparativa al año 2023. Se presenta una variación acumulada anual de -1.40 puntos con respecto al año 2023, lo cual, si bien no cumple la meta institucional del plan operativo anual para servicio de hospitalización, de disminuir estancia en 1.5, si evidencia que la nueva orientación del II semestre es positivo ya que demuestra el cambio de la tendencia del indicador.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En relación con la estrategia de auditoria concurrente integrada con Salud Total, para el servicio de urgencias, se evidencio en el año 2024, un aumento significativo del indicador egresos observación, con una variación acumulada anual de 41,4 puntos más que el año 2023.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La auditoría de historia clínica ha contado en el año 2024 con una mayor cobertura en todos los servicios no solo basados en una muestra estadísticamente significativa, sino que se ha dado cobertura a nuevos servicios, como fuente de mejoramiento de los procesos. De esta manera se presenta de manera comparativa entre el año 2023 y el año 2024, una variación anual acumulada de 22.32 puntos, reflejando mayor seguimiento al adecuado registro clínico institucional.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador de auditoría a consentimientos informados en el año 2024, presenta una mejoría significativa de 13.35 puntos, en variación anual acumulada, en comparación al año 2023; lo anterior, en relación con la calidad del registro clínico, como resultado de la monitorización periódica desde auditoria, procesos de educación y socialización de resultados, o jornadas de sensibilización lideradas con apoyo jurídico a los líderes médico-quirúrgicos.

2.2 AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Auditoría concurrente integrada	Implementación y ejecución de rondas concurrentes, integradas con aseguradores a estancias hospitalarias y observación / urgencias, principalmente con asegurador Salud Total, con objetivo de evaluar la pertinencia y la racionalidad técnico-científica, para que se logren los mejores desenlaces en salud y minimizando los riesgos clínicos, inherentes a la atención asistencial.	100%	Articulación con equipo auditoria aseguradores, por rotación de personal por políticas EAPB. Requerimiento de ajuste del modelo con cambios en líderes de proceso.	Noviembre 2024	Planeación e implementación del nuevo modelo de auditoria, concurrente con interacción bajo la misma, de área de gestión clínica con los programas de seguridad del paciente, gestión del riesgo y vigilancias clínicas.
Vigilancia Inteligente	Reingeniería del programa de seguridad del paciente, con el fin de realizar articulación con vigilancias (Tecnovigilancia, biovigilancia, farmacovigilancia, vigilancia epidemiológica, control de infecciones, salud pública, Reactivovigilancia)	50%	Conciliación de metodologías de análisis normativas y metodologías de análisis, programa de seguridad del paciente. Ajustar parametrización de módulo Almera con ajustes del programa sin detener operación en curso del aplicativo.	En curso	Modelo de seguridad del paciente integrativo, entre todas las áreas y programas que vigilan la adecuada prestación de servicios asistenciales.

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Gestión del riesgo clínico institucional	Generación de matrices institucionales de riesgos clínicos enfocado a la prevención, mitigación y control	100%	Requerimiento de fortalecer cultura de la prevención y el riesgo en algunas áreas específicas.	Diciembre 2024	Se cuenta con matrices de riesgos clínicos, generadas con controles y periodicidad de evaluación.
Código Azul	Implementación y seguimiento de los protocolos de reanimación cardio-cerebro-pulmonar internacional, adaptados a la institución con validación de efectividad clínica.	100%	Concertación de agendas. Estrategias de socialización masiva	Octubre 2024	El cumplimiento genera inicio de fase II: equipos de respuesta rápida.

3. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

3.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Participación en los cursos Unitotal direccionados al personal asistencial, de manera que se adquieran conocimientos o actualizaciones pertinentes para ejecutar ronda concurrente con nivel técnico alineado a políticas y protocolos institucionales.

3.2. Evaluación del Clima Organizacional

Dados los cambios de plataforma estratégica, cargos y roles institucionales, no se consideraba la agrupación de los diferentes programas, en lo que actualmente se conforma, el área de gestión clínica, por tanto, no posee una medición específica y se encuentra inmersa en las calificaciones de dirección médica, calidad o departamento de enfermería.

4. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS hospitalario y PACAS ambulatorio, arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

4.2. Sistema de Gestión Documental

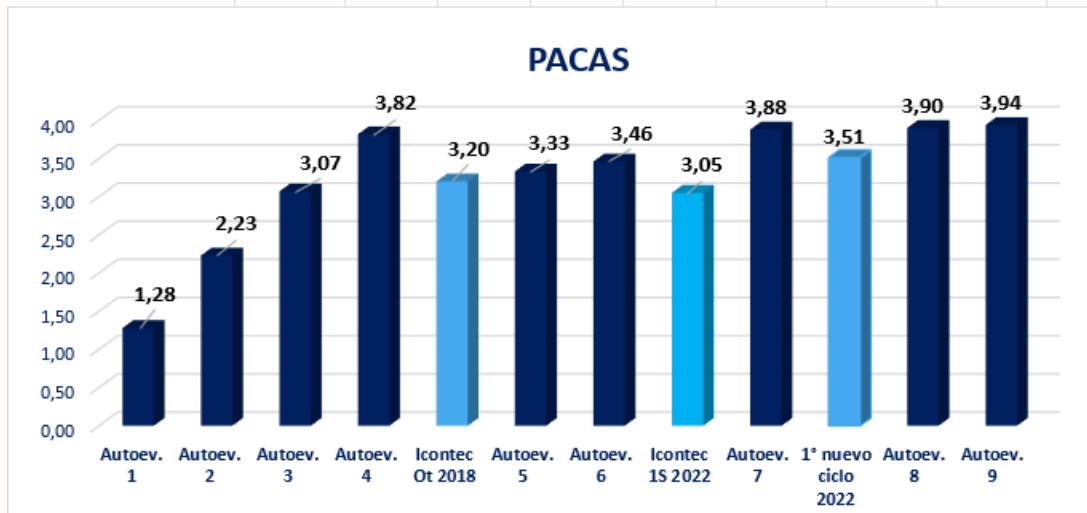
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a Diciembre 2024.



Fuente: Listado Maestro de Documentos

4.3. Autoevaluación Acreditación

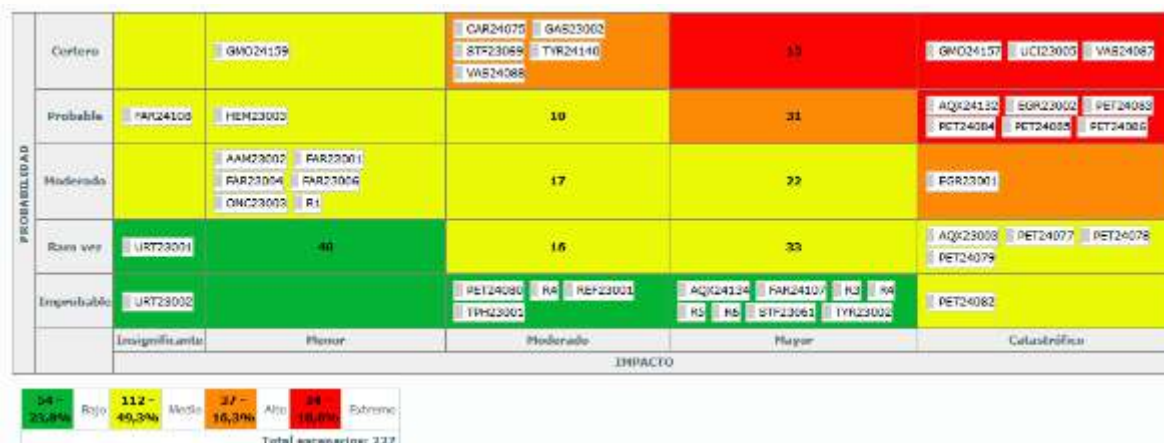
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar, proceso de atención al cliente asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

5. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El gráfico a continuación presenta la clasificación de los riesgos Clínicos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

6. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

		Clínica Los Nogales POA 2024 Gestión de Calidad		<table><tr><td>Código</td><td>2024-SPR-02.1</td></tr><tr><td>Vigencia</td><td>2024</td></tr><tr><td>Estado</td><td>Ejecución</td></tr></table>		Código	2024-SPR-02.1	Vigencia	2024	Estado	Ejecución
Código	2024-SPR-02.1										
Vigencia	2024										
Estado	Ejecución										
Responsable	Coordinación Gestión Clínica			Fecha inicio	2024-01-01	Fecha Fin	2024-12-31				
Resumen cronogramas											
Cronograma				Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento				
Protegiendo a Quienes Nos Protegen: Fortalecimiento de Competencias en Gestión del Riesgo Clínico				100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%				
Proyecto de vigilancia inteligente enfocado en la ejecución de buenas practicas de seguridad del paciente				100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%				
Diseñar e implementar la auditoria de concurrencia que permita establecer la efectividad clinica en los servicios priorizados por la alta direccion				100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%				
TOTAL				100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%				

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Durante año 2024, se evidencio desde auditoria medica el mejoramiento de los indicadores de productividad institucional, sin embargo, factores externos ocasionaron ajustes permanentes que no permitieron sostenimiento de la mejora; por tanto, ya estabilizado los acuerdos entre servicios, roles, cargos y pactos con aseguradores, se proyecta para el 2025, un logro de metas alcanzables en cuanto a productividad, pertinencia cclínica y seguridad del paciente.
- La implementación del protocolo institucional, actuación ante un código azul por parada cardio-cerebro-pulmonar, da paso al proyecto fase II de riesgos clínicos: equipos de respuesta rápida a implementar durante año 2025.

8. PROYECTOS 2025

- Fortalecer la cultura médica organizacional de Gestión del riesgo y seguridad del paciente.
- Aumentar la cultura de reporte sobre los indicios de atención insegura.
- Implementación de Equipos de respuesta rápida.

- Reingeniería programa de seguridad de paciente – módulo Almera que agrupe de manera integral, las vigilancias clínicas y los planes de mejora, en relación con eventos de seguridad.
- Fortalecer la cultura médica organizacional de egreso temprano.
- Apoyar líderes asistenciales hospitalización y urgencias, para lograr disminución de estancia hospitalaria, aumento radicación de tramites de alta temprana.
- Fortalecimiento al proceso adecuado, registro de historia clínica.
- Cumplir la implementación del Proyecto.

Talento Humano



Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C
Autopista Norte, Costado Oriental.



www.clinicanogales.com



(601) 593 70 00

OBJETIVO GENERAL

Garantizar un recurso humano competente, motivado y productivo mediante estrategias que permitan el desarrollo personal y profesional, orientado a lograr los objetivos organizacionales.

1. RESUMEN EJECUTIVO

Para el año 2024 se obtiene un resultado en la medición de clima organizacional de 71,30 evidenciándose un aumento de 0,92 puntos porcentuales con respecto al año 2023 donde el resultado fue de 70,38.

Se evidencia un aumento de 0,74 puntos porcentuales en el resultado de cultura organizacional, pasando de un 76,76% en el 2023 a un 77,50% obtenido en el 2024.

La implementación de la herramienta Evaluatest se ha fortalecido, pasando de 10 pruebas técnicas de cargos, a 64 pruebas en la actualidad; trabajando de manera integrada con las diferentes jefaturas, logrando mejorar e identificar las competencias técnicas que se necesitan para el cargo y aumentando la fidelización con la clínica, pasando de un 5 % a 36% en las pruebas técnicas de Evaluatest sobre el total de los cargos, y un 56% de los cargos ingresados en el último periodo.

Incremento de 4.4 puntos porcentuales del indicador de efectividad en la selección, pasando del 65.3% en el año 2023 a 69.7% en el 2024, logrando así, el fortalecimiento del trabajo en equipo de la unidad, con el conocimiento de la cultura y los perfiles que se requieren, permitiendo que la selección del personal se adapte más fácilmente a la organización optimizando los tiempos de permanencia y adherencia.

Se ajustó en el mes de junio la entrevista de retiro, permitiendo detectar de mejor manera los motivos por los cuales los colaboradores no continúan dentro de la compañía, tomando planes de acción que permiten mitigar la deserción. Se produjo un crecimiento de 2 puntos porcentuales desde la implementación de la entrevista pasando de 76% a 78% de información dentro del sistema.

Validación de los títulos en especial el área asistencial, en el 2024 hubo un total de 524 ingresos, de los cuales 357 eran del área asistencial y se obtuvo una respuesta de la institución educativa en un 92%, garantizando veracidad de la información y credibilidad de los colaboradores que ingresan a la clínica.

Realización del 1 Nogales Team Fest, donde se contó con la participación del 90% de los servicios de la clínica, en esta versión los ganadores de este evento fueron; las áreas de



laboratorio clínico, facturación, cuentas médicas, referencia y contra referencia, gestión del servicio y salas cirugía.

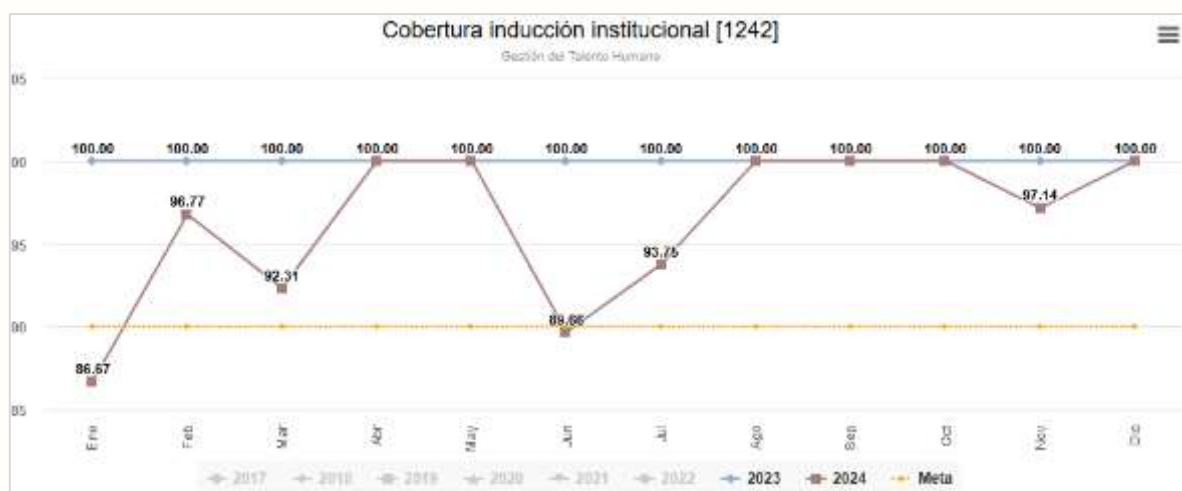
Se evidencia en el cuadro de los cursos Unitotal, una respuesta positiva de avance de cobertura del 84,78% en el último trimestre del año en tanto a los servicios para el cumplimiento a partir de la gestión realizada por el área de capacitación y desarrollo. Y el 15,22% corresponde a los siguientes servicios, quienes se evidencian una respuesta negativa al cumplimiento trasplante de médula ósea, clínica de heridas, dolor, Medicina interna, enfermería, unidad de cuidado intensivo y gastroenterología.

En el mes de marzo, se llevó a cabo la auditoría de seguimiento del modelo efr (empresa familiarmente responsable) de la norma 1000-1. Durante este proceso de auditoría, se destacó la importancia de la conciliación entre la vida laboral y personal de los colaboradores. Como resultado de este ejercicio de auditoría, Clínica Los Nogales ha mantenido su nivel de certificación B.

El área jurídica realiza apoyo a todos los miembros del comité de convivencia laboral; brindando capacitaciones y actividades trimestrales mediante las cuales se pretendía robustecer las capacidades cuantitativas y cualitativas que generan herramientas y habilidades para los miembros del comité para afrontar, cualquier tipo de queja de acoso laboral. Así mismo, de cara a las actividades tenían el objetivo de propender por un clima organizacional estable y funcional, se llevaron a cabo el 100% de las reuniones programadas

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores Productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2024 se obtuvo un promedio de 96,36% en el cumplimiento al proceso de inducción, superando la meta en 6,36 puntos porcentuales, así mismo se evidencia que frente al año 2023 donde se obtuvo un 100% de cumplimiento se evidencia una disminución de 3,7 puntos porcentuales. Este resultado se obtiene debido a que en los primeros 3 meses del año se presentó una falla en el sistema lo que impidió que se pudiera hacer uso de la plataforma Unitotal, generando algunos faltantes en esta actividad.

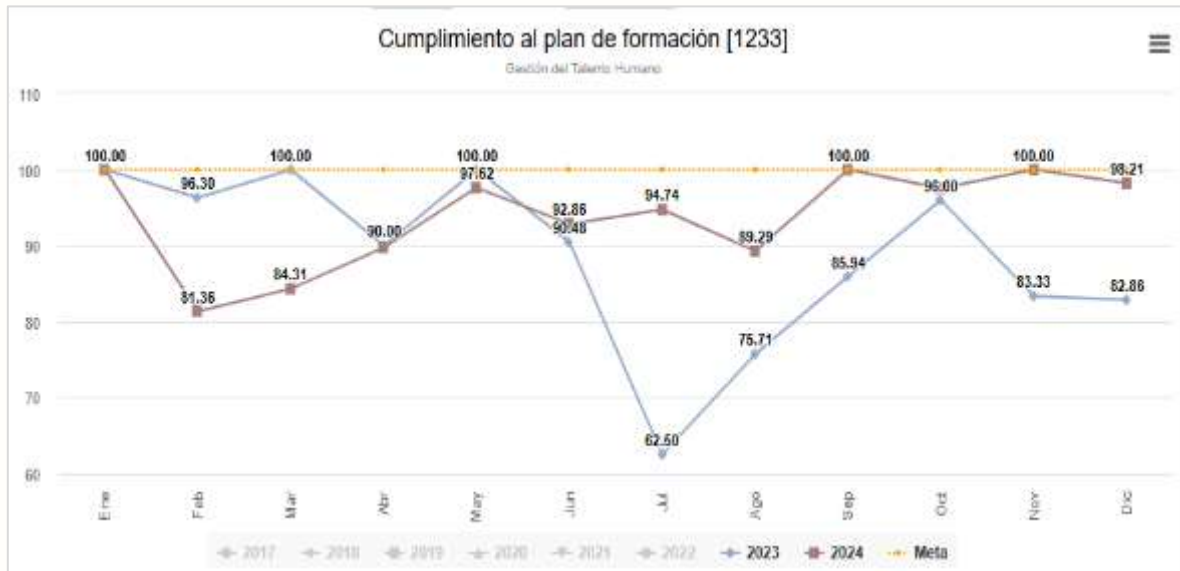


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2024 el acumulado de este indicador fue de 91,89%, en donde se evidencia un aumento de 7,99 puntos porcentuales con respecto al año 2023 donde se obtuvo 83,90%. Este indicador se encuentra 6,89 puntos porcentuales sobre la meta definida de 85%.

Este avance se debe a las acciones formativas integrales implementadas en las diversas áreas de la unidad, así como a la realización de rondas para grupos amplios de colaboradores de distintos servicios. El resultado obtenido resalta la receptividad y el compromiso de los nuevos líderes, quienes han trabajado de manera conjunta con el área de capacitación y desarrollo. Las acciones realizadas incluyen rondas de seguimiento a cada uno de los servicios, el envío de correos electrónicos y piezas gráficas, así como recordatorios vía WhatsApp y correo sobre las capacitaciones. Además, se ha mantenido un acompañamiento constante mes a mes, lo que ha permitido asegurar que la gestión del cumplimiento del indicador se realice de manera conjunta con los líderes de cada servicio.

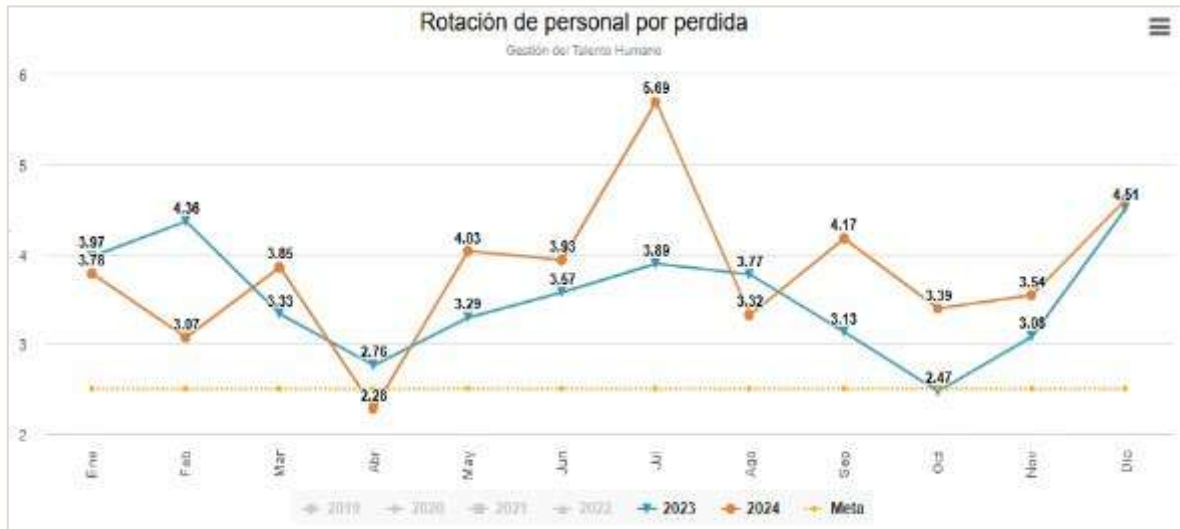
Este enfoque resalta claramente los logros alcanzados y los esfuerzos realizados para cumplir con la meta.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En cuanto al cumplimiento del plan de formación el año 2024 se obtuvo un acumulado de 91,89% en el cumplimiento al plan de formación, superando la meta de 85% en 6,89 puntos porcentuales, así mismo se evidencia que se obtiene un aumento de 7,99 puntos porcentuales frente al año 2023 donde se obtuvo un acumulado de 83,90.

Este avance se debe a las acciones formativas integrales implementadas en las diversas áreas de la unidad, así como a la realización de rondas para grupos amplios de colaboradores de distintos servicios. El resultado obtenido resalta la receptividad y el compromiso de los nuevos líderes, quienes han trabajado de manera conjunta con el área de Capacitación y Desarrollo. Las acciones realizadas incluyen rondas de seguimiento a cada uno de los servicios, el envío de correos electrónicos y piezas gráficas, así como recordatorios vía WhatsApp y correo sobre las capacitaciones. Además, se ha mantenido un acompañamiento constante mes a mes, lo que ha permitido asegurar que la gestión del cumplimiento del indicador se realice de manera conjunta con los líderes de cada servicio. Este enfoque resalta claramente los logros alcanzados y los esfuerzos realizados para cumplir con la meta.

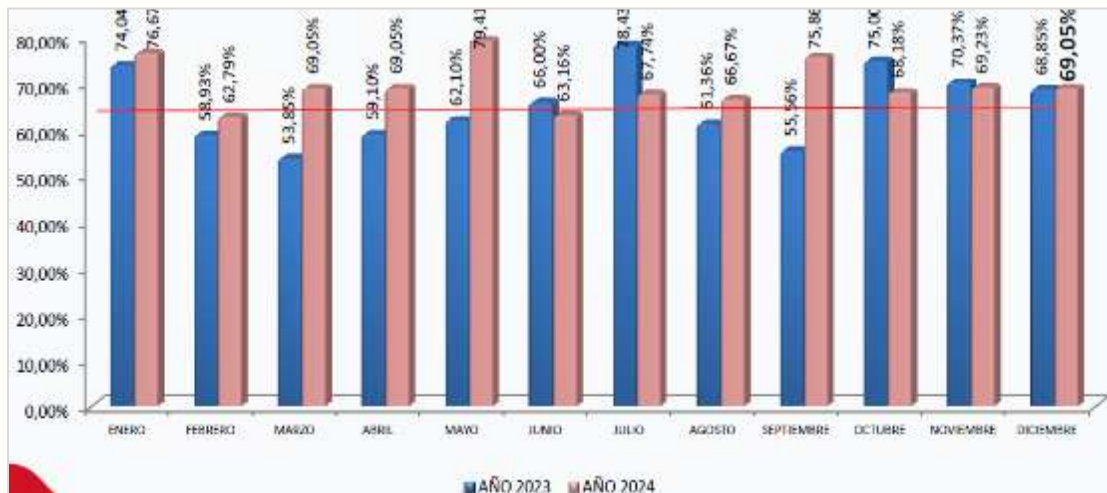


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El comportamiento de la rotación de personal del año 2024 presentó un aumento en los retiros que se presentaron por los diferentes motivos como renuncia de trabajador, terminación sin justa causa, terminación con justa causa, terminación de contrato por obra o labor, abandono de cargo, mutuo acuerdo entre las partes. El promedio de la rotación anual fue de 3,80 % aumentando 0,29 puntos porcentuales comparados con el año 2023 dado que el resultado para este periodo fue de 3,51%.

Los cargos que tuvieron mayor rotación en el año 2024 fueron auxiliares de enfermería con 79 retiros, médico general 39 retiros, auxiliar de Facturación 28 retiros, auxiliar de enfermería (N) con 26 retiros, enfermero jefe 25 retiros, auxiliar de admisiones 22, instrumentador quirúrgico con 14 retiros, enfermero jefe (N) con 13 retiros, los motivos de retiro más comunes que se presentaron durante el año fue mejores condiciones laborales con dos tipos mejores condiciones económicas y crecimiento profesional, por motivos personales inicio de estudios y calamidad familiar, clima laboral por dificultades en la comunicación con el jefe inmediato, Carga laboral por sobrecarga laboral.

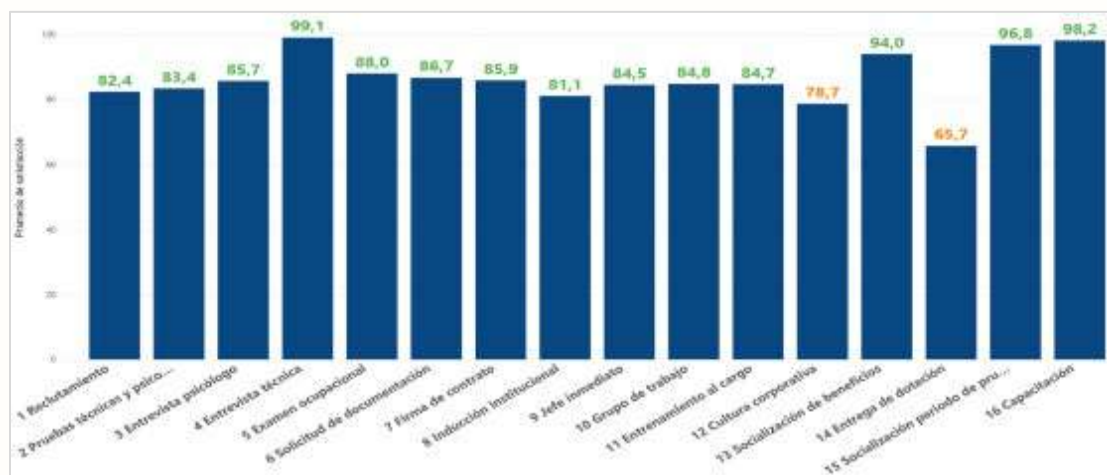
2.2. Efectividad en la selección



Fuente: Talento Humano

El comportamiento de la efectividad durante el año 2024 llegó a un resultado promedio de 69.74% el cual no cumplió con la meta del 80%, comparado con el año 2023 la efectividad mejoró en 4.44 puntos porcentuales, se presentan los retiros de los siguientes cargos en menos de 6 meses Auxiliar De Enfermería, Medico General, Auxiliar De Facturación, Enfermero (A) Jefe, Auxiliar De Admisiones, Auxiliar De Enfermería (N), Auxiliar Facturación (S), Auxiliar De Laboratorio (S), Instrumentador (A) Quirúrgico (A), Anfitrión (A) De Servicio, Auxiliar De Enfermería (N) (S), Recepcionista, Enfermero (A) Jefe (N), Bacteriólogo (A) (S) Y Auxiliar De Sistemas.

2.3. Resultados experiencia del Colaborador



Fuente: Coordinación Talento Humano

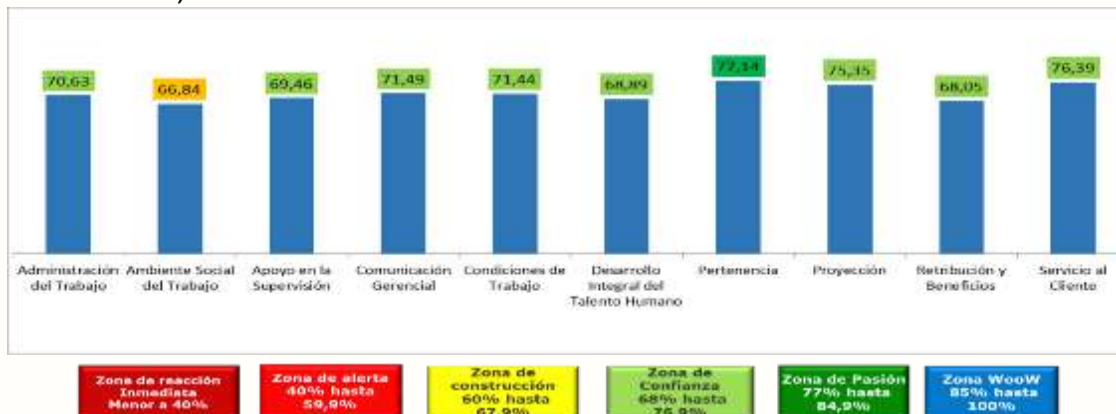
Para el año 2024 se realiza la implementación de la encuesta de experiencia del colaborador en la cual se empieza a medir la percepción de los colaboradores que ingresan a la clínica en el periodo entre 2 y 6 meses. De acuerdo con esto para el año 2024 se observa un alto nivel de satisfacción en la entrevista técnica, seguido de las capacitaciones y la socialización del periodo de prueba. Por el contrario, los ítems con más baja puntuación fueron la entrega de la dotación y la cultura corporativa.

2.4. Resultados de Clima laboral



Fuente: Coordinación Talento Humano

Para el año 2024 se obtiene un resultado de 71,30 evidenciándose un aumento de 0,92 puntos porcentuales con respecto al año 2023 donde el resultado fue de 70,38. Estos resultados obedecen a un aumento en áreas como hemodinamia, donde aumentó un 17,57 puntos porcentuales pasando de un 57,50 a un 75,08, seguido del área de patología quien aumentó en 15,41 puntos porcentuales donde para el año 2023 obtuvo 63,61 y el año 2024 obtuvo 79,01 y laboratorio quien aumentó en 13,13 puntos porcentuales pasando de 63,38 en el 2023 a 76,51 en el 2024.



Fuente: Coordinación Talento Humano

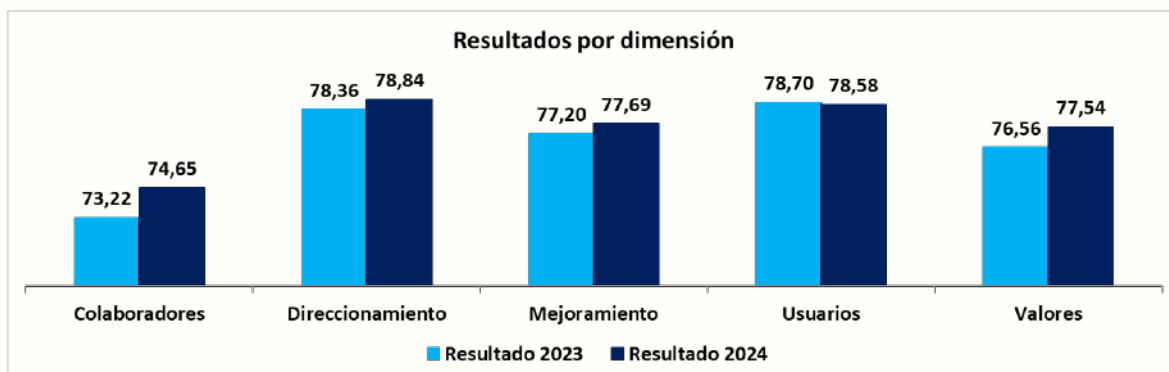
Se destaca que la faceta con mayor puntuación fue la de pertenencia con un 77,14, seguido por servicio al cliente con 76,39, por el contrario, en las facetas más bajas se encuentra ambiente social de trabajo con 66,84 puntos.

2.5 Cultura organizacional



Fuente: Coordinación Talento Humano

Para el año 2024 se evidencia un aumento de 0,74 puntos porcentuales en el resultado de cultura organizacional pasando de un 76,76% en el 2023 a un 77,50% obtenido en el 2024.



Fuente: Coordinación Talento Humano

Cabe aclarar que, 4 de las 5 facetas evaluadas presentaron un indicador con tendencia positiva desde la dimensión colaboradores con un 1,43 punto porcentual de mejora, seguido por la dimensión valores con 0,98 puntos porcentuales. Por otro lado, la dimensión usuarios presentó un resultado desfavorable disminuyendo 0,12 puntos porcentuales con respecto al año 2023.

2.6 Comportamiento horas extras



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2024 se obtiene un promedio de horas extras pagadas de \$24.026.519 pesos, donde se evidencia una disminución de \$12,526,954 pesos con respecto al 2023 donde se pagaron en promedio un valor de \$36,553,474 pesos.

2.2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Implementación de las pruebas técnicas a través de Evaluatest	Identificar las competencias técnicas que se necesitan para la selección de los diferentes cargos vacantes.	50%	No se han recibido la creación de pruebas técnicas por parte de algunos líderes especialmente de áreas asistenciales	Junio 2025	A pesar de realizar un avance en las pruebas existen cargos sin prueba técnica la cual en algunos casos se realiza de forma presencial.
Nogales Team Fest	Fortalecer los resultados obtenidos en la encuesta de clima organizacional, evaluación de desempeño,	100%	El nivel obtenido en la encuesta de clima organizacional disminuyó en el último año, así mismo se busca mejorar la	Diciembre 2024	A nivel general se obtiene una buena participación y satisfacción en el cierre del Nogales team fest, lo cual

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
	cultura y programa de capacitación		participación en las formaciones programadas		sirve de insumo para fortalecer esta estrategia en el 2025
Programa de liderazgo	Facilitar el desarrollo de habilidades de liderazgo para los cargos estratégicos, con las cuales se puedan adaptar a los cambios de forma proactiva y participativa.	100%	El nivel de participación obtenido fue del 85% donde algunos líderes no asistían por motivos laborales ajenos a la programación	Diciembre 2024	Se logra culminar la segunda etapa programada con los líderes, sin embargo, se espera continuar con el programa en el año 2025 amentando la cobertura a líderes tácticos.

3. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

3.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Se llevan a cabo las siguientes acciones de formación con el personal del área de gestión humana a través de la plataforma Unitotal:

- Sagrilaft y programa de transparencia.
- Sistema único de habilitación Resolución 3100.
- Competencias laborales.
- Inclusión y diversidad.

Así mismo, se organizan jornadas de capacitación desde Medical Talento Humano, dirección general, donde se refuerzan temas en nómina, seguridad y salud en el trabajo, selección y contratación.

3.2. Evaluación del Clima Organizacional

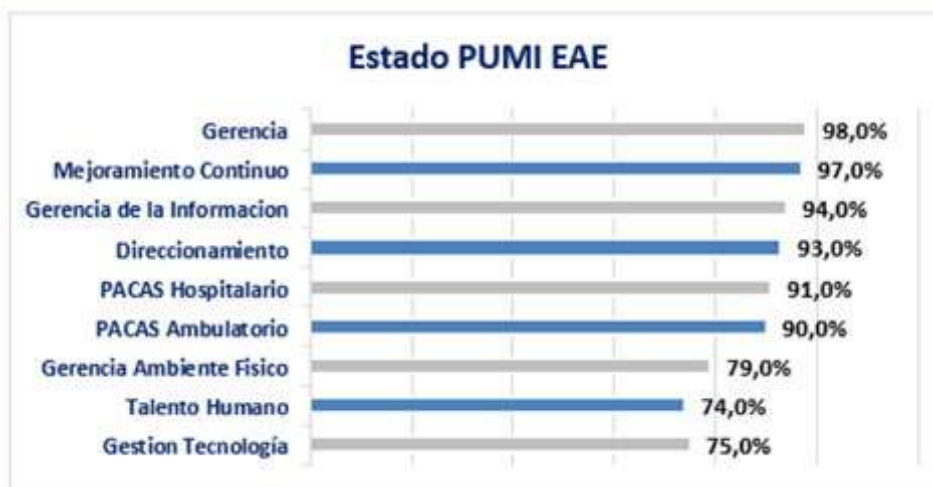
En el área de gestión humana se llevaron a cabo las siguientes actividades como estrategias para impactar en el clima organizacional del área:

- Celebración de los cumpleaños de cada uno de los miembros del equipo realizando un almuerzo, compartir o entrega de detalle por parte de los demás compañeros.
- Cena de fin de año organizada por la coordinación de gestión humana, donde se hace la invitación a un espacio de revisión de los logros obtenidos y propósitos para el año siguiente en cada uno de los procesos.
- Socialización de los indicadores mensuales del área a través de retroalimentación a cada proceso, en los aspectos positivos y los aspectos a mejorar planteando estrategias a implementar en la unidad.
- Para el año 2024 se presentó la rotación de 3 personas en el área, las cuales renunciaron de forma voluntaria por mejores condiciones laborales y traslado de lugar de residencia.

4. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

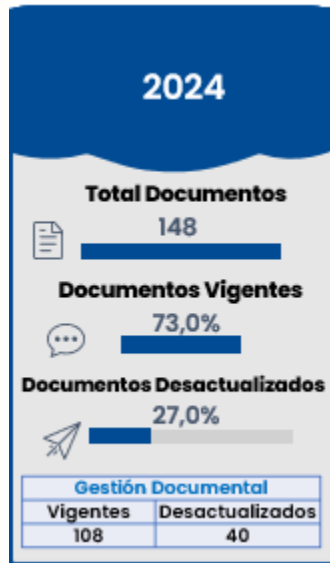
Para este subproceso aplica el estado del PUMI del estándar Gerencia del Talento Humano, los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe de Mejoramiento.

4.2. Sistema de Gestión Documental

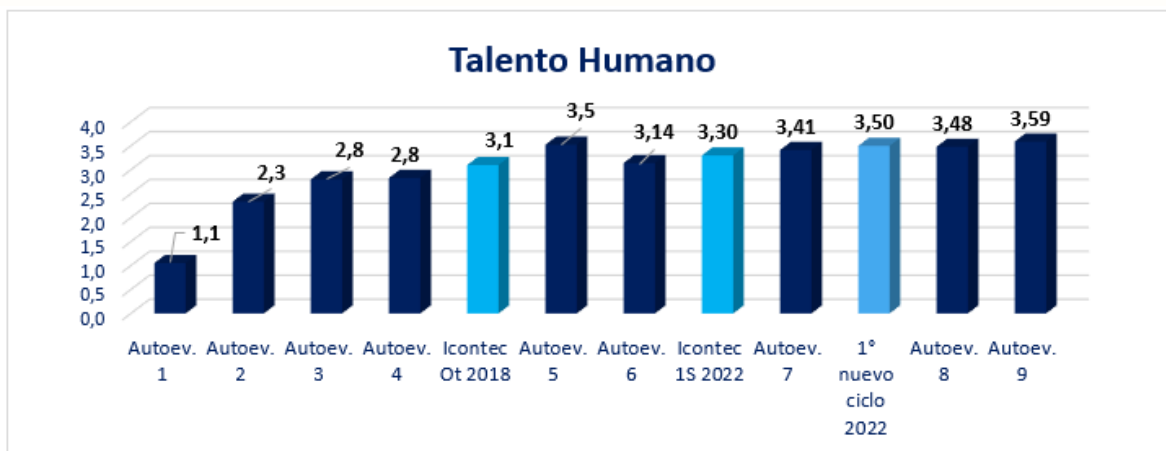
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado maestro de documentos

4.3. Autoevaluación Acreditación

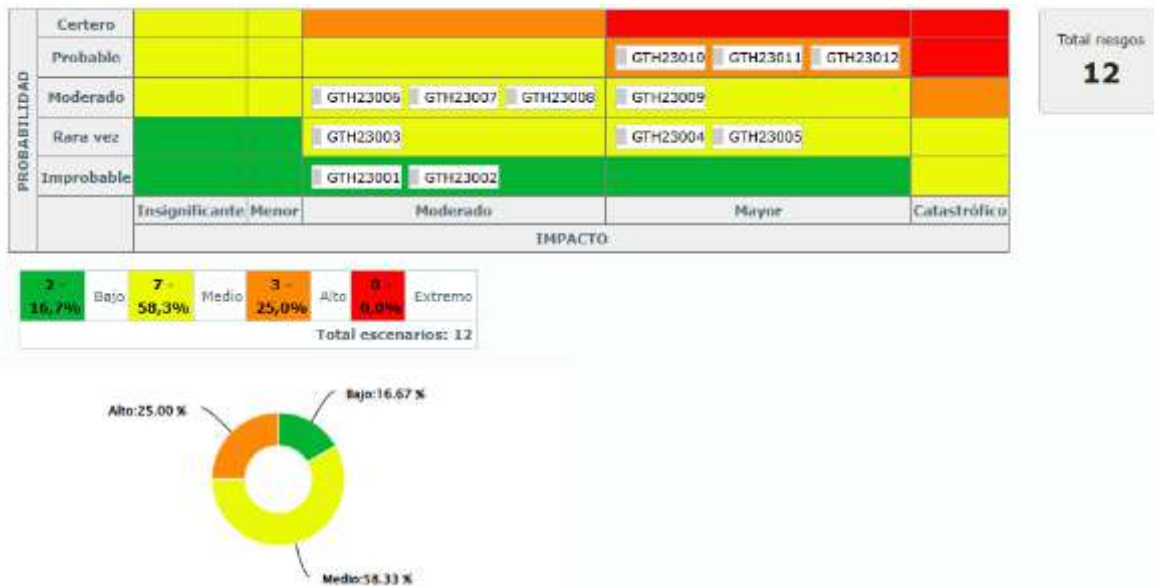
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Gerencia del Talento Humano. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.59.



Fuente: Calificación Nogales

5. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

6. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

Los Nogales

Comunidad

POA 2024 Talento Humano

Código

2024-SPR-18.1

Vigencia

2024

Estado

Ejecución

Responsable

Jefatura Talento Humano

Fecha inicio

2024-01-01

Fecha Fin

2024-12-31

Resumen cronogramas

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Ruta Administrando nuestro Talento humano	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Ruta Para nuevos Róneos tripulantes	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente Sistema de Gestión integrado Almera

7. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Para el año 2024 se obtiene un resultado en la medición de clima organizacional de 71,30, evidenciándose un aumento de 0,92 puntos porcentuales con respecto al año 2023, donde el resultado fue de 70,38. Estos resultados obedecen a un aumento en áreas como hemodinamia donde aumentó un 17,57 puntos porcentuales pasando de un 57,50 a un 75,08, seguido del área de patología quien aumentó en 15,41 puntos porcentuales donde para el año 2023 obtuvo 63,61 y el año 2024 obtuvo 79,01 y laboratorio quien aumentó en 13,13 puntos porcentuales pasando de 63,38 en el 2023 a 76,51 en el 2024.

- Para el año 2024 se evidencia un aumento en el resultado de la medición de cultura organizacional, de 0,74 puntos porcentuales con respecto al año 2023 a pasando de un 76,76% a un 77,50% respectivamente. Se destaca el aumento en los resultados de 4 de las 5 dimensiones evaluadas.
- Para el año 2024 se obtiene un promedio de horas extras pagadas de \$24.026.519 pesos, donde se evidencia una disminución de \$12,526,954 pesos, con respecto al 2023 donde se pagaron en promedio un valor de \$36,553,474 pesos, siendo esto favorable a nivel económico para la organización.
- Para el año 2024 el indicador acumulado de cobertura de plan de formación fue de 91,89%, en donde se evidencia un aumento de 7,99 puntos porcentuales con respecto al año 2023 donde se obtuvo 83,90%. El resultado obtenido resalta la receptividad y el compromiso de los nuevos líderes, quienes han trabajado de manera conjunta con el área de Capacitación y Desarrollo. Las acciones realizadas incluyen rondas de seguimiento a cada uno de los servicios, el envío de correos electrónicos y piezas gráficas, así como recordatorios vía WhatsApp y correo sobre las capacitaciones.
- En cuanto al cumplimiento del plan de formación el año 2024 se obtuvo un acumulado de 91,89% en el cumplimiento al plan de formación, superando la meta de 85% en 6,89 puntos porcentuales, así mismo se evidencia que se obtiene un aumento de 7,99 puntos porcentuales frente al año 2023 donde se obtuvo un acumulado de 83,90. El resultado obtenido resalta la receptividad y el compromiso de los nuevos líderes, quienes han trabajado de manera conjunta con el área de Capacitación y Desarrollo.

9. PROYECTOS 2025



Fuente: Coordinación de talento humano

Para el 2025 se proponen como proyectos a desarrollar los anteriormente mencionados, destacando la importancia de fortalecer la experiencia del colaborador desde su ingreso a la institución hasta su desvinculación. Para esto se deben tener en cuenta los cambios a nivel legal los cuales para este año 2025 generarán un impacto en la gestión del talento humano.

- **Estrategia Acompañándote**



Fuente: Coordinación de talento humano

Dentro de la gestión operativa anual 2025 se propone la implementación de la estrategia denominada “Acompañándote”, la cual tiene como objetivo mejorar la experiencia de los colaboradores con el servicio de la oficina de talento humano, facilitando el acceso y la cercanía de los colaboradores, con relación a los horarios en la oficina de talento humano, trámites y gestión de sus necesidades en su puesto de trabajo, así como el incremento de uso de beneficios y el impacto del modelo EFR.

- **Estrategia Formándote**



Fuente: Coordinación talento humano

Esta estrategia tiene como objetivo articular el desarrollo de competencias de los colaboradores con los resultados clínicos o de adherencia de los procesos o servicios con el fin de aportar al logro de objetivos en salud. La formación debe ser una herramienta para apalancar resultados y no solo un fin orientado a la cobertura y el aprendizaje, por ello este programa busca llegar a todos nuestros médicos generales, especialistas y terceros para incentivarlos en su desarrollo, pero sobre todo en los resultados.

Con lo anterior se busca reducir el riesgo y errores clínicos en la implementación de las Guías de Práctica Clínica armonizadas para el año, aumento en la adherencia a los protocolos, mayor motivación, desarrollo y retención del personal médico, impacto positivo en la seguridad y satisfacción del paciente y gestión del riesgo de manera eficiente.

- **Jurídico**

Los objetivos para 2025 serán mantener la unidad actualizada con todos y cada uno de los cambios jurídicos en materia de derecho laboral, manteniendo las políticas actualizadas o creando las nuevas políticas que, por mandamiento legal, sean de obligatoria implementación al interior de la Unidad.

A corto plazo, se realizarán:

- Crear la política De Prevención, Protección Y Atención Del Acoso Sexual Y Violencia De Género En El Ámbito Laboral.
- Implementar capacitaciones trimestrales de relaciones laborales con la finalidad de disminuir los procesos disciplinarios.
- Continuar y aunar esfuerzos con Gestión del Talento Humano para continuar y fortalecer la medida EFR de pre pensionados para brindar el apoyo jurídico en la consecución de las pensiones de nuestros trabajadores quienes cumplen con los requisitos de pensión en Colombia.



Seguridad y salud en el trabajo

Los Nogales | Torre 2

OBJETIVO GENERAL

Planear, ejecutar y evaluar el sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo (SG-SST), mediante acciones de promoción, prevención y atención en salud, y control de los riesgos detectados; mejorando las condiciones de trabajo con el fin de elevar los niveles de seguridad, salud y bienestar del personal que desarrolla actividades en Clínica los Nogales.

1. RESUMEN EJECUTIVO

En el año 2024, las actividades del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) de la clínica los Nogales fueron programadas y ejecutadas de acuerdo con las necesidades identificadas en las tres líneas de gestión del sistema: gestión de la salud, gestión del riesgo y gestión de las amenazas. Estas actividades se enfocaron en garantizar la integridad y el bienestar de los colaboradores, logrando un cumplimiento del 93% del plan de trabajo anual del SG-SST, superando en 3 puntos porcentuales la meta estipulada,

Entre los principales logros, se destaca la ejecución de actividades dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con la implementación de cuatro iniciativas de gran impacto que no habían sido planificadas ni realizadas en años anteriores. Estas actividades estuvieron enfocadas en salud visual, salud mental, salud cardiovascular y la prevención de accidentes laborales relacionados con riesgos biológicos; gracias a estas acciones, se alcanzó una participación del 78% de los colaboradores quienes participaron por lo menos en una en las actividades del SG-SST, fortaleciendo la cultura de seguridad y salud en el trabajo en la organización.

1.1. Gestión de la salud

Con la finalidad de promover hábitos de estilos de vida saludables, prevenir enfermedades, accidentes de trabajo y controlar los peligros que generan riesgo para los colaboradores de la clínica, se ejecuta el plan de trabajo durante lo corrido del año con las siguientes actividades:

Exámenes periódicos ocupacionales: En 2024, se realizaron 744 exámenes periódicos ocupacionales, alcanzando una cobertura del 82% de los colaboradores, lo que representa un incremento del 17% respecto al año anterior. Este avance fortalece los sistemas de vigilancia epidemiológica para 2025, al contar con información actualizada y relevante sobre la salud de los trabajadores.

Mesa Laboral: Teniendo en cuenta que el propósito de la mesa laboral es, promover de manera guiada, coherente y crítica temas específicos relación con el estado de salud, administrativo y/o jurídico de los trabajadores incluidos, para dar solución a su estado



laboral en la organización, durante el año 2024 se realizaron dos mesas laborales una en cada semestre, finalizando el año se cuenta con 10 casos, clasificados estos en los siguientes cargos en mesa laboral: 8 auxiliares de enfermería, 1 ingeniero biomédico y 1 cajera.

Es adecuado tener en cuenta los criterios de inclusión mesa laboral: Incapacidad mayor de 90 días. Trabajadores con recomendaciones y/o restricciones médico labores o reubicaciones por difícil manejo. Patologías crónicas de origen común o laboral de difícil manejo, que ameritan incapacidad prolongada y que acareen permisos recurrentes.

- Recomendaciones médico-laborales: En el cierre del año 2024, el número de colaboradores con recomendaciones médico-laborales se redujo a 6, evidenciando una disminución significativa frente a los 9 casos registrados en 2023. Este logro resalta el impacto positivo de las acciones implementadas durante el año para promover la salud y el bienestar de los colaboradores. Se destacan actividades como jornadas de promoción del autocuidado, la ejecución de exámenes periódicos ocupacionales, y otras iniciativas saludables que fomentaron hábitos preventivos y contribuyeron a mejorar las condiciones de salud laboral, consolidando así una cultura organizacional orientada al bienestar integral.
- Hábitos de estilos de vida saludable: Promover hábitos de vida saludable en el entorno laboral es clave para garantizar el bienestar físico y mental de los colaboradores, reducir riesgos asociados a enfermedades laborales y accidentes de trabajo. La práctica regular de actividad física, pausas activas, la gestión de la salud mental, la salud visual, entre otros. Contribuyen a prevenir patologías relacionadas con el sedentarismo y la sobrecarga laboral. Estas acciones, integradas a los programas de Seguridad y Salud en el Trabajo, fortalecen una cultura de autocuidado y promueven ambientes laborales más seguros y saludables. Las actividades ejecutadas en el año 2024 permitieron que el 78% de los colaboradores tuvieran alguna participación frente a las actividades de SST.

POA 2024, Coaching liderazgo: Dando continuidad a la iniciativa de fortalecer las habilidades de los líderes estratégicos en la clínica, durante el año 2024 se lleva a cabo la segunda etapa del programa de liderazgo “Life leading” cuyos objetivos fueron:

- Facilitar el desarrollo de habilidades de liderazgo para las personas y con las cuales se puedan adaptar a los cambios de forma proactiva y participativa.
- Desarrollar un conjunto de hábitos que faciliten el logro de objetivos, a partir de la confianza, transformación personal y desarrollo de sus equipos de trabajo.

- Brindar herramientas efectivas para el diseño, desarrollo y ejecución de planes de acción, así como de herramientas de alto impacto que faciliten el mejoramiento continuo personal y la gestión de emociones.

Se realizaron cuatro (4) jornadas de intervención con los líderes obteniendo en promedio una asistencia de 85% de los líderes, en la segunda etapa del programa:

La segunda etapa del programa de liderazgo finalizó en el mes de diciembre de 2024 donde los líderes lograron certificar la asistencia y la aprobación a este programa, resultando así, que los líderes se graduaran y recibieran la certificación.



Fuente: Seguridad y Salud en el Trabajo

Vacunación: Durante el año 2024, el área de Seguridad y Salud en el Trabajo implementó con éxito la vacunación contra la influenza, alcanzando una cobertura del 26% de los colaboradores, tanto asistenciales como administrativos, quienes participaron de manera voluntaria en las jornadas.

La decisión de llevar a cabo estas jornadas se fundamentó en el análisis del ausentismo registrado en 2023, donde la rinofaringitis fue el diagnóstico más frecuente. Esta iniciativa refuerza el compromiso con la prevención y la protección de la salud de los colaboradores.

Asimismo, para la prevención de enfermedades infectocontagiosas, se realizan jornadas de vacunación de los biológicos: Hepatitis B, meningococo, DPT, triple viral. A su vez, se realiza vigilancia con pruebas de tuberculina y titulación hepatitis B.

Se alcanzó una cobertura del 42% de los colaboradores asistenciales en las jornadas de vacunación, completando sus esquemas con la vacuna triple viral, meningococo, Hepatitis B (HpB), DPT, además de la realización de pruebas de tuberculina y titulación de Hepatitis B, garantizando su protección integral y bienestar.

Pruebas de detección de consumo de alcohol y sustancias Psicoactivas (SPA): Durante el año 2024, se dio continuidad con la implementación de la política de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas mediante la realización de pruebas cualitativas de alcoholimetría y detección de SPA en orina, enfocadas en los cargos de “auxiliar”. Las pruebas de alcoholimetría fueron realizadas con equipos calibrados de Medical TH “Alcovisor Mercury”, mientras que las pruebas de SPA estuvieron a cargo de la IPS Zona Médica. Además, se destacó la ejecución estratégica de pruebas de alcoholimetría en fechas clave como partidos de fútbol, actividades culturales y festividades. Durante el año, dos (2) colaboradores presentaron novedad en los resultados, de tal manera que se comunicó al área de talento humano y área jurídica para el debido manejo.

1.2. Gestión del Riesgo General

Con la finalidad de prevenir enfermedades, accidentes de trabajo y controlar los peligros que generan riesgo para los colaboradores de la clínica, se ejecuta el plan de trabajo durante lo corrido del año con las siguientes actividades:

Control riesgo físico radiaciones ionizantes: El control del riesgo es fundamental para garantizar la seguridad y salud de las personas expuestas, tanto en entornos laborales como en el ámbito clínico. Este control implica la implementación de medidas preventivas.

Uso de elementos de protección personal: En el año 2024, se realiza compra de equipos de elementos de protección personal plomados (13 chalecos plomados y 5 cuellos plomados), cuya finalidad es dar cubrimiento y garantizar suficiencia de los EPP plomados.

Exámenes periódicos: Para el trabajador ocupacional expuesto, se realiza examen periódico de manera semestral, garantizando así vigilancia epidemiológica ocupacional por médico laboral.

Entrega de dosímetros: Mensualmente, se realiza entrega de dosímetro personal con el objetivo de hacer seguimiento a la exposición a las radiaciones ionizantes, lo anterior, permite identificar alguna irregularidad durante la práctica clínica con las radiaciones ionizantes.

Capacitación en protección radiológica: El área de SST junto con el área de capacitaciones lideran la actualización y seguimiento al curso de protección radiológica que está elaborado bajo la Resolución 482 de 2018 (Curso actualizado en el año 2024). A corte del mes de diciembre de 2024, el 91,4% de los colaboradores realizaron y aprobaron el curso que se encuentra disponible y habilitado en la plataforma Unitotal.



Control riesgo físico condiciones ambientales: Las mediciones ambientales, como luxometrías (iluminación) y sonometría (ruido), son clave en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). Estas mediciones permiten validar que la iluminación y el ruido cumplan con estándares de seguridad ocupacional, con el fin de prevenir fatiga visual, accidentes de trabajo, enfermedades laborales, incomfort en el trabajo por ruido, entre otros. Al identificar riesgos e implementar controles, se protege la salud de los colaboradores y se fomenta un entorno laboral seguro y preventivo.

Control riesgo químico: En el año 2024, se realizó la primera actividad que corresponde a la ejecución del programa de riesgo químico, se realizó la inspección sobre la manipulación, disposición y almacenamiento de los productos químicos, identificando así, oportunidades de mejora en el laboratorio clínico, área de patologías, entre otros. Cabe recalcar, que durante el año 2025 se da continuidad a las actividades correspondiente al programa de riesgo químico.

Control del riesgo biológico: En el año 2024, el control del riesgo biológico en la clínica se fortaleció mediante auditorías exhaustivas en las áreas asistenciales durante todos los turnos, garantizando una supervisión integral y continua. Estas auditorías permitieron identificar oportunidades de mejora en la gestión del riesgo y asegurar el cumplimiento de los protocolos establecidos frente a la prevención del riesgo biológico y a la prevención de infecciones. Además, se realizaron inspecciones periódicas de los elementos de protección personal (EPP) para verificar su adecuado estado y uso, reforzando la adherencia. Como parte del enfoque preventivo, se socializaron las lecciones aprendidas de los accidentes laborales relacionados con factores de riesgo biológico.

1.3. Gestión De Amenazas

La gestión de amenazas en emergencias y desastres en la clínica es crucial para minimizar riesgos, proteger vidas y reducir el impacto en infraestructura, recursos, pacientes y colaboradores. Identificar, evaluar y planificar frente a posibles amenazas permite fortalecer la capacidad de respuesta y garantizar la continuidad del negocio.

Comité de emergencias: Durante el año 2024, el comité de emergencias participó en un plan de capacitación que tuvo como objetivo el fortalecimiento del rol y el funcionamiento del mismo bajo sistema comando incidente (metodología de funcionamiento sugerido por la secretaría de Salud), manejo de extintores, así mismo, algunos integrantes del comité participaron en los entrenamientos en pista a los cuales asisten los brigadistas.



Entrenamiento en pista 	Entrenamiento en pista 
Manejo de extintores 	Sistema comando incidente 

Fuente: Seguridad y Salud en el Trabajo

Lo anterior, permite evidenciar que para el año 2024 el comité de emergencias se constituyó y se fortaleció en pro de la respuesta oportuna ante una emergencia en la clínica.

Capacitación a brigadistas: Durante el año 2024, el 38% los brigadistas fueron certificados bajo la resolución de bomberos 0256 de 2014, lo cual permite, además del cumplimiento normativo, el fortalecimiento para la operatividad del plan de emergencias.



Fuente: Seguridad y Salud en el Trabajo

Los brigadistas, se forman de manera teórica y práctica en una pista de entrenamiento donde se ven los siguientes temas:

- Primeros auxilios y atención primaria.
- Camillaje y transporte de lesionados.
- Atención y manejo de conatos de incendios.
- Técnicas de evacuación y rescate.
- Liderazgo y toma de decisiones con trabajo en equipo.
- Técnica de reanimación básica cardiopulmonar (RCP).

Simulacros: En el año 2024, se realizaron dos simulacros, los cuales se describen a continuación:

Tipo de amenaza	Fotografía	Resultado general
Evacuación: Piso 9, 10, 11 y sótanos		Simulacro realizado en el mes de Julio, donde se evidencia: Aspectos para resaltar: • Mayor organización en el punto de encuentro • Participación por parte de los terceros. • Presencia del comité de emergencias. • Demarcación zona segura en punto de encuentro. Aspectos para mejorar: • Medio de comunicación para la brigada de emergencia. • Revisión sistema de altavoz para el sistema de alarma. • Paletas más visibles para la organización de áreas.
Simulacro Nacional Multi-Amenaza: Todas las áreas (excepto áreas asistenciales) para el día y la noche.		Simulacro realizado en el mes de octubre, donde se evidencia: Aspectos para resaltar: • Sistema de altavoz se escucha de manera adecuada en las áreas. • Vías de evacuación despejadas. • Conocimiento en uso de extintor por parte de los brigadistas. • Organización en el punto de encuentro. Aspectos para mejorar: • Fortalecer el mecanismo de identificación de brigadistas. • Reforzar la práctica en traslado de paciente en camilla.

Fuente: Seguridad y Salud en el Trabajo

Socialización plan de emergencias: Durante el año 2024, se realiza socialización del plan de emergencias a los colaboradores de la clínica abarcando todos los turnos, de tal forma, que se brindan las herramientas para actuar en caso de una posible emergencia.

Mensualmente se realiza la jornada académica para todos los colaboradores asistenciales del departamento de enfermería de clínica los Nogales. En dicha jornada se despliegan temas relevantes que ayudan a fortalecer los conocimientos en materia de emergencias, por tanto, seguridad y salud en el trabajo participa.

Inspecciones a elementos para la atención de emergencias: De forma periódica, se realizan inspecciones a extintores, botiquines y camillas, garantizando que los recursos para la atención de emergencias se mantengan en buen estado. Se resalta, que, en el año 2024, se tuvo la compañía del capitán de bomberos para realizar una inspección técnica (en todas las áreas de la clínica), la cual permitió identificar las oportunidades de mejora.



Fuente: Seguridad y Salud en el Trabajo

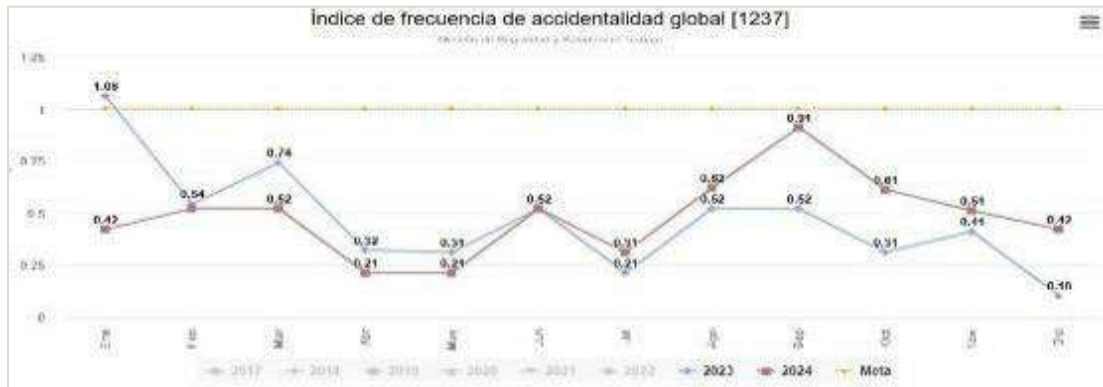
Graduación de brigadistas: Reconociendo el compromiso de la brigada de emergencias, en el mes de diciembre se realiza la ceremonia de graduación de brigadistas. El evento fue realizado con el objetivo de brindar a los brigadistas motivación, agradecimiento y dedicación frente a lo estipulado en el plan hospitalario de emergencias.



Fuente: Seguridad y Salud en el Trabajo

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

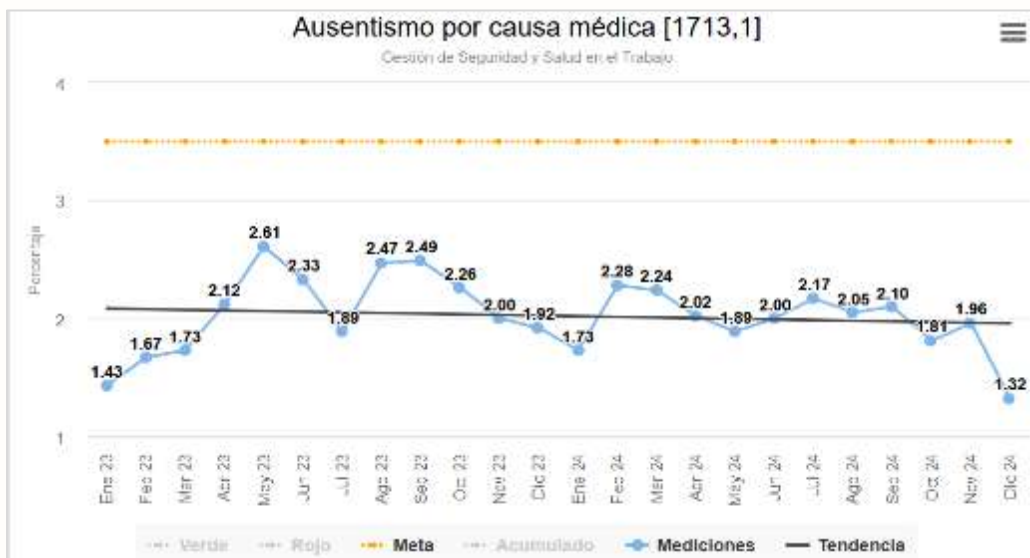
2.1. indicadores productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La frecuencia de accidentalidad en el año 2024 fue de 0,48 aumentando en 0,02 unidades respecto al año 2023 donde fue de 0,46 para este año 2024 ocurrieron 56 accidentes, mientras que en el año 2023 se presentaron 53 accidentes. La mayor cantidad de accidentes fueron de riesgo biológico 53%, seguido por condiciones de seguridad con un 16% y riesgo locativo con un 15%.

En el año 2024, la accidentalidad por factor de riesgo se discrimina: 28 eventos por factor de riesgo biológico. 9 eventos por condiciones de seguridad. 8 eventos por riesgo locativo. 6 eventos por riesgo mecánico. Los demás corresponden a otros riesgos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024, se observa una reducción de 0.11 puntos porcentuales en el indicador respecto al año 2023, lo que refleja un avance positivo en la gestión del objetivo planteado. Además, al analizar ambos años, se destaca que en ningún mes el indicador superó la meta estipulada, lo cual evidencia un control constante y efectivo en el cumplimiento de los parámetros establecidos. Este comportamiento refleja la consolidación de una tendencia favorable en el desempeño del indicador.

2.2 AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Implementación y fortalecimiento en la gestión integral de emergencias	Identificar amenazas en emergencias y desastres en la Clínica los Nogales, con el fin de proteger vidas y reducir el impacto y fortalecer la capacidad de respuesta ante las posibles amenazas que se puedan presentar.	90%	El número de brigadista inscritos se encuentra en el 38%, esto quiere decir que no se cumple aun con lo establecido por ley.	Diciembre 2025	Se puede concluir que se ha obtenido un avance significativo con respecto a la preparación y atención a emergencias en la clínica, sin embargo, se debe seguir implementando medidas con el fin de dar cumplimiento total.
Programa de liderazgo	Facilitar el desarrollo de habilidades de liderazgo para los cargos estratégicos, con las cuales se puedan adaptar a los cambios de forma proactiva y participativa.	100%	El nivel de participación obtenido fue del 85% donde algunos líderes no asistían por motivos laborales ajenos a la programación	31-12-2025	Se logra culminar la segunda etapa programada con los líderes, sin embargo, se espera continuar con el programa en el año 2025 amentando la cobertura a líderes tácticos.

3. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

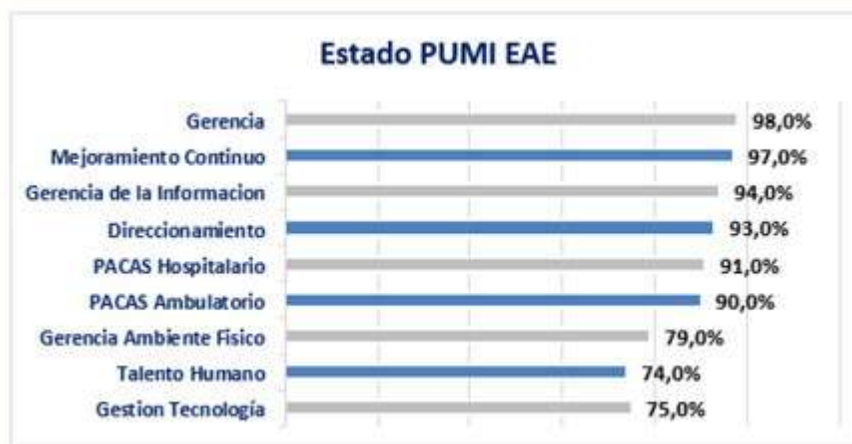
Inteligencia emocional: Se organizan espacios desde la gestión de seguridad y salud en el trabajo sobre charlas de inteligencia emocional con el fin de proporcionar tips y hábitos que nos ayuda a mejorar la capacidad de reconocer sentimientos propios y ajenos, manejar adecuadamente las emociones y la calidad de vida del colaborador.

Tamizajes Visuales: Se realizan jornadas de cuidado visual para el personal con el objetivo de dar a conocer al personal la importancia de tener una vida sin limitaciones o incomodidades y la prevención de posibles enfermedades oculares.

4. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

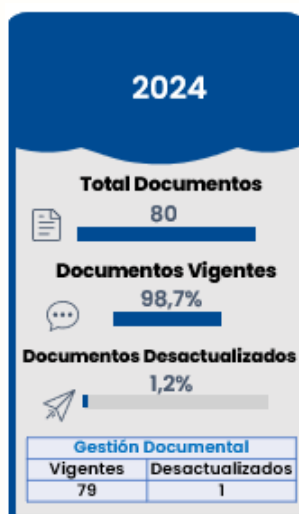
Para este subproceso aplica el estado del PUMI del estándar Gerencia del Talento Humano, los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe de Mejoramiento

4.2. Sistema de Gestión Documental

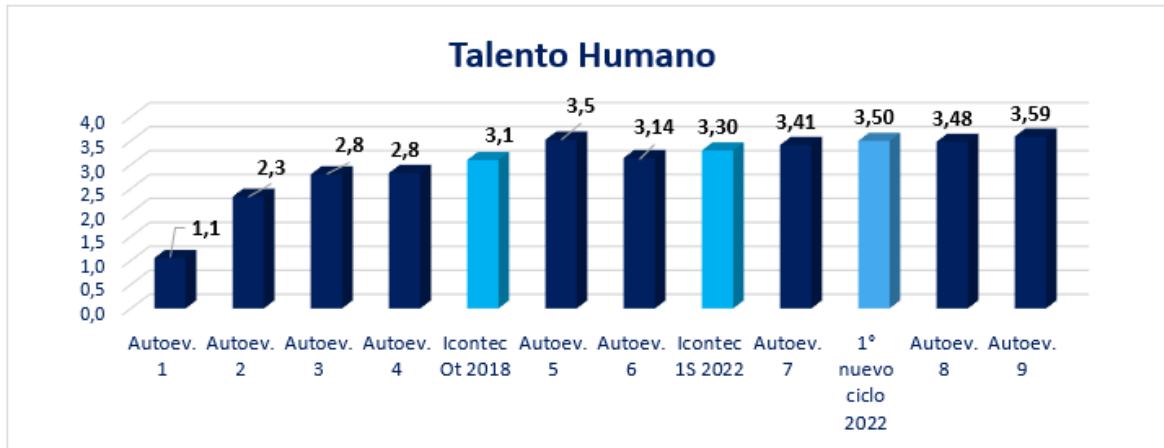
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado maestro de documentos

4.3. Autoevaluación Acreditación

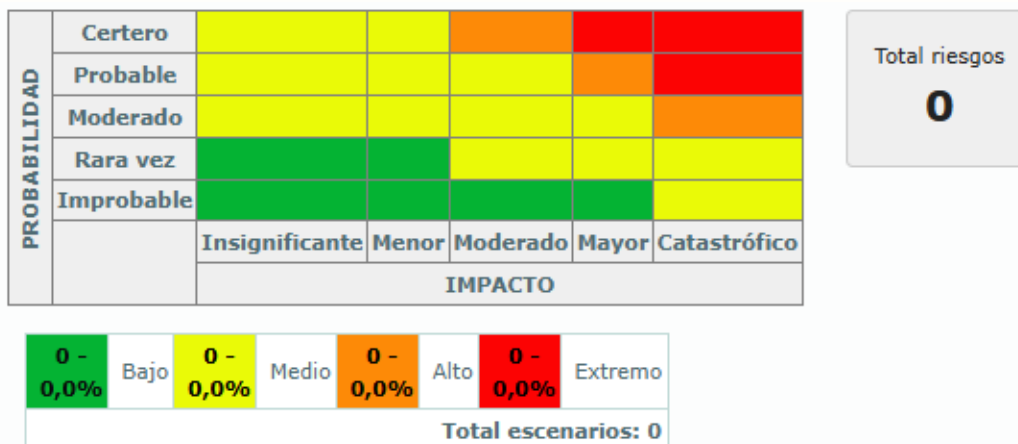
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Gerencia del Talento Humano. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.59.



Fuente: Calificación Nogales

5. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

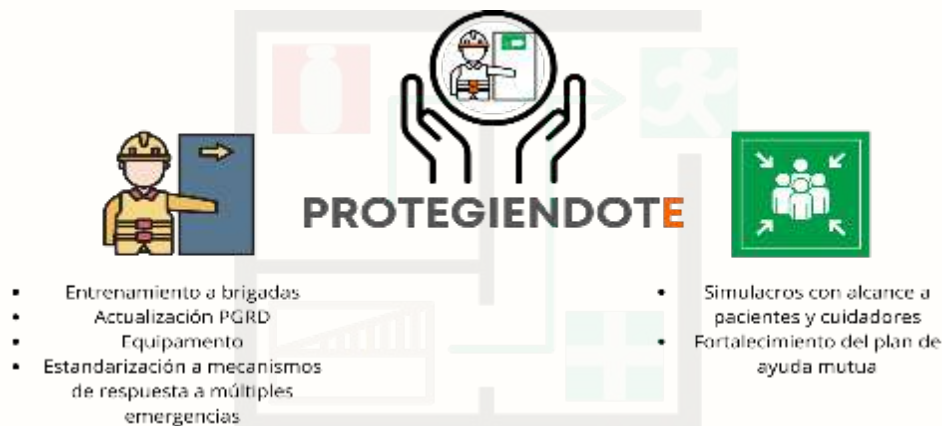
8. PROYECTOS 2025

- Implementar el programa de riesgo químico en marco al cumplimiento legal según lo estipulado en el sistema globalmente armonizado.
- Ejecutar la tercera etapa del programa de liderazgo con alcance a los líderes estratégicos (Líderes quienes fueron certificados en la segunda etapa en el año 2024).
- Actualizar la matriz peligros y valoración del riesgo en materia de seguridad y salud en el trabajo donde se incluya el riesgo residual.
- Mantener actividades de promoción de la salud y actividades para fomentar hábitos de estilos de vida saludable dando cubrimiento a todos los turnos de la clínica.
- Fortalecer la conformación de brigadistas en turnos de la noche, incluye la capacitación y entrenamiento para la certificación por parte del cuerpo oficial de bomberos.
- Fortalecer las jornadas de vacunación en cuanto al despliegue de las actividades de riesgo biológico frente a la vacunación contra hepatitis B, DPT, meningococo, Triple viral, entre otras relacionadas al riesgo del personal asistencial, donde se logre el 80% de la cobertura del personal asistencial.



Fuente: Seguridad y Salud en el trabajo

- Para el año 2025 se plantea el POA denominado “Sintonizándote” el cual busca como objetivo reducir el nivel de riesgo (alto + muy alto) del dominio de demandas del trabajo y la dimensión de demandas emocionales identificados como críticos en los resultados de la batería de riesgo psicosocial. Por tanto, se busca garantizar el mejoramiento de las condiciones de salud física y mental de los colaboradores, con el propósito de mitigar el impacto que generan las sus demandas emocionales, cuantitativas y del trabajo en su calidad de vida para todos los colaboradores de la clínica.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

- Asimismo, se buscar fortalecer la capacidad organizacional para responder a emergencias, a partir del desarrollo de brigadas, realización de simulacros y validación de riesgos y condiciones se pretende que, la clínica pueda tener una gestión integral ante cualquier emergencia.

Comunicaciones

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar la estrategia de comunicación institucional interna y externa, mediante la utilización de los medios establecidos y la creación de canales de doble vía que permitan compartir el mensaje de manera alineada con la alta Dirección, brindando apoyo a cada una de las áreas de Clínica Los Nogales en sus necesidades de comunicación.

1. RESUMEN EJECUTIVO

La coordinación de comunicaciones en su estrategia tiene contemplado tres líneas de acción; una línea de comunicación interna permitiendo un mejor despliegue de la marca efr y todo lo relacionado con responsabilidad social empresarial; una comunicación institucional, en el marco de la acreditación en salud y todo lo relacionado con acciones de apoyo en temas de habilitación en salud y mejoramiento institucional; como una tercera línea estratégica se contempla lo que es la comunicación externa, visualizada desde el relacionamiento público que se gestiona en redes sociales y canales de comunicación externa, así como las acciones pensadas en apoyar la gestión de mejora continua de la experiencia de usuario. Por lo tanto, esto permite un mejor entendimiento y despliegue de estrategias, para las cuales, se han realizado las siguientes acciones durante el año 2024.

1.1 Campañas de Responsabilidad Social Empresarial

- Mujeres valientes: Sensibilizar y educar a la comunidad sobre la importancia de la prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer de mama, destacando el papel de las mujeres valientes en esta lucha y la labor de los colaboradores de la clínica.



Fuente: Coordinación de comunicaciones.

- **Cierra la llave, el agua se agota:** Promover la conciencia sobre el uso racional del agua y motivar a los públicos objetivos a adoptar mejores prácticas para el cuidado del agua durante el fenómeno del niño.



Fuente: Coordinación de comunicaciones.

- **Campaña donación de sangre:** Divulgar la actividad de donación de sangre y contar con la participación de los colaboradores, fomentando la cultura de la donación de sangre como un acto solidario y vital para salvar vidas, garantizando el abastecimiento seguro para quienes lo necesitan.



Fuente: Coordinación de comunicaciones. Campaña mes rosa

- **Celebración y apoyo en actividades para colaboradores:** Promover el bienestar y la integración de los colaboradores a través del apoyo y promoción de actividades institucionales que fomenten el reconocimiento, la cultura organizacional, el fortalecimiento de la marca empleadora efr y el compromiso empresarial con la responsabilidad social hacia los colaboradores e impacto a la comunidad en general.

Actividades que destacar: Actividades de diciembre como clausura fin de año, creación de material multimedia para día del médico, novenas y eventos decembrinos; amigo secreto, visitas en servicios, planeación estratégica anual, aniversario, eventos de la dirección, entre otros.



Fuente: coordinación de comunicaciones

- Divulgación charlas académicas y apoyo eventos educativos: Diseñar e implementar estrategias de divulgación efectivas para las charlas académicas y simposios de la clínica, asegurando una comunicación clara, atractiva y segmentada que impulse la participación, refuerce el posicionamiento institucional y fortalezca la interacción con la comunidad médica y científica.



Señalización institucional: Mejorar la señalización institucional, ajustándola a los nuevos proyectos y obras, y renovando las señales deterioradas, para garantizar una orientación clara, accesible y eficiente, mejorando la experiencia de colaboradores, pacientes y visitantes dentro de la clínica.

Proyectos que destacar: Imágenes diagnósticas y moleculares PET/CT, área de rehabilitación, directorios institucionales, renovación señales de alerta ante riesgos.



Fuente: Coordinación de comunicaciones

Fortalecimiento canales de comunicación para el usuario: En el segundo semestre de 2024, Clínica Los Nogales fortaleció su ecosistema digital con el lanzamiento de un nuevo portal web, optimizando la accesibilidad y experiencia del usuario. Como parte de esta estrategia, se implementó el perfil de Google Analytics para medir el desempeño del sitio y se inició un monitoreo continuo del perfil de negocios en Google. Esto permitió un análisis más detallado del comportamiento de los usuarios y la consolidación de indicadores clave (DT – 004 Tráfico en la Página Web), en el cual se realiza el seguimiento mensual de usuarios activos. Un resultado destacado de esta gestión fue la mejora en la valoración del perfil de negocio en Google, que pasó de 2.5 a 3.0, reflejando un mayor reconocimiento y satisfacción por parte de los usuarios.



Fuente: Coordinación de comunicaciones

Participación virtual en webinar de entidades del sector salud: Se gestionó la participación de la marca Clínica Los Nogales en diferentes espacios académicos virtuales y se patrocinó eventos para la participación como lo fue el 7º Congreso de e+salud, donde se tuvo la

participación como ponente de la dirección médica de la clínica. Estos espacios permiten un mejor despliegue de la marca.



Fuente: Coordinación de comunicaciones

Campañas de alto impacto para proyectos institucionales: Lanzar e implementar el agendador de citas virtuales como una solución innovadora para la programación de consultas en la clínica, a través de una campaña de divulgación integral que impulse su adopción, comunique sus beneficios y optimice la experiencia del usuario en el acceso a los servicios de salud.



Fuente: Coordinación de comunicaciones

Fortalecimiento de canales de comunicación del usuario: Implementar y divulgar la integración del IVR y chatbot para el agendamiento de citas, junto con la actualización de todos los canales institucionales, mediante el desarrollo de árboles de respuesta y una campaña de comunicación efectiva que facilite su adopción y mejore la experiencia de los usuarios.

COMUNICATE CON NOSOTROS

 **IVR**
Línea atención
24/7 365 días

 **Call Center**
800 593 7073

 **Redes Sociales**
@clclinicnogales

 **Agendamiento Citas**
www.clinicanogales.com

 **Conoce nuestro Nuevo canal de WhatsApp**
+57 323 208 9278



Conoce nuestros principales

Canales de atención

Correo electrónico
gestiondelservicio@clclinicnogales.com

Solicitud de citas
(601) 5937071
(601) 5937073

Y en el interior de la clínica

Contáctanos tu experiencia

- Códigos QR
- Anfitriones de servicio

Información

Correo electrónico
gestiondelservicio@clclinicnogales.com

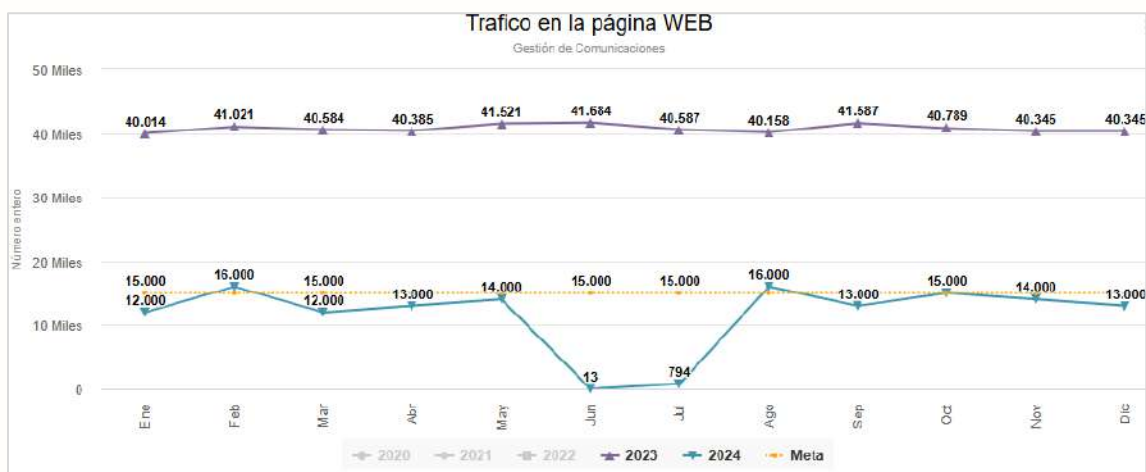
Línea administrativa
IVR: +57 (601) 5937000

Agendamiento Citas
IVR: +57 (601) 5937073
L-V 7am 5pm, S 8am-1pm

Fuente: Coordinación de comunicaciones

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Comportamiento audiencia canales digitales



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En junio de 2024, el portal web www.clinicanogales.com fue reestructurado, lo que implicó un ajuste en el perfil de Google Analytics respecto a los usuarios activos. Se realizó una nueva vinculación de las URL y su posicionamiento, lo que provocó una caída en el número de usuarios activos durante ese mes. Además, se llevó a cabo un análisis de medición y se ajustó el indicador, ya que en 2023 el seguimiento se realizaba sumando usuarios activos y nuevos. Como resultado, el indicador ahora mide únicamente los usuarios activos, siendo más objetiva la muestra cualitativa de usuarios.

Al cierre de diciembre en Clínica Los Nogales presenta un panorama detallado sobre la interacción en su plataforma digital, resaltando los siguientes aspectos clave: Usuarios

activos: 13,000, reflejando un crecimiento sostenido en la participación. Usuarios nuevos: 11,000 evidenciando una captación efectiva de visitantes.

Estos resultados indican un aumento significativo tanto en retención como en adquisición de usuarios, el impacto positivo destaca la necesidad de fortalecer las estrategias de posicionamiento y atracción implementadas en la plataforma digital.

2.2. Seguimiento redes sociales

18.552 Usuarios Activos	 7.252 Seguidores Alcance: 40.610 Visitas: 9.887	 901 Seguidores Alcance: 645 Visitas: 1.473	 4.265 Seguidores Alcance: 651 Visitas: 2.678	 21 Suscriptores Publicaciones: 10 Visitas: 520
PÁGINA WEB Junio 2024	FACEBOOK Fecha de creación 25 de marzo de 2013	INSTAGRAM Fecha de creación 02 febrero 2023	LINKEDIN Fecha de creación 06 marzo 2023	YOUTUBE Fecha de creación 09 marzo 2023

Fuente: Coordinación de comunicaciones. Métricas redes sociales

Durante el 2024, la gestión de las comunidades digitales ha permitido fortalecer las redes sociales, con los siguientes resultados. En Facebook, contamos con más de 7.252 seguidores y un alcance promedio de 40.610 usuarios; Instagram con 901 seguidores desde su creación y un alcance de 645 usuarios. LinkedIn 4.265 seguidores y un alcance de más de 651 perfiles. Para el caso de la cuenta de YouTube con 21 suscriptores se convierte en un objetivo para fortalecer en la gestión del año siguiente.

Por lo tanto, Facebook mantiene el mayor alcance, reflejando el impacto de las estrategias implementadas. LinkedIn ha logrado un crecimiento significativo en seguidores, fortaleciendo la presencia institucional. Instagram y YouTube han sumado comunidad desde su lanzamiento en 2023, ampliando los canales de comunicación digital.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el 2024, la Coordinación de Comunicaciones desempeñó un rol clave en la difusión de información institucional, garantizando que los distintos públicos accedieran a contenidos claros, relevantes y actualizados. Para ello, se implementaron estrategias de comunicación dirigidas a públicos específicos, optimizando los canales digitales y asegurando su constante actualización.

A través del CO-FO-001 Formato de Solicitudes de Comunicación, se gestionaron más de 400 requerimientos, destacándose la creación de material educativo, folletos y señalización institucional, elementos fundamentales para mejorar la orientación y el acceso a información dentro de la clínica. Estas acciones, junto con la planificación estratégica de divulgación, contribuyeron a un despliegue eficiente de contenidos, fortaleciendo el posicionamiento institucional y la experiencia informativa en todos los puntos de contacto.

2.3. Encuesta de comunicación interna 2024

¿Consideras que la información enviada por la coordinación de comunicaciones es fácil de entender?



Fuente: Coordinación de comunicaciones

La encuesta, realizada a un grupo de 503 colaboradores de aproximadamente 1,200 colaboradores, refleja una alta comprensión de los mensajes institucionales. Tercerizados y Sociedades Médicas reportaron un 100% de claridad, mientras que Asistenciales y Administrativos también presentaron resultados positivos, con más del 87% indicando que los mensajes siempre son claros. Aunque se identificó un pequeño margen de confusión en algunos casos, los datos evidencian que la comunicación institucional es efectiva para la mayoría de los colaboradores encuestados.



Fuente: Coordinación de comunicaciones

La encuesta, realizada a un grupo de 503 colaboradores de aproximadamente 1,200 colaboradores, refleja que la emisión de información es oportuna, es decir, una comunicación efectiva en la institución; con los grupos de Tercerizados y Sociedades Médicas alcanzando un 100% de claridad en los mensajes. Sin embargo, en los equipos Asistenciales y Administrativos, aunque la mayoría percibe los mensajes como claros (87% y 88% respectivamente), aún existen niveles de confusión (10%-11%) y un pequeño porcentaje que no los entiende (1%-2%). Esto indica oportunidades de mejora en la comunicación para estos grupos, optimizando los tiempos de entrega de la información, formatos, canales y estrategias utilizadas.

2.2 AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Renovación Web para el Fortalecimiento de la Reputación	Renovar la página web de la clínica para optimizar la actualización de información, mejorar el posicionamiento en buscadores y fortalecer el análisis de datos	100%	Los principales desafíos incluyen la integración y validación de información, la optimización para SEO, y la configuración precisa de Google Analytics,	Junio 2024	La renovación de la página web optimizó la actualización de información, mejoró el posicionamiento en buscadores y fortaleció el análisis de datos con Google Analytics. Aunque se realizó con recursos propios, su éxito resalta la

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
	mediante Google Analytics.		asegurando al mismo tiempo una experiencia de usuario intuitiva y eficiente.		necesidad de un equipo multidisciplinario para este tipo de proyectos.
Señalización PETCT	Ejecutar la señalización del servicio de PET-CT en coordinación con diversas áreas, asegurando una orientación clara, accesible y en cumplimiento de la normativa vigente.	100%	Reunir información y definir las zonas de señalización fue un reto, así como coordinar entre áreas para garantizar una implementación eficiente y cumplir con la normativa vigente.	Noviembre 2024	La señalización del servicio de PET-CT mejoró la orientación y accesibilidad en la clínica. A pesar de los desafíos en la recolección de información y el conocimiento de la normativa, se logró una implementación eficiente y en cumplimiento de los requisitos vigentes.
Agendador virtual de citas	Impulsar la adopción del agendador de citas virtuales con una campaña de comunicación efectiva, apoyando la construcción del árbol de respuestas, la creación de un avatar y la divulgación permanente de la herramienta.	100%	Recolección de información para la construcción del árbol de respuestas, ya que requirió la consolidación de datos de múltiples áreas, la validación de procesos internos y la alineación de criterios	2025	La implementación del agendador de citas virtuales optimizó el acceso a los servicios de la clínica, mejorando la experiencia del usuario. La campaña de comunicación logró posicionar la herramienta y fomentar su uso, pese a los desafíos en la recolección de información para el árbol de respuestas. El acompañamiento continuo facilitó la adopción progresiva, asegurando una transición efectiva hacia la digitalización.
Definición canales de comunicación para el usuario	A Apoyar la actualización del IVR mediante la creación de campañas de comunicación y el desarrollo de árboles de respuesta, facilitando su adopción,	100%	la recolección de información para estructurar el IVR, la definición precisa de su ruta y árboles de respuesta, así como la coordinación entre áreas para garantizar una		La actualización del IVR mejoró la experiencia del usuario y la gestión del riesgo. A pesar de los retos en información, rutas y coordinación, se logró una implementación efectiva con una comunicación clara.

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
	mejorando la experiencia del usuario y fortaleciendo la gestión del riesgo ante las quejas.		implementación alineada con las necesidades de los usuarios.	Diciembre 2024	
Renovación de señalización institucional	Fortalecer la renovación de la señalización institucional, ajustándola a los nuevos proyectos y obras, asegurando el cumplimiento normativo y mejorando la orientación de colaboradores, pacientes y visitantes dentro de la clínica.	50%	Las dificultades incluyen la adquisición de materiales, la validación de la ubicación de la información en cada piso y el mantenimiento de señales deterioradas para garantizar una orientación clara.	Diciembre 2025	El fortalecimiento de la señalización institucional es un proceso continuo que mejora la orientación y accesibilidad dentro de la clínica. A pesar de los desafíos en validación, adquisición de materiales y mantenimiento, este proyecto contribuye a una mejor experiencia para los usuarios.
Campaña de divulgación derechos y deberes	Fortalecer el conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes a través de una campaña de divulgación efectiva, utilizando canales institucionales para garantizar su alcance y comprensión.	100%	Realizar los ajustes respecto a la nueva redacción, ya que los términos usados anteriormente eran engorrosos y de poco entendimiento por el usuario final.	Julio 2024	Se realizó la gestión mediante diferentes canales de comunicación, tales como códigos QR, asignación de recursos, cambio de línea gráfica, ajustes en la terminología y redacción usada, lo que permitió un mejor despliegue de la información, siendo más llamativa y fácil de entender.

3. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

3.1. Formación y desarrollo del Talento Humano

Formación en inteligencia artificial para la coordinación del área. Actividades de socialización de nuevas herramientas digitales desde la coordinación para el equipo de trabajo.

3.2. Evaluación del Clima Organizacional

Se realizó el profesiograma del área para el cargo de diseñador gráfico generando un ajuste en sus funciones, permitiendo una mayor autonomía en el cargo, por lo tanto, se reestructura a profesional creativo. La rotación corresponde directamente a la culminación de contrato de aprendizaje por 6 meses de los practicantes, asimismo por renuncia voluntaria ingresa un nuevo colaborador al cargo de profesional creativo.

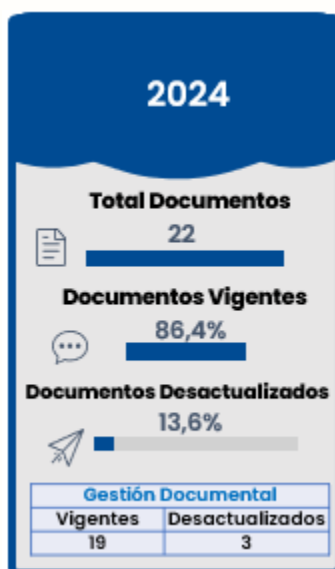
En pro de mejorar el clima laboral, se realiza la socialización de medidas efr y sus beneficios, también se vincula a todos los colaboradores del área a la participación de las actividades de cumpleaños del equipo de trabajo, celebraciones de diciembre y en general se tiene en cuenta su participación en diferentes actividades.

De manera constante se realiza retroalimentación respecto al buen trato, normas de convivencia y espacios de diálogo para conocer su sentir conforme a las actividades delegadas.

4. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1. Sistema de Gestión Documental

A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a diciembre 2024.



Fuente: Listado maestro de documentos

4.2. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas al estándar Direccionamiento. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 4.46



Fuente: Calificaciones Nogales

5. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

6. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

		Clínica Los Nogales POA 2024 Comunicaciones		Código: 2024-SPP-01.2
				Vigencia: 2024
				Estado: Ejecución
Responsable: Coordinación de Comunicaciones		Fecha inicio: 2024-01-01		Fecha Fin: 2024-12-31
Resumen cronogramas				
Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Mantener creativas, equipo productivo (Llegando a 75)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Comunicación efectiva en cada espacio de la institución (Mi prioridad es mi paciente)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
La experiencia del usuario, nuestra prioridad (La experiencia nuestro compromiso)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Proces Nogales (Generación del Consentimiento)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Memorias digitales para todos (Ecosistema Digital)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Eficiencia de la información (Optimización de Recursos)	100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL	100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

En 2024, el área de comunicaciones consolidó estrategias clave en comunicación interna, institucional y externa, fortaleciendo la marca empleadora, la cultura efr y el sentido de pertenencia de los colaboradores. Se brindó apoyo en procesos de acreditación en salud y habilitación, asegurando alineación con las directrices institucionales. La expansión en redes sociales y canales digitales permitió mejorar el posicionamiento y la interacción con pacientes, impactando positivamente la experiencia del usuario y la humanización en el servicio. Entre las principales lecciones aprendidas destacan la importancia de la comunicación bidireccional, la integración de tecnología en los canales informativos y la necesidad de generar contenido de valor alineado con los objetivos estratégicos de la clínica. Para 2025, se enfocarán esfuerzos en la digitalización, el fortalecimiento de la comunicación y la proyección internacional de los servicios.

8. PROYECTOS 2025

- Fortalecimiento de Redes Sociales, mediante la creación de estrategias de contenidos para posicionamiento en salud e Implementación de inteligencia artificial para la creación de contenidos.
- Optimización canales digitales, para mejorar la información del sitio web con enfoque en experiencia de usuario y accesibilidad y actualización de información.

- Campañas SEM (Google Ads) con el fin de generar un mayor posicionamiento de las redes sociales y canales digitales, enfocadas en atraer audiencias nacionales e internacionales; asimismo la optimización de palabras clave relacionadas con los servicios médicos y tendencias en salud.
- Desarrollar campañas de Responsabilidad Social Empresarial (RSE) con el fin de fortalecer la inclusión y el bienestar de la comunidad, promoviendo valores corporativos y generando un impacto social positivo, mientras se impulsa el posicionamiento de marca a través de estrategias digitales.
- Apoyar el proyecto de Torre 3 en todas las necesidades de comunicación, incluyendo el diseño e implementación de señalización, estrategias informativas para pacientes y colaboradores, y la difusión de avances y servicios, garantizando una experiencia clara, accesible y alineada con las necesidades del proyecto.
- Fortalecer la comunicación interna destacando las medidas efr (Empresa Familiarmente Responsable) y la estrategia de marca empleadora, promoviendo una cultura organizacional basada en el bienestar, la conciliación y el compromiso, a través de canales efectivos que refuercen el sentido de pertenencia y la identidad corporativa.
- Apoyar con estrategias de comunicaciones el fortalecimiento de las iniciativas de humanización en el servicio, promoviendo una cultura de atención centrada en el paciente, el trato empático y la experiencia positiva, a través de campañas internas y externas que refuercen el compromiso con la calidad y calidez en la atención.

Gestión del Servicio

Los Nogales | Torre 2



Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C.
Autopista Norte, Costado Oriental.



www.clinicanogales.com



(601) 593 70 00

OBJETIVO GENERAL

Generar en el paciente y su familia una experiencia cálida, brindando acompañamiento en los diferentes momentos de su estancia en la clínica, a través de una atención humanizada y gestión oportuna de sus requerimientos.

1. RESUMEN EJECUTIVO

El área de gestión del servicio tiene como uno de sus principales objetivos, mejorar la experiencia y percepción de los pacientes, familiares y/o cuidadores durante todo el proceso de atención en clínica los Nogales, para alcanzar esta meta brindamos a nuestros pacientes una atención centrada en la persona, con calidez, calidad, amabilidad y respeto, para ello se han definido e implementado estrategias con las cuales se busca gestionar y dar respuesta oportuna a las necesidades manifestadas a través de los diferentes canales de comunicación dispuestos, las cuales son atendidas diariamente; logrando con esto mejorar aspectos relacionados con la experiencia, recordación y recomendación de nuestra IPS.

Con las estrategias implementadas se logró aumentar la capacidad instalada de sillas en salas de espera de la Clínica para brindar mayor confort, se contaba con una capacidad de 452 sillas logrando aumentar a 581, se realizaron cambios en los horarios de servicio del punto de atención integral (PIA), mejorando los tiempos de atención de las 133.000 personas que solicitaron servicios en esta área durante el año 2024, se realizó actualización de los derechos y deberes para mejorar la recordación y entendimiento de estos, unido a ello se desarrolló la estrategia “información a tu alcance”, para proporcionar fácil acceso, buscar mejor comprensión de los procesos internos y lograr que las personas puedan acceder a la información en tiempo real y puedan así consultar temas institucionales de su interés cuando se encuentran hospitalizados en la Clínica.

Uno de los retos para el área, después de la implementadas las estrategias de servicio, era ampliar la cobertura de respuesta a las encuestas de satisfacción para conocer si se presentaban cambios en la experiencia de los pacientes, por ello, se desarrolló e implemento en el último trimestre del año 2024 el envío de encuestas de satisfacción por correo electrónico, buscando saber de primera mano lo que pensaban nuestros pacientes, sus familias y/o cuidadores de los servicios prestados en la clínica, con esto se logró aumentar la cobertura de encuestas y mejorando los indicadores de satisfacción y recomendación en un 0.8% y 5.5% respectivamente.

Para gestión del servicio es una labor constante y que se mantiene en el tiempo el garantizar y velar porque se brinde un trato humanizado, digno, con calidad, calidez, comunicación asertiva y empatía a todos nuestros pacientes, familiares y/o cuidadores, lo cual nos llevará



a mejorar la experiencia y consolidarnos como una de las mejores instituciones de salud de la ciudad.

- Punto integral de autorizaciones (PIA): Durante el año 2024 en el PIA se realizaron 133.004 atenciones, con un promedio mensual de 11.083, y un promedio día de 1.985, la capacidad instalada y distribución de servicios dentro de la sala generaba tiempos de espera prolongados e inconformidad por el confort de los pacientes, el servicio con más demanda de atenciones es el de entrega de resultados de laboratorio, patología e imágenes el de con el 39% de atenciones por mes, para mejorar la atención en este servicio se implementaron las siguientes acciones:
- Capacidad instalada: Se aumentaron 6 tándem de 3 sillas cada uno para mejorar el confort en la sala, duplicando en un 50% la asignación de sillas, pasando de 18 a 36 sillas, ayudando esto a que todos los pacientes que ingresen a solicitar servicios puedan esperar sentados mientras son atendidos.
- Reubicación de puestos de trabajo: Se reubicó el servicio de entrega de resultados de laboratorio, patología e imágenes, que se encontraba al ingreso de la sala para la parte final de la misma, debido a que es el servicio con mayor número de atenciones al mes.
- Redistribución horarios de almuerzo: Se realizó redistribución en los horarios de almuerzo, para disminuir las filas al ingreso de la sala que se generaba por los tiempos de descanso del personal, logrando mejorar tiempos de espera y rotación rápida de las filas.



Fuente: Gestión del Servicio

Capacidad instalada de sillas salas de espera de la clínica: Para el año 2024 en promedio al día se presentó una afluencia diaria de pacientes de 4.500 personas aproximadamente, se evidenció que la capacidad instalada de sillas de todas las sales de espera fue superada por la demanda, motivo por el cual para mejorar el confort de los pacientes, familiares y/o cuidadores durante su estancia en los diferentes servicios de la clínica, se realizó revisión de la capacidad actual y con base en ello el área de activos fijos aumentó la cantidad de sillas, pasando de 452 sillas para todas las salas de espera a 563, aumentando en 111 sillas, se priorizaron los servicios que tienen mayor número de pacientes como lo son la central de especialistas, consulta externa, salas de espera de cirugía, sala de espera de urología.

- Encuestas mailing: En el mes de octubre 2024 se comenzó a realizar el envío de encuestas de satisfacción por correo electrónico para evaluar la experiencia del usuario una vez tuvieron su egreso de la clínica, la información para el envío se extrae de la base de datos de pacientes atendidos en la clínica, así mismo, se creó el formulario de encuesta en la herramienta X-Customer para el envío masivo por servicio. El envío de estas encuestas se realiza de forma semanal a través de la herramienta de medición se encuentra programada para realizar envíos automáticos cada dos días.

Para este proceso se diseñó una pieza comunicativa con la cual se le brindara a los pacientes una fácil comprensión para para el diligenciamiento de la encuesta.



Fuente: Gestión del Servicio

En el primer mes fueron respondidas 3.064 encuestas, para el mes de noviembre fueron 2.300 y para el mes de diciembre, entendiendo la dinámica propia del mes y la disminución de consultas fueron contestadas 1.390 encuestas.

- Actualización de los derechos y deberes: Se realizó revisión y actualización de los derechos y deberes definidos para los pacientes, familiares y/o cuidadores, buscando mejorar la comprensión y recordación de estos, por ello en el mes de septiembre 2024 fueron reestructurados y se diseñó una pieza comunicativa que los agrupara para su promulgación.

Para el año 2024 se realizaron 22.864 socializaciones de derechos y deberes a pacientes, familiares y/o cuidadores, de estas socializaciones el 94,87% de las personas manifestaron haber entendido y comprendido la información recibida.

Adicional a la socialización que se realiza en las unidades funcionales por parte de los anfitriones de servicio, también se realizó la publicación y socialización mediante los diferentes canales de comunicación dispuestos en la clínica: Página web, pantallas ubicadas al ingreso de los ascensores, soporte de pantallas de los computadores de los colaboradores.



Fuente: Coordinación de comunicaciones

- Información a tu alcance: La estrategia “información a tu alcance” fue diseñada para proporcionar a los pacientes, familiares /o cuidadores que se encuentran hospitalizados información de interés en tiempo real y de manera oportuna sobre seis temas puntuales de la clínica como los son: carta de bienvenida, video de

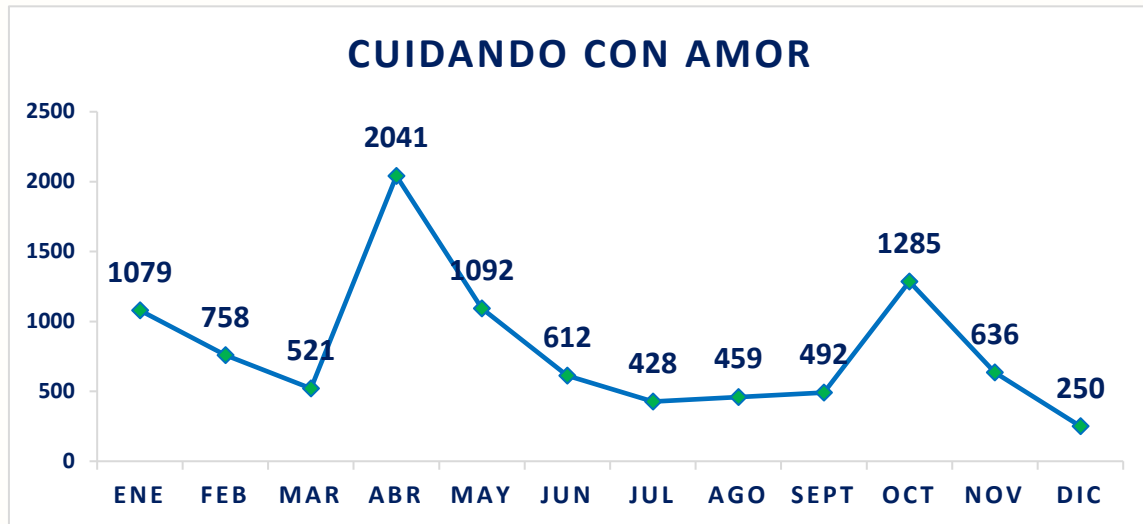
emergencias, derechos y deberes, horarios de visitas, manejo de residuos y recomendaciones que ayuden a mejorar su estancia en la clínica.



Fuente: Coordinación de comunicaciones

- Satisfacción global de los usuarios: Para el año 2024 se aumentó en 0.8% la satisfacción de los usuarios con respecto del año 2023.
- Nivel de recomendación: Para el año 2024 se aumentó en 5.5% el nivel de recomendación de los usuarios con respecto del año 2023.
- Redistribución de los anfitriones de servicio: Para mejorar el abordaje de pacientes, familiares y/o cuidadores en los diferentes servicios, se realizó durante el año 2024 rotación de los anfitriones buscando que sean transversales y la comunicación asertiva se mantenga y no sea fractura entre servicio y servicios para generar adherencia y estandarización de procesos.
- Estrategia cuidando con amor: Durante el año 2024 se realizaron 9.653 visitas de la estrategia cuidando con amor, brindando a los pacientes un acompañamiento más personalizado, logrando gestionar sus necesidades y solicitudes en tiempo real para generar una experiencia positiva y que los pacientes sientan una clínica más cercana, cálida y humanizada.

CUIDANDO CON AMOR



Fuente: Gestión del Servicio

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2023 la satisfacción global de los pacientes en promedio estuvo en 97.5%, para el año 2024 el promedio fue de 98.3%, aumentando en un 0.8% con respecto del año anterior.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2023 el promedio de usuarios encuestados que recomendarían la clínica a sus familiares y conocidos fue del 92.4%, para el año 2024 fue del 95.6%, aumentando en un 3.2% con respecto del año anterior, como se ve en la gráfica, a partir del mes de octubre que se comenzó el envío de encuestas por correo electrónico, periodo en el cual se obtuvo una muestra más ácida se evidencia un leve descenso en el indicador, sin embargo, se superó el nivel de recomendación con respecto del año 2023.

2.2 AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Reubicación recepción Torre 1	Mejorar los tiempos de ingreso de pacientes y visitantes a la clínica	10%	Demora en la presentación de la propuesta Espacio en el comité de dirección para presentación de propuesta	En curso	Mejorar el filtro y los tiempos en el ingreso de pacientes y visitantes en la clínica
Actualización de digiturno en la sala PIA	Realizar actualización de software y equipo de digiturno por cumplimiento de vida útil	10%	Demora con la presentación de cotizaciones por el área de sistemas	Marzo 2025	Mejorar el sistema para la atención de los pacientes en la sala del PIA

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Envío de encuestas de satisfacción por correo electrónico	Aumentar la cobertura de encuestas de satisfacción de los pacientes	100%	NA	En curso	Evaluar la experiencia del usuario con base en las respuestas de las encuestas
Redistribución servicios en sala PIA	Mejorar los tiempos de atención y redistribuir horarios y servicios	100%	NA	En curso	Disminución de tiempos de espera y filas
Actualización derechos y deberes	Realizar actualización de derechos y deberes para mejorar la comprensión por parte de los pacientes	100%	NA	En curso	Se realizó actualización buscando mejorar la comprensión

3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

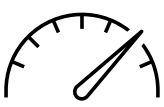
Para el año 2023 la satisfacción global de los pacientes en promedio estuvo en 97.5%, para el año 2024 el promedio fue de 98.3%, aumentando en un 0.8% con respecto del año anterior.

- **Atributos impactados**

Mes	Oportunidad	Demora en la Atención	Actitud de Servicio	Barreras de Acceso	Información / Trámites Administrativo	Percepción Manejo Entendible y Comprensible	Confort e Infraestructura	Seguridad Del Paciente
Ene	15	63	43	37	16	17	6	1
Feb	9	78	40	20	12	22	12	1
Mar	36	49	47	23	30	26	5	0
Abr	61	53	31	25	25	26	5	0
May	34	48	29	20	23	12	7	0
Jun	22	33	35	26	27	14	10	0
Jul	124	29	46	24	16	17	12	1
Ago	153	43	33	37	10	14	6	1
Sept	69	37	33	34	6	16	19	0
Oct	63	36	36	28	7	15	20	3
Nov	68	44	43	13	4	3	12	0
Dic	35	39	18	8	26	8	4	4
Total	689	552	434	295	202	190	118	11

Para el año 2024 se recibieron 2.491 PQRS, de ellas el 28% fueron por oportunidad, el 22% por demora en la atención y el 17% por actitud del servicio, los líderes de procesos han realizado diferentes planes de acción para estos, entre ellos, el solicitar agendas a 3 meses a los profesionales, priorizar pacientes cuando se presenta demora en la atención y para este último atributo impactado ha sido manejado y abordado por los diferentes líderes de procesos para mejorar la atención de los pacientes.

- **PQRS por servicio**

 PQRS por Servicio	Año	Satisfacción	PQRS
	2023	97.5%	
	2024	98.3%	2.491
	% PQRS		
	1	Consulta externa	22%
	2	Urgencias	17%
	3	Hospitalización	14%
	4	Imágenes Diagnósticas	9%
	5	Salas cirugía	8%
	Indicador NPS		
	Año 2023	92.4%	
	Año 2024	95.6%	

Fuente: Gestión del servicio

De las 2.491 PQRS recibidas en el año 2024, el 70% de ellas se concentran en 5 servicios, siendo estos a su vez los de mayores volúmenes de atención al año.

4. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

El personal de gestión del servicio realizó capacitaciones de procesos transversales teniendo en cuenta el rol que desempeñan en la clínica como la inducción institucional, manejo de residuos, ruta de atención de paciente suicida, humanización, lavado de manos, protocolo de víctimas de violencia sexual, entre otras, de igual forma se contó con el apoyo de psicología y trabajo social para temas relacionados con comunicación asertiva, empatía manejo de habilidades blandas y temas relacionados con procesos de atención como protocolo de código lila, ingreso de menores, acompañamiento familiar.

4.2 Evaluación del Clima Organizacional

En los equipos primarios de mejoramiento (EPM) se abordaron temas generales relacionados con comunicación asertiva, empatía, manejo de situaciones difíciles, de igual forma de manera individual se manejaron temas relacionados con actitud de servicio y conocimiento de los procesos de acuerdo con el rol, las múltiples intervenciones con el personal ayudaron a disminuir las PQRS por actitud que se presentaban en el servicio y los fallos en el direccionamiento de los pacientes.

En el segundo semestre del año 2024 se presentó un 50% de rotación de personal de gestión del servicio por diferentes motivos, llevando esto a disminuir la cobertura de atención en los servicios donde se cuenta con asignación de personal, disminución en la aplicación de encuestas de satisfacción presenciales, retraso temporal en el ingreso de pacientes a la clínica, algunos de los motivos de retiro del personal fueron mejores ofertas laborales y la falta de adherencia a los procesos.

5. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

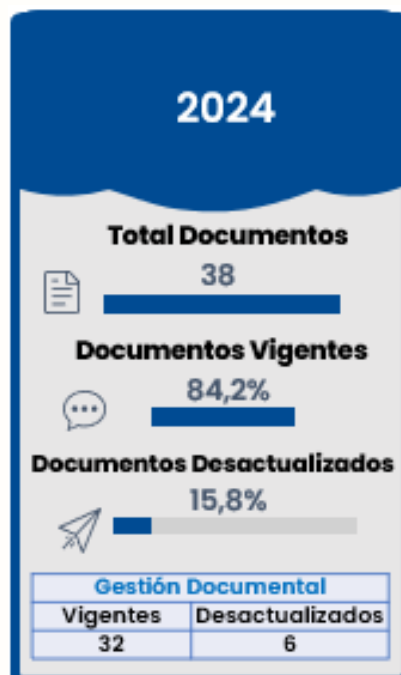
Para este subproceso aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio y los resultados son los siguientes:



Fuente: Informe de Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

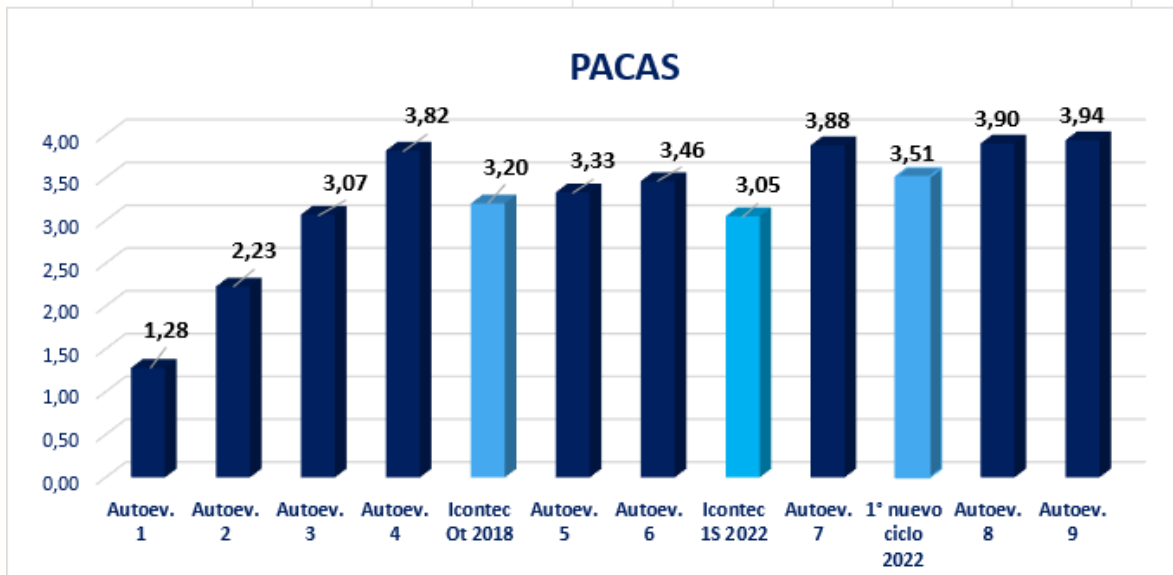
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a Diciembre 2024.



Fuente: Listado maestro de documentos

5.3. Autoevaluación Acreditación

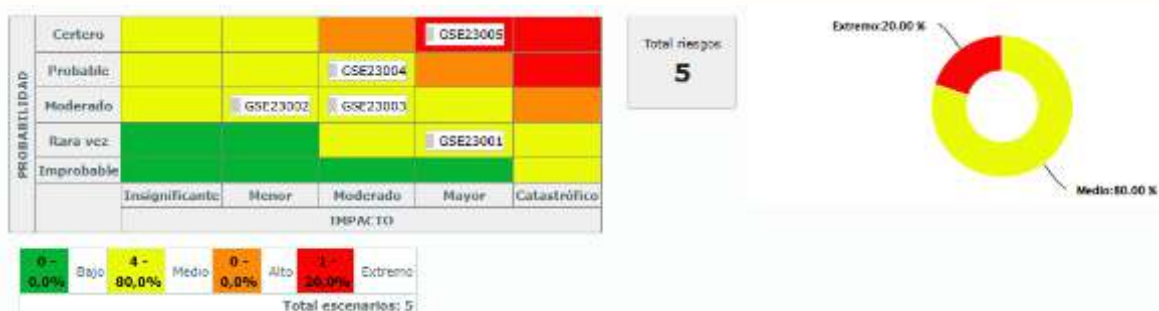
A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas para el estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

5. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

6. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

		POA 2024 Gestión del Servicio		Código: 2024-SPN-12.1 Vigencia: 2024 Estado: Ejecución	
Responsable: Coordinador de Gestión de Servicio				Fecha Inicio: 2024-01-01	Fecha Fin: 2024-12-31
Resumen cronograma					
Cronograma		Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Afianzar el desarrollo de las habilidades blandas de los colaboradores para mejorar la responsividad durante el proceso de atención de los pacientes. (llegando a ti)		90,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	90,0%
Identificar necesidades y expectativas y darle respuesta oportuna a las necesidades de los pacientes (Mi prioridad es mi paciente)		90,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	90,0%
A través de las líneas de humanización Generar adherencia y reconocimiento del programa de humanización con los arribos de servicio para mejorar la experiencia del usuario y su familia al interior de la Clínica (Tu experiencia nuestro compromiso)		90,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	90,0%
Revisión de los protocolos y manuales de Gestión de Servicio (Modelo de Gestión Clínica)		90,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	90,0%
Generar cronograma de capacitaciones de Servicio a los colaboradores para garantizar un adecuado manejo de los pacientes (generación del Conocimiento)		90,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	90,0%
Verificar la posibilidad de implementar sistema de digitaje en los diferentes servicios de la Clínica para mejorar la experiencia del usuario y facilidad en el acceso a la información (Ecosistema Digital)		87,5% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	87,5%
Promover la virtualidad de la información de la Clínica haciendo uso de la tecnología (Optimización de Recursos)		90,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	90,0%
Mejorar la productividad del personal, con medición de tiempos y movimientos para garantizar resultados (Ventaja Financiera)		90,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	90,0%
TOTAL		89,70% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	89,7%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Con el envío de las encuestas de satisfacción a través del correo electrónico se aumentó la cobertura y se mejoró la satisfacción y el nivel de recomendación de nuestros pacientes.
- Se realizó actualización de derechos y deberes buscando mejorar el indicador de comprensión de estos por parte de los pacientes, familiares y/o cuidadores.
- Se realizó redistribución de servicios y horarios de la sala PIA mejorando así los tiempos de atención y capacidad instalada.
- Con la implementación del comité de experiencia mensual y la socialización de afectación de indicadores y atributos, los líderes de servicios definieron planes de mejorar en sus servicios para velar por la mejora en el proceso de atención.
- El acompañamiento y seguimiento al personal de gestión del servicio ayudó a sensibilizar el personal en lo relacionado con el tono de voz y la forma en la cual se comunican con los pacientes, logrando generar más empatía y comunicación asertiva.

9. PROYECTOS 2025

- Fortalecer con el programa de humanización educación y capacitaciones a los colaboradores enfocados en tener empatía y comunicación asertiva para mejorar la experiencia de los pacientes, familiares y/o cuidadores y de esta manera disminuir las PQRS por actitud de servicio.
- Conformar un equipo de anfitriones integrales, resolutivos y líderes de los servicios que tengan interacción con todos los líderes de proceso para brindar soluciones oportunas y gestión de las necesidades de los pacientes, familiares y/o cuidadores.
- Mediante la herramienta de Xcustomer realizar envíos masivos de los derechos y deberes de los pacientes para generar recordación de estos en los pacientes, familiares y/o cuidadores y aumentar la cobertura de socialización.
- Finalizar el cambio de digiturno para la sala PIA para ayudar a mejorar la atención de nuestros pacientes.



Humanización

Los Nogales | Tomo 2

OBJETIVO GENERAL

Buscar que cada ingreso, cada atención, cada servicio sea una oportunidad de brindar bienestar al paciente y su familia, hacer de su estancia un acto humanizado, seguro, con la calidez y calidad de servicio que nos distingue a todos por ser parte de una Clínica que basa sus principios y valores corporativos en los de cada colaborador, siendo coherentes entre el discurso y el hacer.

3. RESUMEN EJECUTIVO

- Se alcanzó el 100% de cumplimiento en la gestión documental, así como en la implementación y socialización de protocolos, fortaleciendo los procesos clínicos y administrativos.
- Cumplimiento del 100% del cronograma de actividades propuestas en el plan de trabajo del programa de humanización
- Nos consolidamos como referentes en el manejo de prácticas de humanización, sirviendo de modelo para otras instituciones.

4. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

4.1. Indicadores productividad



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En conclusión, los resultados de diciembre de 2023 y 2024 muestran avances positivos, pero con áreas para seguir fortaleciendo. En diciembre de 2023, el impacto de las líneas de humanización alcanzó un 91,27%, lo que refleja una atención que aún requiere ajustes para lograr la meta propuesta.

En diciembre de 2024, el impacto aumentó a un 94,39%, lo que muestra una mejora significativa respecto al año anterior. Este avance refleja un trabajo constante por parte del equipo en la implementación de las estrategias de humanización, lo cual es positivo. Sin embargo, la cifra sigue sin alcanzar la meta del 98%.

En resumen, aunque se observa un avance en la percepción de la atención humanizada, los resultados también evidencian que, a pesar de las mejoras, el objetivo aún no se ha alcanzado. Esto resalta la necesidad de seguir adaptando y perfeccionando las estrategias dentro del programa de humanización, para finalmente alcanzar la meta propuesta y asegurar una experiencia de atención aún más cálida y humanizada para los usuarios.

En comparativa del año 2023; y el 2024, la implementación de controles activos para el reporte de la herramienta X-Xcustomer, fomentando la cultura del reporte de experiencias de los pacientes y familiares, incrementando así el número de reportes de todas las áreas de Clínica los Nogales.

2.2 AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Comunicación y empatía	Desarrollar e implementar estrategias efectivas de comunicación y empatía entre los colaboradores y usuarios, con el fin de fortalecer las relaciones interpersonales, mejorar la calidad del servicio y promover un ambiente laboral armónico y humanizado. Este proyecto busca fomentar la comprensión mutua, mejorar la escucha activa y generar un impacto positivo en la experiencia de los usuarios y el	100%	N/A	Diciembre 2024	Los avances alcanzados en 2024 han sentado las bases para un desarrollo continuo en 2025, con el objetivo de seguir mejorando la calidad del servicio, optimizar la comunicación interna y mantener un entorno laboral armonioso, todo dentro de un enfoque humano y cercano.

	bienestar de los colaboradores.				
Salud mental	Promover y fortalecer la salud mental de los colaboradores y usuarios mediante la implementación de estrategias y recursos que fomenten el bienestar emocional, la prevención del estrés y la mejora de la calidad de vida. Este busca crear un entorno de apoyo, reducir el estigma relacionado con los trastornos mentales y proporcionar herramientas efectivas para gestionar el bienestar emocional en el ámbito laboral y personal.	100%	N/A	Diciembre 2024	La estrategia de salud mental ha sido clave para promover el bienestar emocional de colaboradores y usuarios, implementando estrategias que favorecen la prevención del estrés y mejoran la calidad de vida. Se ha logrado crear un entorno de apoyo, reducir el estigma sobre los trastornos mentales y proporcionar herramientas efectivas para gestionar el bienestar emocional tanto en el ámbito laboral como personal.
Derechos y Deberes, Líneas de Humanización y Protocolo de servicio	Promover el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios, garantizando una atención alineada con las líneas de humanización y el protocolo de servicio. A través de la implementación de estrategias de sensibilización y formación continua, se busca asegurar que tanto que los usuarios comprendan sus derechos y responsabilidades, brindando un servicio respetuoso, ético y	100%	N/A	Diciembre 2024	Los derechos y deberes, Líneas de Humanización y Protocolo de Servicio, han permitido fortalecer el compromiso con una atención ética y respetuosa, garantizando que tanto usuarios como colaboradores conozcan y respeten sus derechos y responsabilidades. La implementación de estas estrategias ha contribuido a

	humano en todo momento. Este proyecto tiene como meta consolidar una cultura organizacional que valore la dignidad, el respeto y la atención humanizada.				crear un entorno de trabajo más consciente y alineado con los principios de humanización, mejorando la calidad del servicio brindado y promoviendo un trato digno para todos. Este enfoque ha sido fundamental para avanzar hacia una atención más cálida y personalizada, cumpliendo con los protocolos establecidos y reforzando el bienestar y la confianza en el servicio.
Docencia servicio e investigación	El objetivo de este proyecto es integrar las prácticas de docencia, servicio e investigación para mejorar la calidad de la atención y promover el aprendizaje continuo. A través de la colaboración entre docentes, estudiantes y profesionales del servicio, se busca fomentar un enfoque práctico de la educación, permitiendo que los involucrados se beneficien mutuamente de la experiencia y el conocimiento compartido. Además, se implementarán procesos de investigación aplicados para identificar áreas de mejora en el	100%	N/A	Diciembre 2024	El proyecto de docencia-servicio e investigación ha integrado eficazmente el aprendizaje académico con la práctica profesional, beneficiando a estudiantes y colaboradores. La colaboración entre docentes, estudiantes y profesionales ha mejorado la calidad de la atención y generado soluciones innovadoras a través de la investigación. Este enfoque ha tenido

	servicio y aportar soluciones innovadoras que optimicen la calidad del trabajo y la atención brindada.				un impacto positivo en la formación de los estudiantes y en la optimización del servicio brindado.

4. EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En conclusión, al evaluar los resultados anuales, en diciembre de 2023 se alcanzó un notable indicador del 98,26%, cumpliendo con la meta propuesta y mostrando un incremento positivo en comparación con los tres meses anteriores, lo que refleja un desempeño estable y exitoso durante ese período.

Sin embargo, al revisar los datos de diciembre de 2024, se observa un descenso en el indicador relacionado con la línea de humanización "tuviste un trato digno", alcanzando un 94,39%. Aunque este porcentaje sigue siendo alto, la disminución de -0,2%. En general, el desempeño en 2024 muestra resultados mixtos, con un crecimiento positivo en ciertos indicadores, pero también con áreas de oportunidad para fortalecer el enfoque humanizado en los servicios.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En conclusión, los resultados muestran una mejora progresiva. En diciembre de 2023, el indicador fue del 85,99%, experimentando un leve aumento del 0,8%, no se alcanzando la meta del 98%. En cambio, en diciembre de 2024, se alcanzó un 96,91%, con un incremento positivo del 0,1%. Aunque aún no se logra la meta propuesta, se evidencia un avance significativo el cual se continuará trabajando en estrategias dentro del programa de humanización para lograr los objetivos establecidos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En conclusión, los resultados muestran un avance positivo, aunque aún no se ha alcanzado la meta propuesta. En diciembre de 2023, el indicador fue del 81,02%, con un incremento del 1,3%. A pesar de este progreso, la cifra alcanzada en ese momento no permitió cumplir con el objetivo propuesto. En diciembre de 2024, el indicador subió a un 94,54%, lo que representa una mejora considerable con respecto al año anterior. Lo que sugiere que, aunque se sigue avanzando, hay áreas que requieren mayor atención y ajuste. A pesar de este, se continuará trabajando arduamente e implementando estrategias dentro del marco del programa de humanización para garantizar que, en el futuro, se alcance la meta del 98%, con un enfoque en la mejora continua y la satisfacción del usuario.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En diciembre de 2023, el indicador alcanzó un 94,32%, lo cual refleja un buen desempeño, aunque estuvo por debajo de la meta propuesta del 98%. Lo que podría sugerir la necesidad de ajustar algunas estrategias para mejorar el rendimiento.

En diciembre de 2024, el indicador en la línea de humanización fue del 90,86%. Aunque la cifra sigue siendo relativamente alta, la reducción en comparación con el año anterior indica que se deben implementar estrategias generando los resultados esperados en las diferentes áreas.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En conclusión, los resultados de diciembre de 2023 y 2024 muestran un desempeño positivo, pero aún con áreas por mejorar. En diciembre de 2023, se alcanzó un indicador de 96,76%, con un pequeño incremento del +0,2%. Sin embargo, este resultado no alcanzó la meta propuesta del 98,26%, lo que indica que, aunque hubo un avance, no fue suficiente para cumplir con el objetivo establecido.

En diciembre de 2024, el indicador de la línea de humanización fue del 95,54%, lo que refleja una mejora significativa de +1,6%. Aunque sigue siendo un resultado positivo, se continúa estando por debajo de la meta propuesta. Esto demuestra un progreso, pero también señala que aún hay trabajo por hacer. A pesar de estos desafíos, se seguirá implementando y ajustando estrategias dentro del programa de humanización para mejorar la calidad y experiencia del servicio, con el objetivo de alcanzar la meta del 98,26%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En conclusión, los resultados de diciembre de 2023 y 2024 muestran avances positivos, pero con áreas para seguir fortaleciendo. En diciembre de 2023, el impacto de las líneas de humanización alcanzó un 91,27%, lo que refleja una atención que aún requiere ajustes para lograr la meta propuesta.

En diciembre de 2024, el impacto aumentó a un 94,39%, lo que muestra una mejora significativa respecto al año anterior. Este avance refleja un trabajo constante por parte del equipo en la implementación de las estrategias de humanización, lo cual es positivo. Sin embargo, la cifra sigue sin alcanzar la meta del 98%.

En resumen, aunque se observa un avance en la percepción de la atención humanizada, los resultados también evidencian que, a pesar de las mejoras, el objetivo aún no se ha alcanzado. Esto resalta la necesidad de seguir adaptando y perfeccionando las estrategias dentro del programa de humanización, para finalmente alcanzar la meta propuesta y asegurar una experiencia de atención aún más cálida y humanizada para los usuarios.

5. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

4.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

Durante el año 2024, se llevaron a cabo diversas jornadas de formación en las que los colaboradores participaron activamente, abordando temas clave relacionados con los pilares del programa de humanización. Estas actividades contribuyeron significativamente al fortalecimiento de nuestro objetivo principal: fomentar la pasión por servir, logrando que nuestros colaboradores se comprometieran plenamente con la atención cálida y humanizada en su labor diaria.

4.2 Evaluación del Clima Organizacional

- Una de las estrategias tecnológicas para la optimización de los recursos basado en el análisis que nos permite la herramienta Xcustomer, generando un impacto positivo en la calidad y labor en los colaboradores.
- Junto con el área de talento humano trabajamos en el fortalecimiento en las diferentes áreas de la clínica en actividades con los colaboradores y pacientes.
- Se generaron espacios de escucha y toma de decisiones a nivel general y específico con diferentes líderes, generando de manera transversal la ejecución de las decisiones tomadas que permitan fortalecer el programa de humanización.
- A través de las diversas actividades planteadas y realizadas durante el año 2024 se ha venido fortaleciendo el clima organizacional y su impacto en los equipos de trabajo generando un ambiente armónico.

6. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Para este programa aplica el estado del PUMI de los estándares PACAS Hospitalario y Pacas Ambulatorio, los resultados son los siguientes:



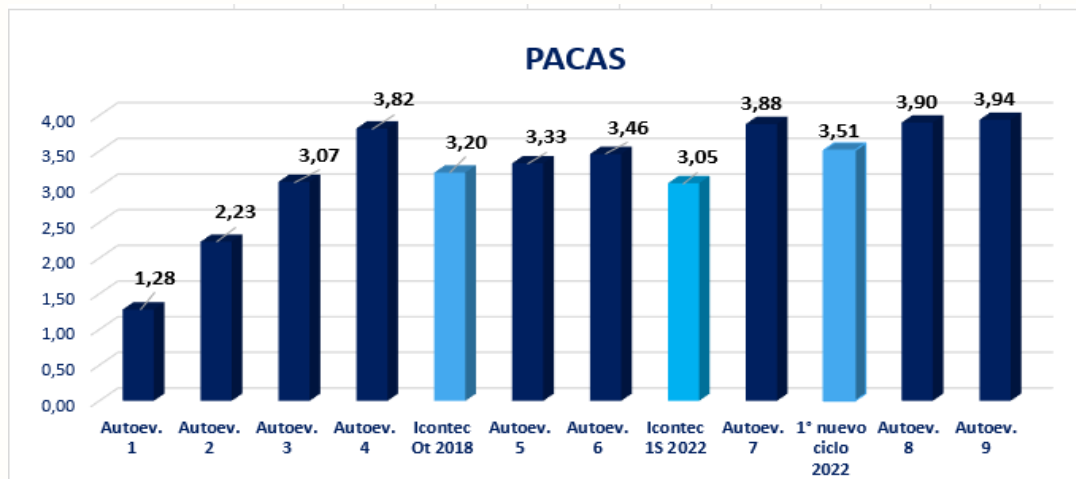
Fuente: Informe de Mejoramiento

5.2. Sistema de Gestión Documental

Se realizó actualización al 100% de los documentos que corresponden al programa de humanización

5.3. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas al estándar Proceso de Atención al Cliente Asistencial. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 3.94.



Fuente: Calificaciones Nogales

6. PLAN OPERATIVO ANUAL DE PROCESO (POA)

Se presenta el resultado del Plan Operativo anual 2024

		POA Humanización 2024		Código 2024-SPE-12.2 Vigencia 2024 Estado Ejecución	
Responsable: Jefe de Humanización		Fecha Inicio: 2024-01-01Fecha Fin: 2024-12-31			
Resumen cronograma					
Cronograma		Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
Realizar estudio de los indicadores generados a partir de la encuesta de experiencia en Xcustomer e identificar en qué aspectos y en cuáles áreas de servicio en la clínica se debe trabajar para fortalecer la atención, y la experiencia de los colaboradores. (Urgente a G)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Optimizar el tiempo y orden en la atención en intervenciones y consulta externa, teniendo en cuenta los horarios y agendas programadas siguiendo un cronograma más detallado para alcanzar los objetivos planteados. Con el fin de realizar inclusión de la productividad, se realizará base de datos en Xcustomer de la atención, dejando registro de los pacientes atendidos. (M prioridad ca mi Paciente)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Brindar la atención psicológica oportuna y adecuada a pacientes acorde a temas y enfoques validados científicamente, generando una mejora en su salud mental y mejorando su calidad de vida. (Tu experiencia nuestro compromiso)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
A través de jornadas de socialización y capacitación a colaboradores y usuarios, profundizar en aspectos del relacionamiento como la comunicación asertiva, empatía, trato digno, partiendo desde las Líneas de humanización en la clínica. (Modelo Gestión Clínica)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Continuar el conocimiento científico a través de proyectos de investigación, que permitan recoger y analizar información para así aportar, con los resultados obtenidos a la optimización y generación de estrategias de mejora. (Generación del Conocimiento)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Implementar actividades de análisis de casos y seminarios con estudiantes preclínicos, con el fin de fomentar la educación continua. De igual manera que los estudiantes realicen capacitaciones a colaboradores, quienes tienen a tener relevancia para la atención integral y humana, asegurando una mejor experiencia en los usuarios. (Ecosistema Digital)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Optimización de recursos y herramientas de apoyo en la clínica Los Nogales. (Optimización de Recursos)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
Implementar programas de capacitación, diseñados para proporcionar las habilidades y conocimientos necesarios para el crecimiento en cada rol y alcanzar el potencial de los colaboradores. Facilitar el acceso a recursos y herramientas que promuevan el crecimiento y la mejora continua en áreas clave del desarrollo profesional. (Sostenibilidad Financiera)		100,0% (100,0%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%
TOTAL		100,00% (100,00%)	2024-01-01	2024-12-31	100,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

7. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- A lo largo del año 2024, el programa de humanización ha logrado avances sustanciales en el fortalecimiento de nuestra política de humanización, con un enfoque constante en ofrecer una atención cálida y humanizada tanto a los usuarios como a nuestros colaboradores. A través de la herramienta Xcustomer, hemos podido validar y analizar de manera precisa los indicadores de las líneas de humanización, lo que nos ha permitido obtener una visión clara y detallada de la calidad en la atención mes a mes. Este análisis ha sido clave para ajustar y mejorar continuamente nuestras estrategias, asegurando que respondamos de manera efectiva a las necesidades de los usuarios y colaboradores.
- Uno de los logros más destacados ha sido el fortalecimiento de la capacitación y el apoyo continuo a nuestros colaboradores. A lo largo del año, hemos identificado la importancia de brindarles formación continua que permita mejorar su desempeño y, a su vez, ofrecer una atención más cercana y humanizada. Esto ha sido posible mediante la implementación de estrategias de capacitación flexibles, adaptadas a sus horarios y necesidades, lo que ha contribuido a un ambiente de trabajo más comprometido y motivado.

- El año 2024 también ha sido un periodo en el que se ha consolidado el compromiso con la atención cálida y humanizada como valor fundamental en nuestra organización. Si bien se han logrado importantes avances, todavía existen áreas de mejora que seguirán siendo prioritarias para alcanzar la meta propuesta del 98% de satisfacción. La continua revisión de nuestras métricas y la implementación de nuevas estrategias nos permitirán seguir perfeccionando la calidad del servicio y el bienestar de nuestros colaboradores.
- En resumen, 2024 ha sido un año de avances importantes dentro del programa de humanización, con mejoras en la atención a los usuarios y colaboradores. Estos logros nos impulsan a seguir trabajando en el año 2025 para alcanzar nuestras metas, manteniendo siempre el enfoque en la calidad, la calidez y la humanización en cada aspecto del servicio brindado.



Fuente: Programa de humanización

8. PROYECTOS 2025

- Fortalecer y alinear las estrategias del POA mediante el Programa de Humanización, trabajando de manera conjunta con los diferentes líderes de servicio y colaboradores para garantizar una atención más calidad, centrada hacia los usuarios.
- Realizar proyectos de investigación, publicaciones y desarrollos que promuevan la generación de conocimientos en el ámbito hospitalario, contribuyendo a una atención más humanizada, basada en evidencia en Clínica los Nogales.

- Aumentar el porcentaje de usuarios que perciben la atención como una clínica humanizada, mediante la implementación y fortalecimiento de estrategias del programa en los diferentes servicios de la institución.
- Fomentar la educación y capacitación continua de los colaboradores, administrativos, asistenciales, tercerizados y estudiantes de práctica, en temas de salud mental, con el propósito de fortalecer sus competencias, ampliando la calidad del servicio y garantizando una experiencia positiva para nuestros pacientes, familia y todos los que hacemos parte de esta familia Nogales.

Exportación de Servicios y Planes Especiales

OBJETIVO GENERAL

Impulsar el proyecto de internacionalización de servicios de salud de la Clínica Los Nogales a través del trabajo integrado de las áreas asistenciales y administrativas, con la creación de un modelo de servicio centrado en el paciente y su familia que se consolide como referente nacional e internacional.

1. RESUMEN EJECUTIVO

A través de la resolución 1044 del 26 agosto 2024, se prorrogó el término de la declaratoria de existencia de un área geográfica declarada como zona franca permanente especial, el reconocimiento del usuario industrial de servicios, la autorización del operador y se autorizó la excepción de continuidad y ampliación del área declarada de la Clínica Los Nogales, para lo cual presentó la actualización del plan maestro de desarrollo general acreditando el plan de internacionalización y los estudios de factibilidad financiera y jurídica.

Este proyecto busca explorar los avances en Colombia de instituciones que han desarrollado la internacionalización de servicios de salud, generación de mercado para la clínica, internacionalizar servicios especializados de alta complejidad en salud, así mismo, busca mejorar su crecimiento y competitividad, promover la “Marca Nogales” y generar estrategias de turismo en salud.

En este sentido la alta dirección define la creación de una coordinación de exportación y planes especiales de salud, cargo asumido desde el 12 de agosto del 2024 el cual desarrolló un plan de trabajo inicial enfocado en la identificación del mercado y de ventajas competitivas de la clínica para la creación de la propuesta de valor. En este sentido en septiembre del 2024 se logra el acercamiento con el área de atención de nuevas empresas de ProColombia y se reciben las indicaciones correspondientes, asistiendo a diferentes reuniones tendientes a iniciar el proceso de acompañamiento exportador. El 08 de octubre se remite documentación de la clínica para estudio del acompañamiento al proceso exportador con aceptación y asignación de asesor desde el 14 de noviembre del 2024. Este acompañamiento ha permitido conocer los estudios de mercado realizados a nivel país, y abre las puertas para el desarrollo de las actividades de promoción de la clínica con los mercados objetivo a través de ferias internacionales y agendas comerciales con compradores internacionales y se reanuda en febrero del 2025.



2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1 Indicadores productividad

Se detallan a continuación los avances en los convenios contratados con las diferentes aseguradoras que ofrecen pólizas de salud a pacientes internacionales y que han sido atendidos en Clínica Nogales durante el transcurso del año 2024 y los programas de chequeos ejecutivos y de atención al paciente de planes de atención complementaria.

2.2 Assist Card Smalline S.A

Assist Card es una aseguradora que brinda asistencia médica al viajero en diferentes países a nivel mundial con amplias coberturas monetarias que brindan integralidad en la prestación de servicios. Actualmente contamos con un convenio suscrito y más de 4.000 servicios contratados desde consulta externa hasta la alta complejidad, lo cual nos ha permitido posicionarnos como una de las clínicas de mayor preferencia entre los pacientes internacionales que diariamente visitan nuestro país.

Para el 2024, se realizaron 2.2 veces más triage al comparar con el año 2023, para un crecimiento del 127%. Como se observa en la imagen a continuación:



Fuente: Base de información de servicios asistenciales BISA

Para el caso de ayudas diagnósticas se compara el año 2022 con el 2024, dado que en el 2023 no se evidencia realización. En el 2024 se realizaron 3.75 veces ayudas diagnósticas con un crecimiento significativo.



Fuente: Base de información de servicios asistenciales BISA

2.3 Pan - American Life de Colombia

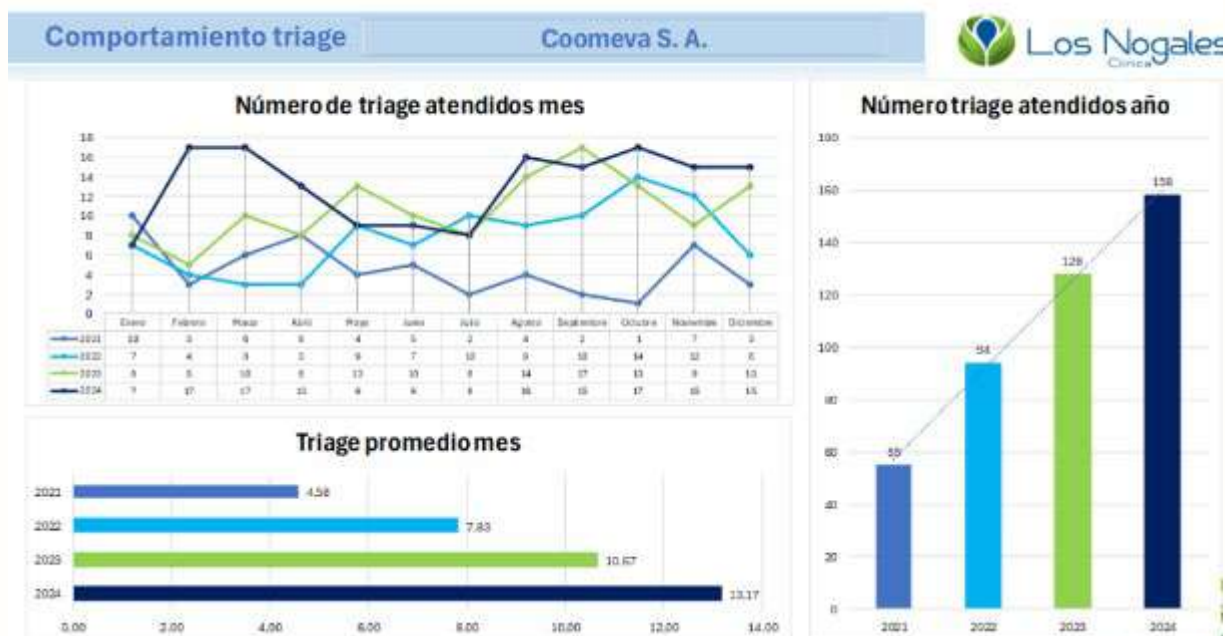
Pan American Life, cuenta con una trayectoria en Colombia de más de 85 años brindando cobertura de seguros entre los cuales se posicionan de manera significativa los dedicados a la cobertura de servicios de salud a los pacientes afiliados. Junto a sus aliados estratégicos brinda atención a más de 1.5 billones de pacientes con cobertura en América Latina y Caribe. Nuestro portafolio cuenta con cerca de 4.600 servicios contratados en convenio vigente cubriendo las necesidades de pacientes internacionales. Teniendo en cuenta que el convenio no ha mostrado crecimiento en los últimos años, se realizó acercamiento con la institución donde se presentó el modelo de servicio con la expectativa de empezar a recibir pacientes.

2.4 Coomeva MP

Coomeva brinda servicios de atención en salud a pacientes y familias durante 66 años consecutivos, con presencia en más de 5 países del mundo brinda asistencia viajera a sus afiliados con amplias gamas de cobertura desde servicios odontológicos hasta atención de alta complejidad entre los cuales se destaca la atención al paciente oncológico.

Nuestro convenio cuenta con más de 5.000 servicios contratados, en donde Clínica Nogales asegura atención de cada afiliado de manera segura y humana, generando satisfacción en el servicio prestado y un valor agregado en la experiencia del paciente y su aseguradora.

Actualmente Nogales ha crecido en el portafolio de servicios ofertados a las aseguradoras con el fin de brindar una atención integral al paciente con la mejor calidad humana y tecnología de punta en el sector salud, se ha trabajado en la contratación de servicios integrales con cada asegurador lo cual nos permiten asegurar la integralidad en la atención de los servicios. En el 2024, se realizaron 158 atenciones en el servicio de urgencias con un crecimiento del 23,4%.



Fuente: Base de información de servicios asistenciales BISA

También en el área de ayudas diagnósticas, se evidencia un aumento del 11,7%.

Comportamiento Imágenes Dx

Cooameva S. A.



Fuente: Base de información de servicios asistenciales BISA

2.5 Chequeos ejecutivos

Teniendo en cuenta que los chequeos ejecutivos son de interés tanto para los pacientes nacionales como internacionales, durante el 2024, se fortaleció el programa existente mediante la actualización del procedimiento de atención, diseño de 3 planes según edad y género, definición de tarifas, logrando realizar:

- 59 chequeos ejecutivos de los convenios AXA Colpatria y particulares.
- Inicio de la medición de la satisfacción en Xcustomer desde septiembre del 2024 con un resultado del 100%.





Fuente: coordinación de comunicaciones



Fuente: Coordinación exportación de servicios

Por favor, ayúdenos evaluando su experiencia durante la realización del chequeo ejecutivo

	Agosto 2024 (6)	Septiembre 2024 (53)	Octubre 2024 (49)
Calidad/amabilidad de los profesionales de la salud.	100.0% (6)	100.0% (53)	100.0% (49)
Información clara sobre la diagnóstico y tratamiento.	100.0% (6)	100.0% (53)	100.0% (49)
Tuvo un trato digno durante la atención.	100.0% (6)	100.0% (53)	100.0% (49)
Sintió respeto por la privacidad y confidencialidad.	100.0% (6)	100.0% (53)	100.0% (49)
Condiciones de orden y aseo de nuestras instalaciones.	100.0% (6)	100.0% (53)	100.0% (49)
El personal de la clínica usó adecuadamente los elementos de bioseguridad	100.0% (6)	100.0% (53)	100.0% (49)
Sabor y presentación de los alimentos	100.0% (6)	100.0% (53)	100.0% (49)

Fuente: Coordinación de exportación de servicios

Diseño brochure para paciente particular y para aseguradoras.



Chequeo Ejecutivo
Ciencíficamente avanzados, humanamente cálidos.

Bienvenidos a Clínica Los Nogales
En Los Nogales Clínica ofrecemos un servicio de chequeo médico personalizado y de alta calidad, diseñado para pacientes que buscan la excelencia en su atención médica.

Plan Esencial
Incluye: Examen físico, Análisis de sangre, Análisis de orina, Radiografía de tórax, Consulta con especialista.
Precios: \$1.200.000, \$1.500.000, \$1.800.000.

Plan Elite
Incluye: Examen físico, Análisis de sangre, Análisis de orina, Radiografía de tórax, Consulta con especialista, Consulta con nutricionista, Consulta con fisioterapeuta.
Precios: \$2.500.000, \$3.000.000, \$3.500.000.

Plan Platino
Incluye: Examen físico, Análisis de sangre, Análisis de orina, Radiografía de tórax, Consulta con especialista, Consulta con nutricionista, Consulta con fisioterapeuta, Consulta con psicólogo.
Precios: \$4.000.000, \$4.500.000, \$5.000.000.

Servicios VIP
Estacionamiento, Información en servicios de alta complejidad, Desayuno y almuerzo a la carta, Habitación VIP, Conexión Wi-Fi.



Fuente: Coordinación de comunicaciones

2.2 AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusión
Portafolio servicios exportables	Definir y diseñar el portafolio de los servicios exportables de acuerdo con las necesidades del mercado objetivo.	40%	Costeo de los servicios	Marzo 2025	NA
Portafolio cheques ejecutivos	Revisar y ajustar el portafolio de los cheques ejecutivos, definiendo su estrategia de mercadeo	80%	Si bien ya el portafolio se encuentra ajustado y se ha realizado la presentación con las aseguradoras, aún está pendiente la inclusión en la página web de la clínica y el despliegue en redes sociales.	Marzo 2025	NA
Ruta de experiencia pacientes particulares y de planes especiales de salud	Proporcionar una atención eficiente, personalizada y de alta calidad que garantice una experiencia integral y satisfactoria para los pacientes particulares y de convenios especiales nacionales e internacionales.	100%	Articulación entre servicios asistenciales y administrativos	Enero 2025	NA

3. Experiencia del paciente, familiar y cuidador

El proceso de exportación y planes especiales de salud no cuenta con indicadores de experiencia en ALMERA, sin embargo, en septiembre del 2024 se ajustaron los convenios en X- Xcustomer, con el fin de iniciar la medición y diferenciar los pacientes PBS de aquellos que hacen parte de algún convenio especial.

Para el caso de PAC Salud Total el cual es uno de los convenios de planes especiales de salud de mayor interés, se presentan a continuación los resultados de las encuestas desde el inicio de su medición:

ENCUESTAS	SEP	OCT	NOV	DIC
LN-Urgencias	0	5	1	3
LN-Urgencias-observación	16	17	2	3
LN-HO - Torre 1 Piso 9	0	3	0	0
LN-HO - Torre 1 Piso 7	0	0	0	1
LN-HO - Torre 2 Piso 2	0	0	8	0
LN-HO - Torre 2 Piso 3	0	1	0	3
LN-HO - Torre 2 Piso 4	0	3	6	7
LN-HO - Torre 2 Piso 5	7	3	2	10
LN-HO - Torre 2 Piso 6	4	5	9	8
UCI-Piso 5	2	0	0	0
Total encuestas	29	37	28	35

Fuente: Exportación de servicios

Durante el mes de octubre se observa un descenso tanto en el NPS como en la satisfacción, a causa de inconformidades generadas en los servicios de urgencias y urgencias - observación, con las siguientes preguntas con menor calificación:

- Cumplimiento del tiempo de clasificación informado por el triage.
- Confort y mantenimiento de nuestras instalaciones en urgencias.
- Información sobre el diagnóstico por el cual estuviste en urgencias.
- Información sobre el tratamiento, signos de alarma, administración de medicamentos u oxígeno.
- Trato digno durante la atención.

Esta información se escaló a la coordinación correspondiente, y se aplicaron los correctivos encontrando que, para los meses de noviembre y diciembre, se logró el cumplimiento en el NPS (recomendación 9-10) y en la satisfacción (calificaciones de 4-5).

6. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

6.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

Dentro de las estrategias de formación que se implementaron durante el año, se realizó a través del aula virtual de ProColombia (organización encargada de promover el turismo, la

inversión extranjera en Colombia, las exportaciones y la imagen del país) el curso de comercio exterior desde agosto hasta diciembre 2024.

7. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1. Sistema de Gestión Documental

Se cuenta con un único documento Paciente chequeo ejecutivo AA-PR-023, el cual fue actualizado en diciembre 2024.

5.2. Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presenta el histórico de las diferentes autoevaluaciones realizadas al estándar Direccionamiento. La 9° Autoevaluación para este estándar obtuvo como calificación 4.46.



Fuente: Informe de Mejoramiento

6. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- A pesar de que el mercado de turismo en salud tiene una proyección de crecimiento exponencial, la profesionalización de la cadena de valor y calidad en el servicio médico es la clave de todo el proceso.
- Aún hay muchos mercados internacionales sin explorar, por lo cual existe un universo de posibilidades de penetración a nuevos mercados.

- La importancia del apoyo de la alta gerencia de las organizaciones para desarrollar los procesos de internacionalización de servicios son la base del éxito de los programas.
- La importancia de la estructuración de una excelente cadena de valor que garantice la mejor experiencia posible al paciente internacional.
- La articulación del ente territorial, el gobierno y las entidades que promueven el turismo médico es una clave para el cierre de brechas tales como:
 - Conectividad.
 - Ingreso humanitario para pacientes que requieren visa.
 - Construcción de marca país.
 - Seguridad de la región.
 - Creación de mesas multisectoriales.

8. PROYECTOS 2025

- Concretar el desarrollo del portafolio de servicios exportables.
- Aumentar el número de convenios con aseguradoras internacionales.
- Aumentar el número de convenios con ARL para la realización de chequeos ejecutivos.
- Fidelizar y atraer especialistas nuevos para la realización de sus procedimientos quirúrgicos de pacientes particulares y de pólizas a través de la propuesta de valor de atención diferencial.
- Diseñar “Nogales Tu Guía”, como mapa de ruta del paciente particular e internacional.



Mejoramiento Institucional

Los Nogales | Torre 2

OBJETIVO GENERAL

Promover y apoyar la gestión de los procesos institucionales mediante el acompañamiento, capacitación, seguimiento y evaluación de las actividades programadas, mediante la incorporación de herramientas y metodologías innovadoras, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de la experiencia del paciente y sus familias y la optimización del desempeño de los procesos, de acuerdo con los lineamientos institucionales y normatividad legal vigente.

1. RESUMEN EJECUTIVO

Gestión de Calidad SOGCS

- Cumplimiento del 100% de los reportes normativos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud y el Registro especial de prestadores de servicios de salud REPS. (0%) sanciones
- Desarrollo de la 9° Autoevaluación de Sistema Única de Acreditación SUA. Se realizó la evaluación de los 8 grupos con 145 estándares y se obtuvo calificación general de 3.94 puntos / 5.0.
- Desarrollo de la Autoevaluación del SUH. Se obtuvo calificación del 100% de los estándares, servicios y criterios
- Se diseñó el Dashboard de Mejoramiento institucional, el cual se encuentra en la Intranet.
- Posicionados en el puesto 25 del Top Ranking Best Hospitals 2024, mejoramiento 4 posiciones con respecto al 2023
- Participación como IPS tutora en la ruta del mejoramiento de la calidad de la secretaria Distrital de Salud para el año 2024, acompañando con metodología y experiencias exitosas a 3 IPS beneficiarias dentro de la ruta, obteniendo 2 de ellas categoría Oro y 1 categoría Plata.



Desarrollo Estratégico

- Planeación desarrollo y socialización de nueva plataforma estratégica 2024-2029
- Construcción de 7 cuadros de mando con más de 300 indicadores dentro del sistema de información Almera, con el objetivo de consolidar indicadores claves sobre los principales enfoques de la institución, la integración de estos indicadores busca otorgar una herramienta gerencial que permita facilitar el seguimiento de la gestión institucional y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Dentro de los cuadros de mando construidos se encuentra el Balance Score Card, Ejes, ICONTEC y el modelo de seguimiento a aseguradores de Salud Total.
- Avance del 70% en el proyecto de gestión del riesgo actuarial obteniendo el cuadro de identificación con datos preliminares sobre costeo y venta de servicios y culminación al 100% del proyecto de Continuidad del Negocio.
- Participación en los proyectos estratégicos institucionales con metodología básica de proyectos, entre los cuales se destacan; seguimiento y asesoría normativa y metodológica de ejecución (Don Doctor, Torre 3, Zona franca, servicio de PET-CT, certificación BPM, certificación efr, Angiógrafo, expansiones físicas
- Construcción cuadro de mando de eficiencia operacional para los servicios de urgencias y salas de cirugía el cual permite visualizar los datos de manera estratégica y obtener resultados globales en 4 dimensiones productividad, oportunidad, efectividad clínica y uso de recursos. Se consolidan 39 indicadores para los dos procesos y se obtienen los primeros resultados globales sobre su funcionamiento. Se presentó avance del 60%
- Desarrollo del proyecto de optimización de datos portal BISAAD, enfocado en mejorar el acceso y análisis de información clave para la gestión de los procesos. Como resultado, se elaboró una plataforma de consulta que integra tres modelos de productividad, la estadística institucional, la gestión de indicadores y capacidad instalada. Esta plataforma almacena más de 2000 datos estadísticos sobre el funcionamiento de los procesos, además se logró actualizar el modelo de estadística para 6 unidades funcionales. Avance del 50%

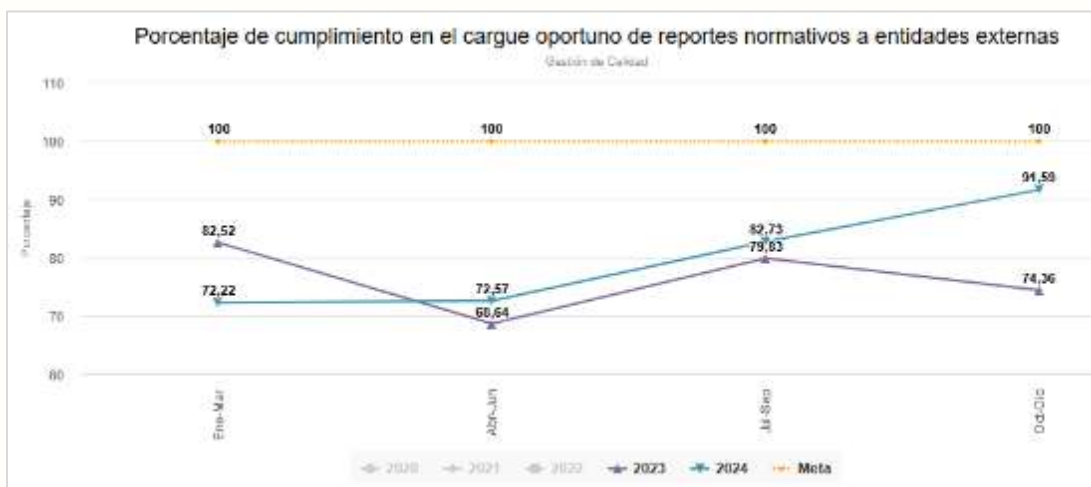


Gestión por procesos

- Madurez de los líderes y la calidad de los entregables en lo referente al análisis de indicadores, informes, rendición de cuentas.
- Avance del 50% Metodología TASCOI, como estrategia para la Gestión del Conocimiento dirigido a los subprocesos institucionales. Esta metodología tiene como fin garantizar que la información se encuentre disponible para promover el aprendizaje organizacional de los colaboradores de la institución.
- Se realizó reingeniería a los indicadores e informes de mejoramiento, generando integración institucional vs normativa.
- Diseño de plantillas y metodología para equipos de mejoramientos y Oportunidades de mejora ICONTEC para visita.
- Se realizó actualización de los lineamientos para la gestión documental, 78.5%, de documentos actualizados. Se presentó mejora en 6.5 puntos con respecto al 2023.
- Rediseño de metodología del 98% de los comités institucionales.

2. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD

2.1. Indicadores Productividad:

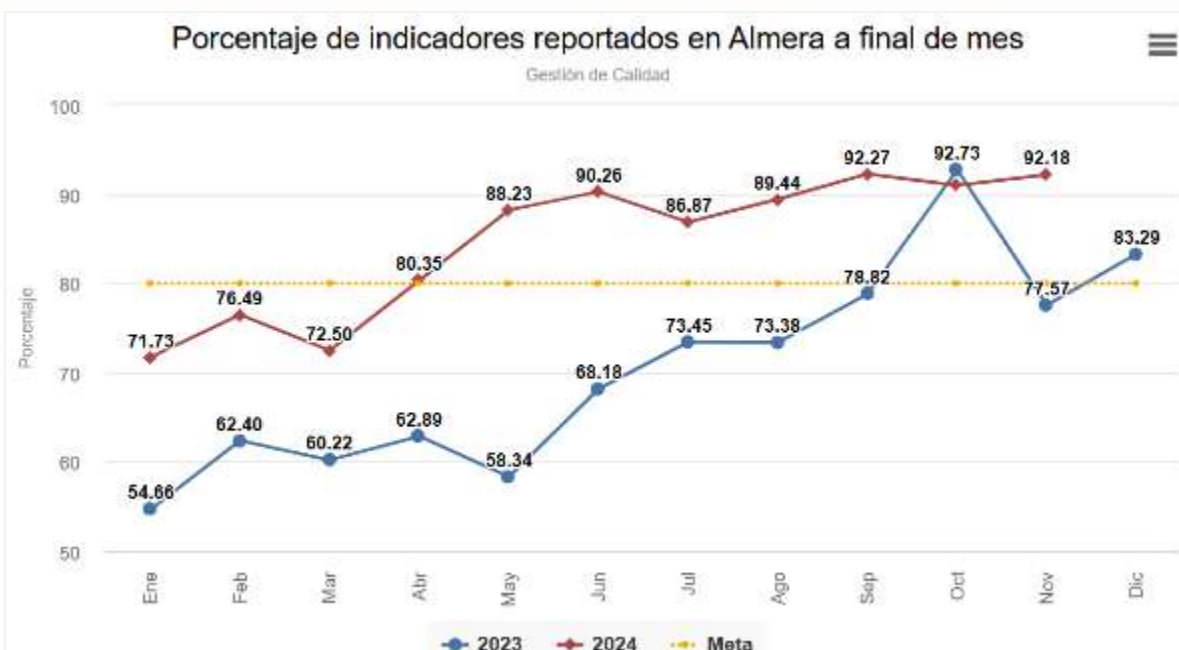


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

De acuerdo con la Matriz Legal establecida para el 2024 se debían realizar 506 reportes a entes de control, el porcentaje de cumplimiento de acuerdo con lo evidenciado en Almera es del 91.59%, mejorando considerablemente con respecto al 2023 en donde el cumplimiento fue del 74.36%, se presentó aumento en 12 puntos porcentuales.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

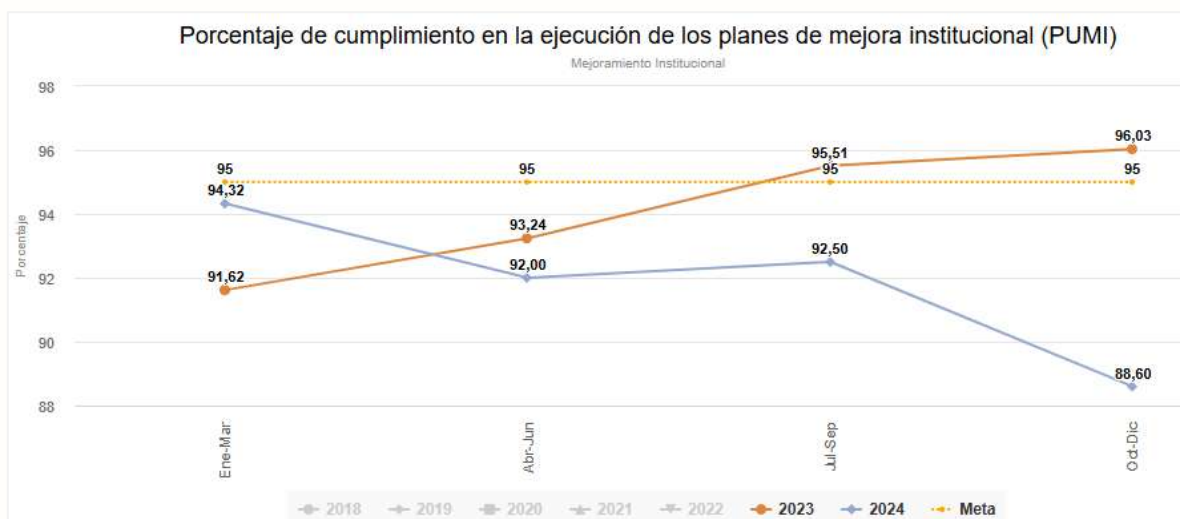


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El reporte de indicadores jugó un papel importante en la estructura de los proyectos adelantados en 2024 los cuales enfatizaron sus esfuerzos en contar con información de valor y al alcance de los líderes. Para ello el modelo de productividad TACSI (Tablero de control de seguimiento a indicadores) realizó un seguimiento especial a que la información se obtenga de forma precisa y oportuna y de esta forma contribuir al buen funcionamiento de los proyectos adelantados.

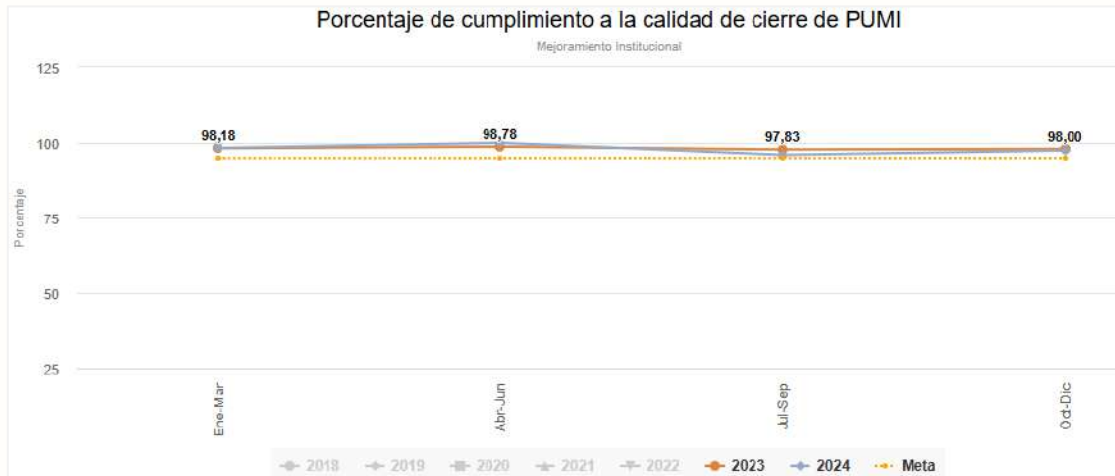
Para 2024 se logró cerrar con un porcentaje de reporte de indicadores del 80% durante los primeros 10 días del mes y del 92% al finalizar el mes, mejorando los resultados del año 2023 aproximadamente en 10 puntos porcentuales en los dos casos.

2.2. Indicadores Efectividad



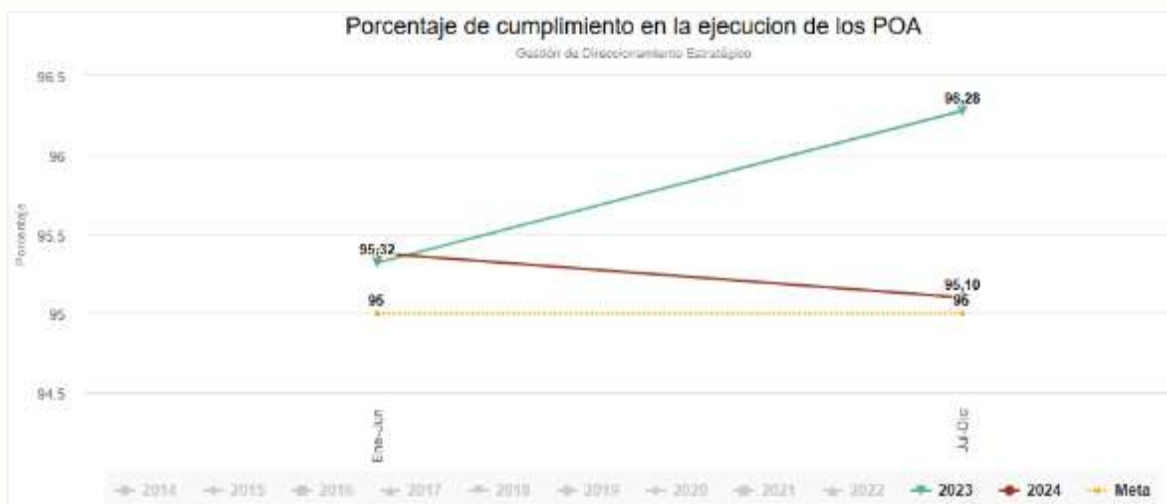
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El cumplimiento del plan único de mejoramiento institucional para el año 2024 cerró con un porcentaje de ejecución del 88.60%, En comparación con el año 2023 se presenta disminución en el cumplimiento de la ejecución del PUMI en 7 puntos porcentuales, esto se debe a que se encuentran 141 oportunidades de mejora abiertas que están pendientes de evaluación externa por parte del ente acreditador Icontec, el cual según metodología institucional es quien nos da el aval final para el cierre de las mismas en el aplicativo Almera.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La calidad del cierre de las oportunidades de mejora que componen el plan único de mejoramiento institucional PUMI para el año 2024 terminó con un 97,96 %, manteniendo el registro de los parámetros de calidad de cierre de mejoras en la institución tales como, redacción del cierre, soportes y evidencias y definición de mecanismo de sostenimiento de mejora.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La ejecución de los planes operativos anuales del año 2024 cierra con un total de ejecución del 95,10%, cumpliendo la meta estipulada del 95%; sin embargo, se presenta disminución de un punto porcentual con respecto al 2023, esto debido a que para el 2024 se han intensificado los controles de seguimiento y control a la calidad del cierre de las actividades por parte del área de mejoramiento, además del fortalecimiento del autocontrol de los

líderes de procesos quienes han entendido de mejor manera la importancia de afinar el registro del porcentaje respecto al grado de avance real de sus acciones propuestas.

2.2. Avances de proyectos en curso

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
Proyecto Buenas Prácticas de Manufactura a Gases Medicinales	Realizar acompañamiento al desarrollo del proyecto, con el fin de garantizar la Primer Recertificación de la planta de aire medicinal en sitio por compresor en Mayo 2025	10%	Desconocimiento del personal Químico Farmacéutico sobre el proceso de fabricación de aire medicinal en sitio por compresor, para lo cual se está en proceso de capacitación. Pérdida de soportes de las distintas actividades que corresponden a 2023 y primer semestre 2024. Múltiples tareas del director técnico – Coordinación de Farmacia, para dedicar tiempo suficiente a la ajuste y mejora del proceso	Mayo 2025	Este curso permitirá organizar los soportes que se requieren para presentar en la auditoria, fortalecerá los conocimientos de todo el equipo
Ajuste Módulo Seguridad del Paciente	Realizar reestructuración al módulo de Seguridad del paciente en el sistema de información integral Almera, con el fin de mejorar el	50%	Falta de respuestas oportunas del área de soporte Almera, a las diferentes solicitudes para ajustar el módulo,	Marzo 2025	Con el ajuste del módulo se pretende Fortalecer el análisis de los eventos y que este sea un insumo para la toma de decisiones. Obtener mejor estadística del módulo, la cual se presenta el

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
	análisis y la data de los eventos presentados a nivel institucional				Comité de Seguridad del Paciente
Metodología TASCOI	Garantizar que la información relevante de los procesos estén disponibles, para facilitar el aprendizaje organizacional y preservar el conocimiento a largo plazo. La actualización se realizará a nivel de caracterización, promesas y acuerdos de servicio, flujograma de atención, matriz legal, participación en equipos de mejoramiento y comités	50%	Poca disponibilidad de tiempo de los líderes de subprocesos, debido a las múltiples actividades asignadas al cargo.	Diciembre 2025	El diseño de la Metodología se estableció en Almera en la página inicial de todos los subprocesos. Se ha realizado actualización de información con la mayor parte de los procesos misionales, se está trabajando con procesos de apoyo. Se espera completar este proyecto antes de finalizar el 2025
Gestión del riesgo actuarial	Implementar el subsistema de riesgo actuarial de conformidad con lo establecido en la circular externa 2021170000000 4-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud.	70%	Durante la implementación del proyecto de gestión del riesgo actuarial, se presentaron varios desafíos que impactaron el proceso, Uno de los principales fue la complejidad operativa para obtener la información solicitada debido a la falta de	Junio 2025	Teniendo en cuenta las dificultades presentadas se llegó a una solución que permitiera continuar con el proyecto así, información histórica de 1 año que cuenta con información de un único sistema de información IT Salud IPS, tablas intermedias en SQL que generen interacción entre la información que está en la sistema con la que no está,

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
			información clave en el sistema, a el manejo de dos sistemas de información distintos, datos que no están integrados en la misma plataforma y la ausencia de información con el histórico necesario, adicionalmente la memoria del sistema de visualización de datos presentó restricciones que afectaron el acceso y la interpretación de la información.		actualización periódica de la información manual que después será procesada por el área de sistemas para garantizar que este completa, el proceso garantiza la calidad y sistemas garantiza la completitud y por ultimo filtros específicos en el sistema de visualización para evitar que la cantidad de información genere restricciones de memoria.
Eficiencia operacional y cuadros de mando con principales enfoques	Establecer, desarrollar e implementar un sistema integral de indicadores de eficiencia operacional por medio de la construcción de informes gerenciales que funcionen como insumo para la toma de decisiones a líderes, coordinadores y directivos.	40%	Dificultad en la parametrización del sistema de información Almera dado que no se contaba con las opciones necesarias para una correcta construcción de los cuadros de mando, desconocimiento del total de las funciones de cuadros de mando y restricciones propias del sistema de información para un fácil funcionamiento de los resultados	Diciembre 2025	Teniendo en cuenta las dificultades se llegó a una solución que permitiera continuar con el proyecto, se toma una capacitación sobre cuadros de mando con la oficina de calidad de Salud Total, se solicita a Almera poner en funcionamiento y disponibles las opciones necesarias para continuar con la construcción de cuadros de mando, se realiza constante comunicación con el área de soporte de Almera para optimizar la construcción de los cuadros y se trabaja en escenario de pruebas

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	% Avance	Dificultades	Fecha de Finalización	Conclusiones
			de los cuadros de mando.		para crear indicadores espejo de todo los cuadros de mando, tarea que es necesaria para obtener resultados generales y específicos al tiempo.
Optimización de datos portal BISAAD	Mejorar continuamente las funciones del portal BISAAD, que permita contar con una plataforma de consulta de datos productivos, dinámica, funcional y de valor.	50%	Dificultad en la concentración de los datos que provienen de diferentes fuentes de información, con diferentes estructuras. Dificultad en la identificación de datos duplicados o errores de ingreso de datos en los sistemas de información- Dificultad en el sistema de visualización de datos que no cuenta con integración con los sistemas de la institución.	Diciembre 2025	Teniendo en cuenta las dificultades se llegó a una solución que permitieran continuar con el proyecto, Se optimiza el uso de hojas de cálculo potencializando el uso de herramientas avanzadas, power query y power pivot de Excel, uso de herramientas del paquete office como Share point para creación de portal de productividad y actualización constante del portal BISAAD con nuevas formas de visualización de los datos.

3. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

3.1 Formación y desarrollo del Talento Humano

Referente al proceso de recertificación en Buenas Prácticas de Manufactura para la Producción de Aire medicinal, desde la Dirección General se aprobó la realización del curso BPM-Gases Medicinales en el que participan todos los químicos farmacéuticos, coordinaciones de Ambiente Físico y Gestión de la Tecnología, personal de infraestructura y mantenimiento y biomédica e ingeniero de calidad que acompaña el proyecto, el curso inició el 28 de noviembre 2024 y finalizó el 01 de febrero 2025. Su objetivo es brindar los lineamientos sobre el proceso de obtención de aire medicinal que ayudará a todo el personal principal, suplente y de apoyo a identificar y mejorar falencias y estar preparados para la visita de recertificación que debe ser solicitada para el mes de mayo 2025.

Adicionalmente la alta dirección aprobó y financió el 100% del curso de verificadores de condiciones de habilitación en salud con la Universidad El Rosario para la coordinadora de mejoramiento institucional el cual se desarrolló en el 2° semestre de 2024.

3.2. Evaluación del Clima Organizacional

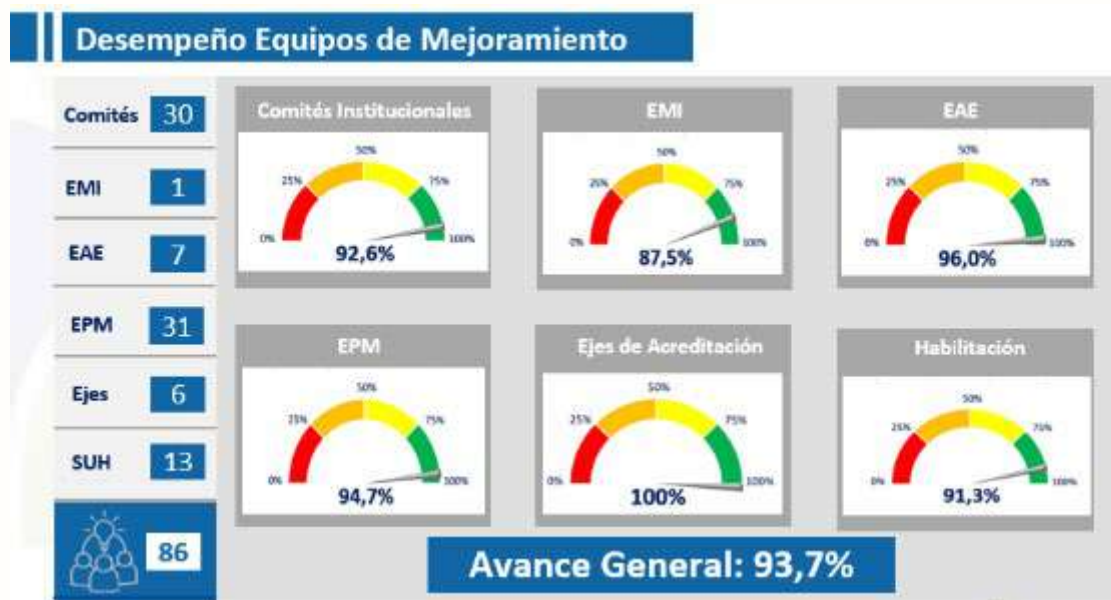
Para mantener un clima organizacional favorable en el área se ha participado en las siguientes actividades:

- Celebración de cumpleaños de cada integrante del área a través de invitaciones a almorzar o el compartir una torta de cumpleaños
- Celebración amor y amistad: Participación Amigo dulce
- Celebración decembrina: Participación en Juego Santa Secreto
- Celebración de Halloween para hijos de colaboradores
- Uso de las distintas medidas efr de la institución

4. RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1. Desempeño Equipos de Mejoramiento

A continuación, se presenta el Dashboard con el resultado del desempeño de los equipos de mejoramiento 2024



Fuente Informe de Mejoramiento Institucional

4.2. Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Los datos presentados a continuación hacen referencia al resumen institucional del estado del PUMI:



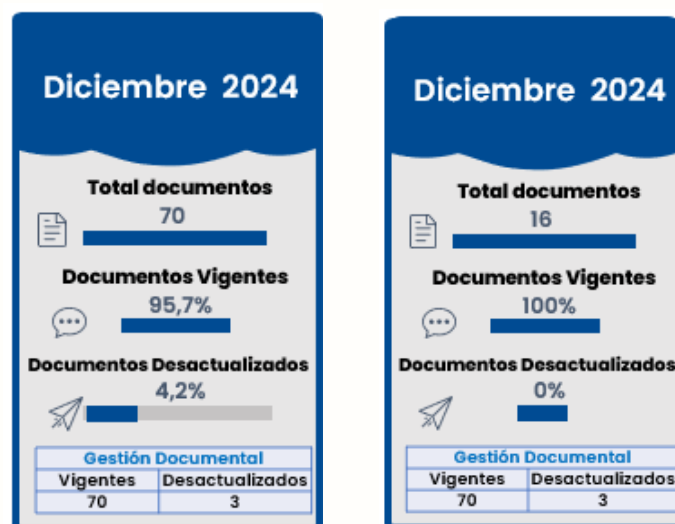
Fuente Informe de Mejoramiento Institucional

4.3. Sistema de Gestión Documental

A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a 31 de diciembre de Gestión de Calidad y Mejoramiento Institucional.

Gestión de Calidad

Mejoramiento Institucional



Fuente Listado Maestro de Documentos

4.4. Autoevaluación Acreditación

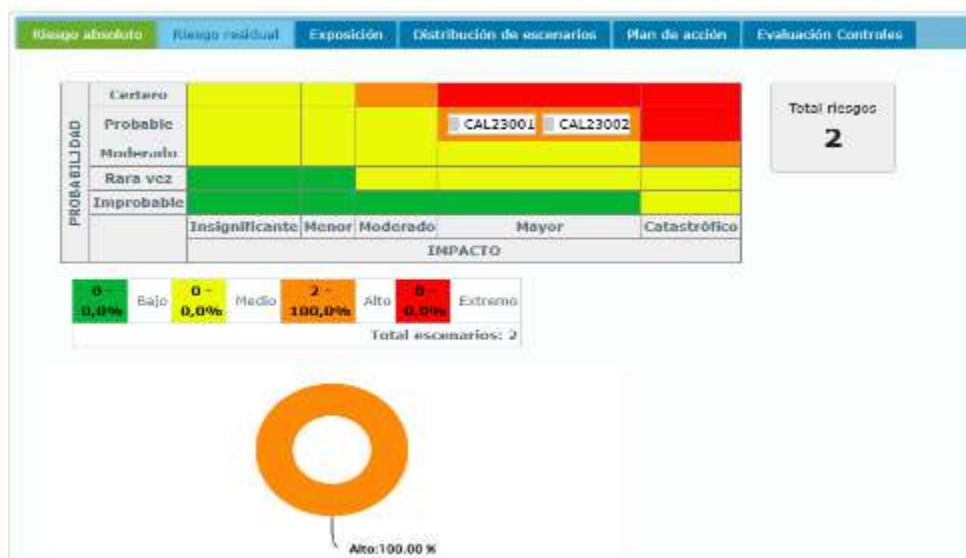
A continuación, se presentan resultados históricos y generales de las diferentes autoevaluaciones realizadas con los todos los grupos de estándares. Para la 9° autoevaluación se obtuvo puntaje del 3.94.



Fuente: Calificación Nogales

5. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO

Se han identificado 2 Riesgos categorizados como riesgo alto, uno de ellos relacionado con Documentos del sistema de gestión desactualizados y el segundo riesgo relacionado con Estadísticas de productividad con errores en la generación de datos para indicadores institucionales.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

6. PLAN OPERATIVO ANUAL (POA)

A continuación, se presenta el estado general del POA 2024 a nivel institucional



Fuente: Informe de Mejoramiento Institucional

El Plan Operativo anual del área de mejoramiento Institucional trabajó 4 objetivos estratégicos, con las siguientes estrategias:

- Generación del conocimiento /Proyecto Workshop de Calidad: Cumplimiento 99,8%
- Rentabilidad Financiera/ Proyecto Eficiencia Operacional: Cumplimiento 100%
- Mi prioridad es mi paciente / Proyecto Gestión por procesos: Cumplimiento 100%
- Ecosistema Digital / Optimización del portal BISA: Cumplimiento 100%.

7. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- Para la vigencia del año 2024 se evidencia la madurez en los líderes en cuanto a la cultura del mejoramiento, queda evidenciado según los resultados, como los líderes institucionales cada vez son más objetivos en las métricas, análisis de información y como encuentran en la data su principal fuente para la toma de decisiones.
- La virtualización y digitalización de la información nos ha dejado grandes beneficios aprendizajes y logros para el año 2024, se ratifica como la generación de cuadros de mando y la presentación de información a través de estos facilitan el entendimiento por parte de los líderes dándole protagonismo al mejoramiento y aportando a la toma de decisiones de manera oportuna y veraz.

- El sistema de calidad de la institución alineado en su máxima extensión a la acreditación en salud, continua siendo un logro estratégico para el año 2024, los altos estándares de calidad y la persistencia por alcanzar la excelencia se evidencian en los logros de cada uno de los procesos, posicionándonos en el mercado nacional e internacional como una institución reconocida por una prestación de servicios de salud con integralidad y seguridad para los pacientes, familias y cuidadores.
- Para esta vigencia nos queda como gran lección aprendida que la referenciación comparativa, ejercicio propuesto por la guía de acreditación, representa una excelente práctica de adopción de mejores habilidades y es un aprendizaje en doble vía que aporta a la gestión del conocimiento institucional y a la responsabilidad social con aliados y otros actores del sector.

8. PROYECTOS 2025

- Sostenimiento habilitación en Salud, acreditación en Salud, rutas de eficiencia operacional
- Apoyo construcción Torre 3 en temas relacionados a Habilitación en salud, procesos y normatividad.
- Optimización del Modelo SARLAFT y SICOF.
- Montaje Almera de Metodología IHI para el análisis de casos de mortalidad institucional.
- Evaluar la viabilidad para la implementación de gerencia de proyectos estratégicos institucionales.
- Continuar con la postulación a los diferentes rankings internacionales y obtención de certificaciones del sistema de gestión de Calidad.
- Dar continuidad al proyecto Eficiencia operacional integrando todos los procesos misionales.



Propiedad Intelectual

Propiedad Intelectual y Derechos de Autor

Para fines legales de este informe, declaramos que la administración de Clínica Los Nogales S.A.S cumple a cabalidad con lo descrito en la Ley 603 de 2000 sobre derechos de autor y protección intelectual, especialmente en lo relacionado con los derechos de uso de software, licencias necesarias para el funcionamiento de la clínica y productos informáticos consagrados igualmente en la legislación actual colombiana.

Científicamente avanzados, Humanamente cálidos.



Los Nogales
Clínica

Científicamente avanzados,
humanamente cálidos.

📍 Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C
Autopista Norte, Costado Oriental.

☎ (601) 593 70 00

Síguenos en redes



@losnogalesclinica



www.clinicanogales.com