

FECHA	15-01-2022
NOMBRE DEL INFORME:	INFORME DE GESTIÓN 2022
PRESENTADO POR:	María Cristina Vargas Urazán
CARGO:	Gerente

OBJETIVO DEL INFORME	Presentar Informe de la Gestión de la Clínica Medifaca IPS S.A.S en el año 2022, del Área Financiera, Administrativa, Dirección Médica, Talento Humano y Tic; mostrando el cumplimiento frente a la proyección para el mismo año y de manera comparativa con respecto al año inmediatamente anterior, mediante seguimiento a indicadores de gestión de cada área, evidenciando la buena gestión realizada con el compromiso de cada uno de los integrantes del equipo que lo conforman.
-----------------------------	---

1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

GESTIÓN ASISTENCIAL

✓ **URGENCIAS**

✓ **Indicadores de Gestión y Productividad del Servicio de Urgencias:**



Gráfica 1. Fuente indicadores Power Bi- Indicadores de Oportunidad del Servicio de Urgencias



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

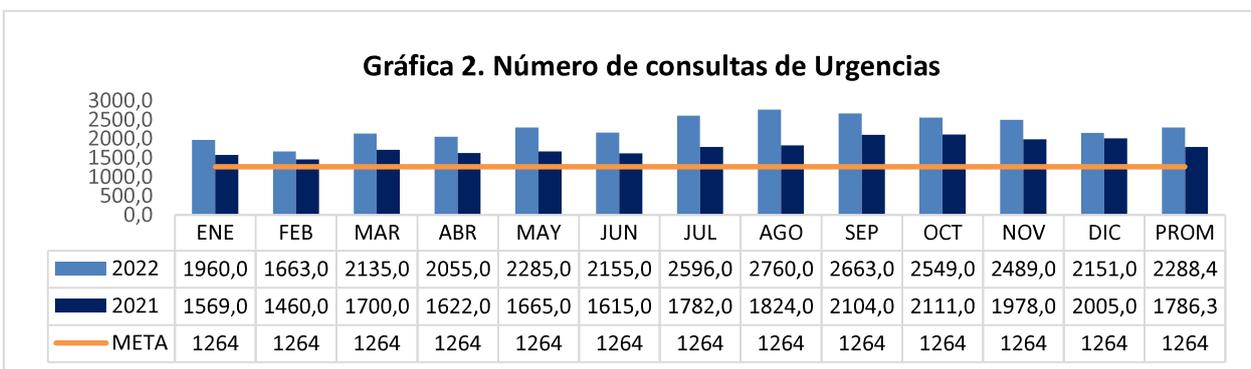
NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
Oportunidad de la Atención Triage I	<20 minutos	20 a 30 minutos	>30 minutos	35,06	32,31	34,36	37,11	41,57	48,48	43,20	66,86	43,03	22,35	43,00	21,33	39,62
Índice de reconsultas no programadas al servicio de urgencias por la misma causa antes de 72 horas	<2%	2-4%	>4%	3,40%	2,16%	1,12%	0,92%	0,96%	1,30%	1,3%	1,20%	1,0%	0,75%	0,80%	0,70%	1,30%
Oportunidad para la atención del TRIAGE II	<60 minutos	60 a 120 minutos	>120 minutos	45,45	42,70	44,64	50,25	68,44	57,48	65,30	82,68	73,82	64,56	49,77	40,00	57,08
Promedio de tiempo transcurrido entre la orden de la remisión y la aceptación de la remisión del paciente	<6 horas	6-12 horas	>12 horas	9,11	9,00	9,71	9,93	24,29	27,24	32,21	31,08	10,32	10,39	16,60	14,02	14,79
Promedio horas estancia en sala de observación del servicio de urgencias	<6 horas	6-12 horas	>12 horas	27,81	31,12	36,00	11,10	23,17	29,31	16,88	36,83	23,43	8,89	33,48	28,14	25,49
Porcentaje de ocupación en sala de observación del servicio de urgencias	>90%	90%	<90%	99,89%	762,04%	790,22%	794,70%	226,72%	276,57%	220,36%	176,73%	171,30%	167,76%	766,42%	747,00%	772,56%
Inicio cama en sala de observación del servicio de urgencias	>30	25-30	<25	14,89	42,57	46,57	58,43	70,23	65,57	69,43	54,73	51,57	50,14	49,33	45,57	52,48
Promedio del tiempo transcurrido entre la admisión y triage	<20 minutos	20 a 30 minutos	>30 minutos	19,88	36,12	48,16	36,34	48,12	45,74	54,42	35,12	32,21	49,89	53,01	38,24	50,44
Número de remisiones comentadas	Sin meta	Sin meta	Sin meta	607,00	518,00	652,00	642,00	510,00	441,00	552	537	567,00	558,00	537,00	576,00	558,17
Número de remisiones aceptadas	Sin meta	Sin meta	Sin meta	455,00	428,00	509,00	493,00	388,00	326,00	428	446	488,00	500,00	430,00	471,00	445,17
Número de remisiones no aceptadas	Sin meta	Sin meta	Sin meta	152,00	91,00	143,00	147,00	122,00	115,00	124	91	99,00	58,00	107,00	105,00	112,83

Tabla 1. Fuente Vista Productividad Urgencias Índigo Vie- Indicadores de Productividad de Servicio de Urgencias.

✓ **Indicador de Productividad del Servicio de Urgencias – Número de Consultas en el Servicio de Urgencias.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
Número de consulta de urgencias	>1264	1264	<1264	1960	1663	2135	2055	2285	2155	2596	2760	2663	2549	2489	2151	2288,416667

Tabla 2. Fuente Vista Productividad Urgencias Índigo Vie- Número de consultas en el Servicio de Urgencias



Fuente Tablero de indicadores 2022- Número de consultas de Urgencias



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Análisis del Indicador de Productividad del Servicio de Urgencias - Número de Consultas en el Servicio de Urgencias.

Meta sobresaliente del indicador	>1264
Resultado del periodo del indicador	2288
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	1786
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Asignación de funciones desde el cuadro de turnos a los médicos en el servicio de urgencias. - Designación de médico líder por turno en el servicio de urgencias. - Programa de capacitaciones semanales. - Socialización de productividad de médicos en el servicio de urgencias. - Traslado del área de referencia al tercer piso para aumentar un consultorio en el servicio y un médico más por jornada (está dentro del presupuesto). - Retroalimentación en las evaluaciones de desempeño frente a la productividad de cada uno de los profesionales del servicio. - Contratación de dos jefes de enfermería temporales para realización de triage entre tanto se logra contratar el estándar de talento humano de medicina general de los servicios de la clínica.
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Lograr la estabilidad del grupo de médicos generales con la contratación completa de los mismos y la fidelización posterior para garantizar su permanencia dado que la rotación frecuente genera que se pierdan los procesos ya adelantados. - Designar un gestor del servicio de urgencias con énfasis en la consulta de urgencias. - Dar continuidad al estándar de 1 auxiliar de priorización y 5 profesionales en consulta (médicos) en turnos diurnos. - Empoderamiento al rol de médico líder de turno. - Ajustes al cuadro de turnos para asignar funciones fijas durante todo el mes y favorecer el control de las actividades que realiza cada uno (inicia el mes de enero). - Realización de rondas diarias con seguimiento a casos particulares que se presenten en las unidades asistenciales por parte de auditor médico concurrente (pendiente de contratación).



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Indicadores de Gestión del Servicio de Urgencias.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
Oportunidad de la Atención Triage 2	<20 minutos	20 a 30 minutos	>30 minutos	38,08	32,31	34,96	37,11	47,57	48,48	43,20	66,66	43,20	22,35	33,00	21,33	39,02

Tabla 3. Fuente Tablero Institucional de Indicadores- Indicadores de Gestión del Servicio de Urgencias



Fuente Tablero de indicadores 2022- Oportunidad de la atención del triage

Análisis del Indicador Gestión del Servicio de Urgencias – Oportunidad de la Atención de Triage

Meta sobresaliente del indicador	<20 minutos
Resultado del periodo del indicador	39 minutos
Brecha con la meta	19 minutos por encima de la meta.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	31 minutos
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Se dispuso por cuadro de turnos un médico exclusivo para atención de consulta de triage 2. - Se cuenta con un médico líder por cada turno en el servicio de urgencias. - Se cuenta con auxiliar de enfermería de priorización. - Socialización de productividad de médicos en el servicio de urgencias.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	<ul style="list-style-type: none"> - Traslado del área de referencia al tercer piso para aumentar un consultorio en el servicio y un médico más por jornada (está dentro del presupuesto). - Retroalimentación en las evaluaciones de desempeño frente a la productividad de cada uno de los profesionales del servicio. - Contratación de dos jefes de enfermería temporales para realización de triage, entre tanto se completa la contratación del estándar de talento humano definido para el servicio.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento del número de pacientes en triage (promedio cercado a 5.000 en lo corrido del año). - Rotación de profesionales en medicina general, con ingreso de médicos recién egresados y sin experiencia. - Renuncia de 5 médicos generales en el mes de diciembre lo que obligó a reorganizar los servicios disminuyendo el estándar del talento humano que se había conseguido.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Lograr la estabilidad del grupo de médicos generales con la contratación completa de los mismos y la fidelización posterior para garantizar su permanencia dado que la rotación frecuente genera que se pierdan los procesos ya adelantados. - Designar un gestor del servicio de urgencias con énfasis en la consulta de urgencias. - Empoderamiento al rol de médico líder de turno. - Ajustes al cuadro de turnos para asignar funciones fijas durante todo el mes y favorecer el control de las actividades que realiza cada uno (inicia el mes de enero). - Afianzamiento de los grupos de trabajo de médicos en el servicio de urgencias para mantener el estándar de 1 auxiliar de priorización y 5 médicos en turnos diurnos. - Realización de rondas diarias con seguimiento a casos particulares que se presenten en las unidades asistenciales por parte de auditor médico concurrente (pendiente contratación). - Se propone el ingreso de un médico especialista en medicina de urgencias. - Programar capacitación sobre gestión del servicio de urgencias por parte de especialista en medicina de urgencias dado el ingreso de personal nuevo desde la última capacitación que se realizó. - Rotación al personal más calificado por los diferentes turnos para socializar las estrategias que han dado resultado en sus modelos de trabajo. - Elaboración y difusión de documento guía para el funcionamiento de los servicios de urgencias y UCI/UCIN que propende por evitar los fallos en la prestación de servicios que se conocen de tiempo atrás. La guía vincula tanto a especialistas como a médicos generales y fejes de enfermería.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Referencia**

Remisiones Internas

SERVICIO QUE REMITE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
HX 2 PISO	0	0	14	4	12	10	16	16	11	10	13	8
HX 3 PISO	7	13	14	9	14	13	11	13	13	16	10	17
HX 4 PSIO	3	19	7	13	15	14	8	14	11	15	14	14
OBSERVACION	116	122	163	123	153	144	158	173	149	143	115	106
SALAS DE CIRUGIA	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0
UCI	9	9	19	25	12	16	37	23	16	29	28	31
Total general	136	164	217	175	206	197	230	240	200	213	182	176

Tabla 4. Número de Remisiones Internas por Servicio de Origen
Fuente Informe Mensual Referencia y Contrarreferencia Comité de Urgencias.

ESPECIALIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
Total general	136	164	217	175	206	197	230	240	200	213	182	176
APOYO DIAGNOSTICO	57	59	71	59	82	78	87	87	69	63	59	59
CIRUGIA PLASTICA	1	1		1	1	5	6	3	9	6	2	10
MEDICINA INTERNA	10	11	24	15	18	18	25	23	23	23	16	9
CARDIOLOGIA		5	3	5	3	2	4	3	4	5	11	8
GINECOLOGIA	11	5	7	5	13	8	9	3	3	6	9	7
PHD	3	9	8	5	14	11	6	22	11	12	12	7
CIRUGIA VASCULAR			1	1	1	2	5	9	3	3	1	7
ORTOPEDIA	1	5	7	1	6	4	6	9	8	10	9	5
NEUROLOGIA		4	3	2	3	5	8	7	8	6	4	5
PEDIATRIA	4	1	9	5	6	7	2	11	7	6	4	5
CIRUGIA MAXILOFACIAL	1	2	1	2	3	5	4	4	1	5	2	4
CIRUGIA GENERAL	4	7	16	11	7	6	6	6	7	12	10	3
CIRUGIA DE TORAX	1	3	1	2	3	3	1	3	2	7	6	3
NEUROLOGIA PEDIATRICA				1	1	1					3	3
NEFROLOGIA	10	7	15	13	7	11	8	6		3	2	3
OFTALMOLOGIA	2	2	3	4		1		2	1	1	2	3
NEUROCIRUGIA	5	3	5	4	7	3	4	2	5	2	1	3
CIRUGIA HEPATOBILIAR		1					1				1	3



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

UROLOGIA	6	3	5	4	4	3	4	3	2	3		3
CONTRAREMISION		3		1	1				2			3
PSQUIATRIA	2	6	7	4	6	6	9	10	9	9	5	2
ORTOPEDIA PEDIATRICA	3	1	6	5	5	3	3	5	4	3	5	2
CIRUGIA PEDIATRICA	2	2	2	4	2	5	1	2	5	4	4	2
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	1	1	1	3	1	2		4	4	8	3	2
OTORRINOLARINGOLOGIA	1		3				2	2	1	3	3	2
CIRUGIA CARDIOVASCULAR		2	1	1		1	2	1		1		2
GASTROENTEROLOGIA	1	2	5	3	1	1	4	1	1			2
CIRUGIA CABEZA Y CUELLO			1						1			2
NEUMOLOGIA		2	3	5	1	3		2	2	1	1	2
UCI	6	12	3	6	2	2	11	1	3	1	3	1
HEMATOLOGIA		1	1				1	2	2	4	1	1
COLOPROCTOLOGIA			1				1	3	1	2		1
UCI PEDIATRICA			1				1					1
UNIDAD RENAL AMBULATORIA												1
ONCOLOGIA	3	1		1	3		2			1	2	
AMBULANCIA				1	1						1	
NECROPSIA CLINICA	1		1		2		1	1		2		
HEMODIALIS AMBULATORIA										1		
ELECTROFISIOLOGIA		1	1	1	2		3	2	2			
TOXICOLOGIA								1				
TERAPIA ECMO							1					
REUMATOLOGIA							1					
HEMATO ONCOLOGIA		1					1					
REHABILITACION CARDIOPULMONAR						1						
ODONTOLOGIA			1									
UNIDAD DE QUEMADOS		1										

Tabla 5. Numero de Remisiones Internas por Especialidad
Fuente Informe Mensual Referencia y Contrarreferencia Comité de Urgencias.

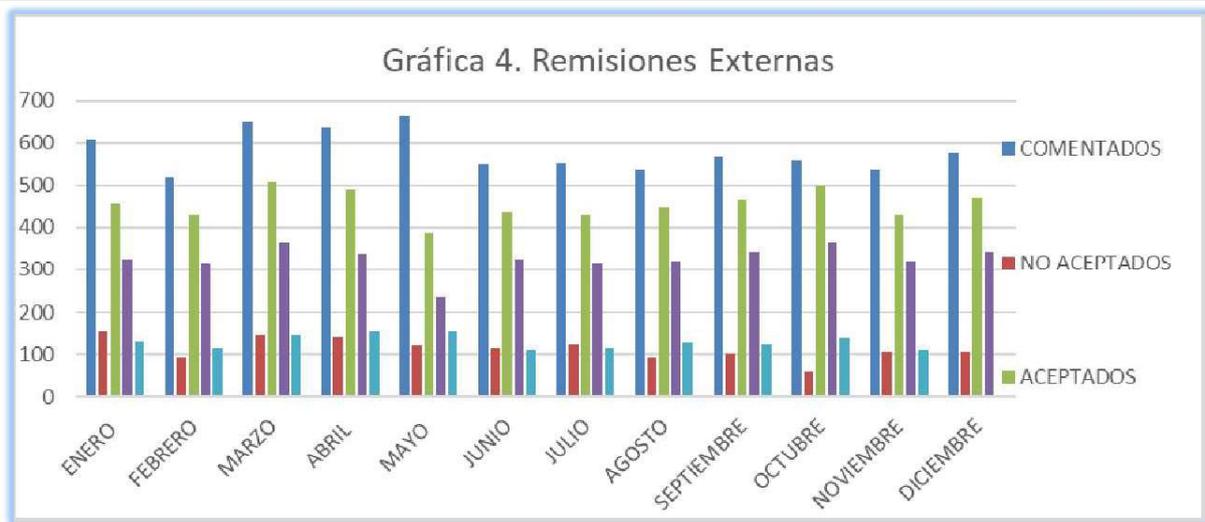
Remisión Externa



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



Fuente Informe Mensual Referencia y Contrarreferencia Comité de Urgencias.

NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO									
Numero de remisiones comentadas	Sin meta	Sin meta	Sin meta	607,00	519,00	652,00	642,00	590,00	441,00	552	537	567,00	558,00	537,00	576,00	558,17
Numero de remisiones aceptadas	Sin meta	Sin meta	Sin meta	455,00	428,00	509,00	493,00	388,00	326,00	428	446	468,00	500,00	430,00	471,00	445,17
Numero de remisiones no aceptadas	Sin meta	Sin meta	Sin meta	152,00	91,00	143,00	147,00	122,00	115,00	124	91	99,00	58,00	107,00	105,00	112,83

Tabla 6. Fuente Tablero Institucional de Indicadores - Indicadores de Gestión del Servicio de Urgencias

Referencia Externa	RESULTADO MENSUAL AÑO 2022												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	
PACIENTES COMENTADOS	607	519	652	637	664	549	552	537	567	558	537	576	
PACIENTES ACEPTADOS	455	428	502	491	388	434	428	446	468	500	430	471	
PACIENTES INGRESAN	327	314	364	338	234	325	314	320	343	363	321	345	
PACIENTES NO ACEPTADOS	128	91	143	142	122	115	126	91	99	58	107	105	
No Especialidad	75	38	59	71	57	48	51	41	49	42	50	57	
No convenio	72	50	73	65	57	58	67	42	48	13	45	36	
No camas	2	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	
No criterio	3	3	11	6	7	9	7	7	1	3	11	11	

Tabla 7. Remisiones Externas

Fuente Informe Mensual Referencia y Contrarreferencia Comité de Urgencias.

✓ **HOSPITALIZACIÓN**



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **Indicadores de productividad del Servicio de Hospitalización.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
Promedio días estancia en el servicio de hospitalización	<5,5 días	5,5-5,8 días	>5,8 días	5,91	6,41	5,59	6,02	5,97	6,04	5,86	5,89	5,80	5,84	5,93	5,64	5,91
Porcentaje de ocupación en el servicio de hospitalización	>90%	90%	<90%	127,2%	151,4%	154,3%	106,8%	122,5%	113,8%	113,8%	116,1%	119,9%	109,3%	116,0%	105,1%	121,3%
Giro cama en el servicio de hospitalización	>5,5	5,5	<5,5	6,7	6,6	6,6	5,3	6,4	5,7	6,0	6,1	6,2	5,8	5,9	5,8	6,2

Tabla 8. Fuente Vista Productividad Servicio Hospitalización Índigo Vie- Indicadores de Productividad del Servicio de Hospitalización



Fuente Tablero de indicadores 2022 - Promedio días de estancia en el servicio de hospitalización

Análisis Indicador de Productividad del Servicio de Hospitalización – Promedio de Días de Estancia en el Servicio de Hospitalización.

Meta sobresaliente del indicador	<5.5 días
Resultado del periodo del indicador	5.9 días.
Brecha con la meta	0,4 días por encima de la meta.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	5.6 días.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Contratación de ambulancia institucional básica para agilizar los trámites de egreso de los pacientes de SOAT. - Elaboración y difusión de documento guía para el funcionamiento de los servicios de hospitalización y salas de cirugía que propende por evitar los fallos en la prestación de servicios que se conocen de tiempo atrás. La guía vincula tanto a especialistas como a médicos generales y fejes de enfermería.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	<ul style="list-style-type: none"> - Ajustes al cuadro de turnos de profesionales contratados por la SAS de medicina interna dada la evidencia de debilidades por parte de dicho grupo (impuntualidad y debilidades técnicas) - Estrategia de altas anticipadas, el cual debe fortalecerse mediante seguimiento de auditoría concurrente. - Sala de pre alta, la cual se encuentra limitada a 3 camas creadas de forma virtual. No pueden aumentarse para evitar alterar los resultados de los indicadores (aumenta el número de camas y estas permanecen vacías – disminuye el % de ocupación).
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> - Por la ubicación geográfica la clínica presta servicios a población rural que requiere de logísticas especiales para los egresos. - Médicos nuevos en los servicios de hospitalización, quienes aún se encuentran en adaptación al servicio. - Inestabilidad del cargo de auditoría concurrente.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento en la oferta de servicios con inclusión de toma de imágenes por resonancia, lo que disminuye las estancias por motivo de espera de tramites de remisión para este fin. - Se propone revisar opciones para la dispensación de balas de oxígeno portátil para agilizar los egresos ya que esto es un motivo de estancia prolongada. - Se propone revisar entrega de medicamentos a pacientes de SOAT para agilizar y garantizar la continuidad del manejo a dichos pacientes. - EPS Famisanar nos ha socializado un nuevo programa de búsqueda activa de pacientes para cuidado domiciliario y cuidado crónico, el cual busca agilizar la aceptación y puesta en marcha de este tipo de planes de manejo. - Retomar revisión semanal de los casos de larga estancia con grupo de trabajo de dirección médica con generación de estrategias en conjunto para llegar a una meta en el 2023 de 3.5 días (pendiente de ingreso de nuevo auditor concurrente). - Retomar seguimiento a rondas de especialistas a primera hora de la mañana (pendiente de ingreso de nuevo auditor concurrente). - Retomar el recibo de turno una vez a la semana en las diferentes unidades asistenciales por parte de auditoría, coordinación de enfermería y dirección médica en conjunto con los grupos de trabajo de cada servicio (pendiente de ingreso de nuevo auditor concurrente). - Insistir en la mejoría de los tiempos de respuesta a interconsultas por parte de los especialistas con auditoría concurrente (pendiente por contratar) y en las interventorías a los contratos de red médica. - Por parte de auditor médico concurrente (pendiente por contratar) lograr la realización de rondas diarias con seguimiento a casos particulares que se presenten en las unidades asistenciales para gestionar con oportunidad trámites, intervenciones, egresos y autorizaciones ante las diferentes EAPB. - Socialización con los profesionales a cargo de las unidades sobre los motivos de glosa por estancias inactivas (pendiente ingreso de nuevo auditor concurrente).



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS**

✓ **Indicadores de Productividad Técnica del Servicio de UCI.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
Promedio días estancia en el servicio de Unidad de cuidado Intensivo	<4,5 días	4,5 días	>4,5 días	4,3	4,6	4,4	3,1	3,5	4,0	3,8	4,9	3,7	3,7	4,3	4,2	4,0
Porcentaje de ocupación en el servicio de Unidad de cuidado Intensivo	>82%	82%	<82%	55,3%	70,2%	61,5%	68,5%	67,6%	64,2%	64,6%	72,7%	59,9%	72,3%	82,1%	72,5%	67,6%
Giro cama en el servicio de Unidad de cuidado Intensivo	>3	3	<3	3,96	4,23	4,38	6,54	5,96	4,85	5,31	4,62	4,81	6,04	5,77	5,31	5,15

Tabla 9. Fuente Vista Productividad Unidades Hospitalarias - Indicadores de Productividad de Servicio de UCI.



Fuente Tablero de indicadores 2022- Promedio días de estancia en el servicio de cuidado intensivo.

Análisis Indicador de Productividad de UCI – Promedio de Días de Estancia en el Servicio de Unidad de Cuidado Intensivo.

Meta sobresaliente del indicador	<4,5 días.
Resultado del periodo del indicador	4 días.
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	12.2 días.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de un médico coordinador de UCI. - Socialización de indicadores del servicio con la agremiación a cargo. - Ingreso de médico general de apoyo a la unidad de cuidados intensivos para apoyar la definición de los pacientes en las mañanas desde el mes de octubre.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

	<ul style="list-style-type: none"> - Afectación con descuentos por conceptos de glosa a la SAS en los casos que se evidencian por falta de pertinencia e inoportunidad. - Cambio de médicos generales de la unidad de cuidados intensivos e intermedios.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> - Demoras en las autorizaciones para pacientes de cirugía cardiovascular y demoras en la consecución de soporte e insumos para procedimientos de electrofisiología.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento en la oferta de servicios con inclusión de toma de imágenes por resonancia, lo que disminuye las estancias por motivo de espera de tramites de remisión para este fin. - Se propone revisar opciones para la dispensación de balas de oxígeno portátil para agilizar los egresos ya que esto es un motivo de estancia prolongada. - Se propone revisar entrega de medicamentos a pacientes de SOAT para agilizar y garantizar la continuidad del manejo a dichos pacientes. - EPS Famisanar nos ha socializado un nuevo programa de búsqueda activa de pacientes para cuidado domiciliario y cuidado crónico, el cual busca agilizar la aceptación y puesta en marcha de este tipo de planes de manejo. - Elaboración y difusión de documento guía para el funcionamiento de los servicios de urgencias y UCI/UCIN que propende por evitar los fallos en la prestación de servicios que se conocen de tiempo atrás. La guía vincula tanto a especialistas como a médicos generales y fejes de enfermería. - Capacitación a los médicos especialistas, médicos generales y personal de enfermería acerca de los criterios de ingreso, egreso y estancia en UCI con explicación de las herramientas que tiene Índigo para la asignación correcta de estancias. - Retomar socialización con los profesionales a cargo de las unidades sobre los motivos de glosa por estancias inactivas (pendiente ingreso de nuevo auditor concurrente). - Retomar recibo de turno una vez a la semana en las diferentes unidades asistenciales por parte de auditoría, coordinación de enfermería y dirección médica en conjunto con los grupos de trabajo de cada servicio (pendiente ingreso de nuevo auditor concurrente). - Retomar revisión semanal de los casos de larga estancia con grupo de trabajo de dirección médica con generación de estrategias en conjunto para optimizar las estancias y mantenerlas ajustadas a las condiciones de los pacientes (pendiente ingreso de nuevo auditor concurrente). - Para el año 2023 se espera dividir las unidades de cuidados intensivos de las de intermedios y ajustar los tiempos esperados para cada una. - Socializar el manual de criterios de ingreso a las unidades de cuidados intensivos e intermedios. - Exigencia de capacitación, previa al ingreso, para los profesionales nuevos en la unidad acerca del manual de criterios de ingreso y egreso de la institución.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



- Realización de rondas diarias con seguimiento a casos particulares que se presenten en las unidades asistenciales por parte de auditoría concurrente (pendiente por contratar).

✓ **CIRUGIA**

✓ **Indicadores de Productividad Técnica**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
Numero de cirugías	>280	280	<280	240	250	296	283	325	359	304	350	320	311	321	285	304

Tabla 10. Indicadores de Productividad de Servicio de Cirugía
Fuente Vista Procedimientos Quirúrgicos Índigo Vie.



Fuente Tablero de indicadores 2022- Número de cirugías.

Análisis Indicadores de Productividad del Servicio de Cirugía – Numero de Cirugías.

Meta sobresaliente del indicador	>280 cirugías en un mes.
Resultado del periodo del indicador	304 cirugías.
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	235 cirugías.
Estrategias implementadas	- Elaboración y difusión de documento guía para el funcionamiento de los servicios de hospitalización y salas de cirugía que propende por evitar los fallos en la prestación de servicios que se conocen de tiempo atrás. La guía vincula tanto a especialistas como a médicos generales y fejes de enfermería.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la oferta de consulta externa especializada para promover un mayor número de procedimientos quirúrgicos programados. - Asignación de gestor de salas de cirugía y auxiliar de programación de salas de cirugía. - Apertura de tercera sala los días miércoles con grupo completo de anestesia, instrumentación quirúrgica, ayudante quirúrgico y auxiliar de enfermería (por definir suspender la estrategia según comportamiento de la productividad).
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> - El indicador se encuentra estancado en los últimos meses a pesar del recurso humano dispuesto para que aumente su productividad.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Ajustes a la contratación de los anestesiólogos para mejorar la disponibilidad de ésta especialidad. - Pendiente completar inducción y afianzamiento de nuevo gestor de salas de cirugía. - Exigencia al cumplimiento de horarios en salas de cirugía por parte de especialistas y cumplimiento a las labores del personal de enfermería a través del empoderamiento del rol del gestor de salas de cirugía. - Consolidación del grupo de consulta externa con el de salas de cirugía para la programación oportuna de los pacientes con órdenes de cirugía desde la consulta externa. - Continuar aumentando la capacidad de consulta externa especializada. - Mejorar el empalme administrativo entre las EPS y la clínica para la consecución oportuna de autorizaciones a los pacientes ambulatorios. - Mejorar la productividad del servicio de salas de cirugía mediante el aprovechamiento de los turnos nocturnos.

✓ **HEMODINAMIA**

✓ **Indicadores de Productividad del Servicio de Hemodinamia.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
Numero de Procedimientos de Hemodinamia	>30	30	<30	46	38	39	45	61	43	38	53	63	49	45	48	47
Numero de Procedimientos de Electrofisiología	>10	10	<10	10	16	10	0	13	9	9	16	3	14	15	15	12
Numero de Procedimientos de Endovasculares de cirugía vascular	>5	6	<6	4	6	6	7	16	6	0	0	0	0	0	0	4
Numero de Procedimientos de Neurointervencionismo	>1	1	<1	1	5	2	2	16	2	16	6	7	8	10	4	7

Tabla 11. Indicadores de Productividad de Servicio de Hemodinamia.
Fuente Informe Unidad de Hemodinamia.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Gráfico 8. Número de procedimientos de Electrofisiología



Fuente Tablero de indicadores 2022- Número de procedimientos de electrofisiología.

Análisis Indicadores de Productividad del servicio de Hemodinamia – Número de Procedimientos de Electrofisiología.

Meta sobresaliente del indicador	>10 procedimientos por mes.
Resultado del periodo del indicador	12 procedimientos.
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	10 procedimientos.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Canalización de casos para la especialidad a través de cardiología. - Se cuenta con médico hospitalario de cardiología para agilizar la prestación de servicios por parte del grupo de cardiología invasiva y no invasiva y favorecer la captación de pacientes para sus servicios. - La especialidad de cirugía cardiovascular hace que confluyan más pacientes con patología cardiovascular en la institución.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> - Demoras en las autorizaciones y en la consecución de soporte e insumos para procedimientos de electrofisiología. - Falta de equipo 3D y polígrafo.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar con el especialista la realización de los procedimientos en jornadas diurnas preferentemente, para mejorar la oportunidad de la prestación del servicio. - Se sugiere aumentar la oferta de la prestación de este servicio a las demás IPS de la zona de influencia de la clínica y por consulta externa. - Pendiente consecución de polígrafo y equipo 3D para eliminar la dependencia de la consecución de equipos que generan demoras en la realización de los procedimientos.

✓ **APOYO DIAGNÓSTICO**



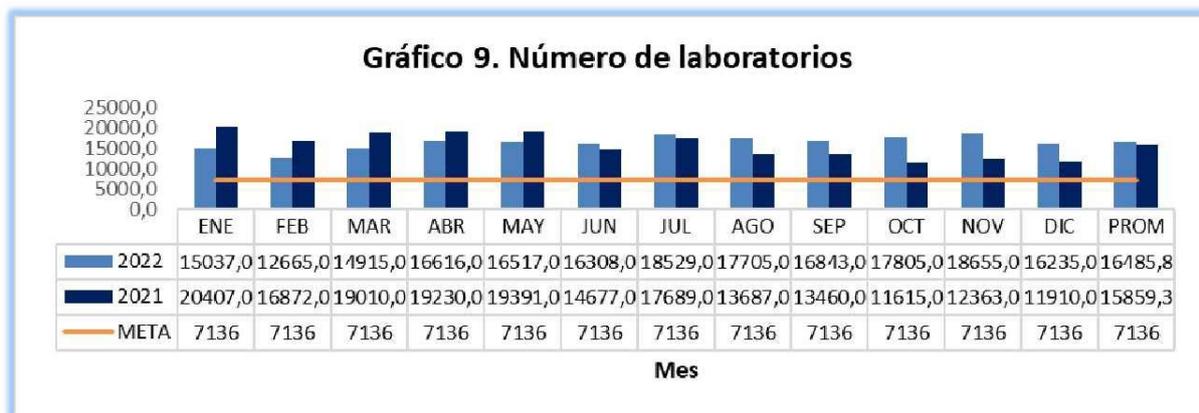
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Indicadores de Productividad Técnica de los Servicios de Apoyo Diagnóstico.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
Numero de Procedimientos de cardiología no Invasiva	>466	466	<466	470	440	572	457	606	493	393	480	441	525	649	654	515
Numero de Procedimiento de Endoscopia Gastro	>188	188	<188	82	72	136	101	121	130	85	123	129	120	149	155	115
Numero de Radiografías Convencionales Realizadas	>1164	1164	<1164	2227	2159	2466	2520	2476	2246	2327	2336	2274	2315	2551	2178	2340
Numero de TAC	>208	208	<208	813	707	736	888	769	917	881	969	825	953	1036	1069	880
Numero de Ecografías	>342	342	<342	667	610	807	771	1042	855	1002	830	833	866	719	645	806
Numero de procedimientos de radiología intervencionista	>6	6	<6	32	38	35	28	35	18	20	16	14	18	26	16	25
Numero de Laboratorios	>7136	7136	<7136	15037	12665	14915	16616	16517	16308	18529	17705	16843	17805	18655	16235	16485
Numero de unidades transfundidas	>46	46	<46	76	95	101	126	113	104	138	167	185	188	168	243	142
Numero de ordenes de patologia	>98	98	<98	101	158	273	251	268	223	239	282	322	272	304	222	243

Tabla 12. Fuente Vista Imágenes Diagnósticas Índigo Vie- Indicadores de Productividad de Servicio de Apoyo Diagnóstico.



Fuente Tablero de indicadores 2022- Número de laboratorios.

Análisis de Indicadores de Productividad de los servicios de apoyo diagnóstico – Numero Laboratorios clínicos.

Meta sobresaliente del indicador	>7136 laboratorios mensuales.
Resultado del periodo del indicador	16.485 laboratorios.
Brecha con la meta	N/A



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	15.859
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Socialización de los indicadores de productividad y gestión al grupo de trabajo de MIOMED en las interventorías a los contratos. - Establecimiento de líderes por parte de MIOMED que han facilitado los procesos del servicio con respuesta oportuna a las solicitudes y gestión de los resultados. - Traslado del laboratorio clínico con mejoría de las condiciones del mismo.
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la oportunidad en los reportes y cargues de resultados de los laboratorios ordenados, tanto procesados en sitio como remitidos.

✓ **CONSULTA EXTERNA**

✓ **Indicador de Productividad Técnica del Servicio de Consulta Externa.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
Numero de consultas especializadas	>216	216	<216	707	871	1014	847	1064	859	650	874	834	970	1037	1267	916

Tabla 13. Fuente Vista Consulta Externa Índigo Vie- Indicadores de Productividad de Servicio de Consulta Externa.



Fuente Tablero de indicadores 2022- Número de consultas especializadas.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Análisis Indicador de Productividad Técnica del Servicio de Consulta Externa – Número de Consultas Especializadas.

Meta sobresaliente del indicador	>216 Consultas especializadas en un mes.
Resultado del periodo del indicador	916 consultas.
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	511 consultas.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Se ha ofertado las nuevas especialidades a las diferentes EAPB con las que se tiene contrato, a la comunidad en general y al cliente interno de la institución. - Se solicita incremento de horas de consulta externa en algunas especialidades tras el agotamiento de las mismas. - Designación de jefe líder de consulta externa. - Afianzamiento del Contact center en el agendamiento de citas de consulta externa como única vía para la consecución de las mismas.
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Gestionar aumento de autorizaciones de citas de consulta para especialidades de fisioterapia, medicina alternativa y toxicología. - Aumentar el número de EAPB con que se tiene contrato para atención de medicina especializada por la consulta externa. - Continuar aumentando la oferta de citas de consulta externa. - Contratación de psiquiatría, cirugía plástica, cirugía maxilofacial y otorrinolaringología. - Continuar con la oferta de los servicios nuevos a las diferentes EAPB. - Pendiente ingreso de cirugía vascular. - Desarrollar estrategias con las diferentes agremiaciones y SAS buscando captar pacientes para consulta externa desde los servicios de urgencias y hospitalización (al momento de dar de alta a los pacientes). - Aumentar la capacidad instalada de la clínica a través de la expansión del servicio de consulta externa a una unidad externa a la infraestructura con que contamos actualmente.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **CIRUGIA CARDIOVASCULAR**

EPS de Usuarios intervenidos por el servicio durante el año 2022:

EPS DE PACIENTES OPERADOS	2022 ENERO	2022 FEBRERO	2022 MARZO	2022 ABRIL	2022 MAYO	2022 JUNIO	2022 JULIO	2022 AGOSTO	2022 SEPTIEMBRE	2022 OCTUBRE	2022 NOVIEMBRE	2022 DICIEMBRE
NUEVA EPS	1	2	2	0	0	0	0	4	2	0	1	0
FAMISANAR	3	0	3	5	1	3	1	1	2	5	4	4
CONVIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COMPENSAR	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0
EMCOSALUD	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0

Tabla 14. Resultados de Servicio de cirugía cardiovascular- Fuente Informe Unidad de cirugía cardiovascular.

Número de usuarios intervenidos por el servicio durante el año 2022:

NÚMERO DE PACIENTES OPERADOS POR MES	2022 ENERO	2022 FEBRERO	2022 MARZO	2022 ABRIL	2022 MAYO	2022 JUNIO	2022 JULIO	2022 AGOSTO	2022 SEPTIEMBRE	2022 OCTUBRE	2022 NOVIEMBRE	2022 DICIEMBRE
	4	3	5	5	4	3	1	6	5	5	5	4

Tabla 15. Productividad del Servicio de cirugía cardiovascular- Fuente Informe Unidad de cirugía cardiovascular.



Consolidado de pacientes atendidos.
Fuente Informe Unidad de cirugía cardiovascular.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **Indicadores Comité Calidad**

✓ **Indicador Oportunidad en la asignación de cita por médico especialistas de acuerdo a servicios Habilitados en consulta externa con Meta < a 30 días**

NOMBRE DEL	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	PROMEDIO
Oportunidad en la asignación de cita por médico especialista consulta externa primera vez	Menor a: * Medicina Interna 30 días	7,6	7,0	13,0	6,4	6,1	6,7	4,7	9,3	15,6	8,0	12,3	13,6	9,2
Oportunidad en la asignación de cita por médico especialista consulta externa primera vez	Menor a: * Cardiología 30 días	7,6	13,8	6,2	8,3	9,0	5,3	3,9	6,2	4,8	4,3	10,3	11,3	7,6
Oportunidad en la asignación de cita por médico especialista consulta externa primera vez	Menor a: Gastroenterología 30 días	7,1	11,7	11,4	5,6	6,5	2,8	3,3	5,9	7,6	3,0	3,0	8,3	6,3
Oportunidad en la asignación de cita por médico especialista consulta externa primera vez	Menor a: Cirugía vascular 30 días	24,1	29,3	30,6	12,0	3,4	9,2							18,1
Oportunidad en la asignación de cita por médico especialista consulta externa primera vez	Menor a: Neurocirugía 30 días	9,5	14,9	15,8	15,4	13,2	19,9	17,0	23,2	12,6	15,1	14,1	9,3	15,0

Tabla 18. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad

Análisis de indicador Oportunidad en la asignación de cita por médico especialistas de acuerdo a servicios Habilitados en consulta externa con Meta < a 30 días

Meta sobresaliente del indicador	<30 días
Resultado del periodo del indicador	Medicina Interna: 9.2días Cardiología :7.6 días Gastroenterología: 6.3 días Neurocirugía:15 días Cirugía Vascular:18 días con corte hasta Junio ya que se realizó cierre del servicio a partir de Julio.
Brecha con la meta	No aplica, según datos recolectados de enero a diciembre se dio cumplimiento con los indicadores.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Medicina Interna: 5.5días Cardiología :2.9 días Gastroenterología:0.2 días Neurocirugía: 4.3 días Cirugía Vascular: Sin datos de medición
Estrategias implementadas	1.Medicina Interna: Para los dos últimos meses del año se abrieron 2 horas de consulta, lo que incremento la cantidad de pacientes vistos por consulta. Durante el primer semestre se atendió



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



un promedio de 25 pacientes por mes, para el segundo semestre tuvo un promedio de 41 pacientes. Siendo diciembre el mes en el que más se atendieron pacientes.

2. Cardiología: Se agendaron 50 pacientes semanales para un promedio de 200 por mes. realiza consulta cada 15 días con un promedio de 10 pacientes por jornada

3. Gastroenterología: Para el primer semestre se realizaron un promedio de 11 consultas por mes, para el segundo semestre se realizaron 5 consultas por mes. Durante el primer semestre se agendaron consultas todos los viernes ya que el volumen era más alto.

4. Neurocirugía: Garantizar el agendamiento semanal de pacientes, se agendan 25 pacientes semanales para un total de 100 por mes. Durante el primer trimestre se agendo un promedio de 27 pacientes, para el segundo semestre se agendaron 36 pacientes por mes. Durante los últimos meses del año hubo un aumento en el agendamiento de pacientes.

Motivos de la desviación: Durante la vigencia 2021 y 2022 no se presentaron desviaciones

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

1. Medicina Interna: Mantener la cantidad de horas por consulta para garantizar mayor oportunidad en el agendamiento y mayor disponibilidad de agenda por parte de la especialidad.

2. Cardiología: Mantener un promedio de 10 consultas por jornada para garantizar mayor oportunidad en el agendamiento de citas.

3. Gastroenterología: Ofertar más días de consulta o agendamiento de los viernes en caso que haya ascenso en el volumen de agendamiento para la vigencia 2023.

4. Neurocirugía: Garantizar el agendamiento semanal de pacientes y Ofertar más días de consulta a la semana (apertura de agenda un día adicional a la semana).

✓ **Indicador Oportunidad en la asignación de cita por médico especialistas de acuerdo a servicios Habilitados en consulta externa con Meta < a 20 días**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	PROMEDIO								
Oportunidad en la asignación de cita por médico especialista consulta externa primera vez	Menor a: Neurología 20 días	19,6	21,8	9,3	6,1	15,0	12,7	15,3	16,6	20,2	21,7	22,7	18,0	16,5
Oportunidad en la asignación de cita por médico especialista consulta externa primera vez	Menor a: Ortopedia 20 días	9,6	12,6	9,6	17,4	12,3	11,8	11,7	16,6	13,8	11,4	12,7	14,5	12,8

Tabla 19. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Análisis de indicador Oportunidad en la asignación de cita por médico especialistas de acuerdo a servicios Habilitados en consulta externa con Meta < a 20 días.

Meta sobresaliente del indicador	<20 días
Resultado del periodo del indicador	Neurología: 16,5 días Ortopedia: 12,8 días
Brecha con la meta	No aplica, según datos recolectados de enero a diciembre se dio cumplimiento con los indicadores.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Neurología: 8,8 días Ortopedia: 4,5. días
Estrategias implementadas	Aunque no hay desviaciones se generan las siguientes acciones durante la vigencia 2022 Ortopedia: Durante los últimos dos meses hubo un incremento en la atención de consulta pasando de 91 pacientes en noviembre a 190 en diciembre. Para el primer semestre se atendieron en promedio 56 pacientes por mes y para el segundo semestre se atendió un promedio de 76 pacientes por mes siendo diciembre el mes con mayor atención de pacientes. Neurología: Para el primer semestre se realizó un promedio de 140 consultas por mes para el segundo semestre se realizó 142 consultas por mes. El mes en el que más se realizó consulta fue noviembre con 218 pacientes atendidos.
Motivos de la desviación	Durante la vigencia 2022 no se presentó desviaciones
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Neurología: Seguimiento al Contact center para garantizar la asignación de citas de manera oportuna. Ortopedia: Se espera el ingreso de 2 especialistas que garanticen mayor cubrimiento de jornada de consulta para la vigencia 2023. Por el aumento de la cantidad de pacientes que requieren cita por la especialidad se solicitan entre 100 a 150 horas por mes.

✓ **Indicador Oportunidad en la asignación de cita por médico especialistas y terapia física de acuerdo a servicios Habilitados en consulta externa con Meta < a 7 días**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
Oportunidad en la asignación de cita por médico especialista consulta externa primera vez	Sobresaliente	7,5	11,9	9,1	13,3	11,4	10,9	11,8	10,8	8,7	7,7	8,3	8,6	9,9
Oportunidad en la asignación de cita por médico especialista consulta externa primera vez	Menor a: Grupo general < a 7 días	5,9	2,0	5,4	8,8	6,0	3,7	3,9	6,3	6,8	7,2	8,1	6,6	5,9
Oportunidad en la asignación de cita de fisioterapia	Menor a: Terapia < a 7 días	1,6	1,8	2,5	2,6	3,0	2,0	6,0	2,2	5,8	2,5	5,5	5,6	3,9

Tabla 20. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Análisis de indicador Oportunidad en la asignación de cita por médico especialistas y terapia física de acuerdo a servicios Habilitados en consulta externa con Meta < a 7 días

Meta sobresaliente del indicador	<7 días
Resultado del periodo del indicador	Cirugía general: 9.9 días Anestesiología: 5.9 días Terapia física: 3.9 días
Brecha con la meta	No aplica, según datos recolectados de enero a diciembre se dio cumplimiento con los indicadores. Para cirugía el promedio general para el 2022 se situó 9.9 días siendo aceptable donde hubo 5 meses con desvió mayor a 10 días para lo cual se mejoró con mayor número de horas de agenda por parte de esta especialidad
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Cirugía general: 3.8 días Anestesiología: 1.6 días Terapia física: 5.0 días
Estrategias implementadas	Aunque no hay desviaciones se generan las siguientes acciones durante la vigencia 2022. Cirugía general: Para el primer semestre se realizó un promedio de 42 consultas por mes, para el segundo semestre se realizó un promedio de 45 consultas por mes. Durante el último semestre hubo un aumento progresivo en la cantidad de pacientes atendidos siendo diciembre el mes en el que más se realizaron consultas para un total de 61 Anestesiología: Para el primer semestre se realizó un promedio de 42 consultas por mes, para el segundo semestre se realizó un promedio de 45 consultas por mes. Durante el último semestre hubo un aumento progresivo en la cantidad de pacientes atendidos siendo diciembre el mes en el que más se realizaron consultas para un total de 61 Terapia física: Apertura de agendas de manera oportuna, se envía cuadro a coordinadora de fisioterapia con la relación de pacientes atendidos por consulta con orden de terapias físicas. Para el primer semestre se agendo un promedio de 24 pacientes por mes, para el segundo semestre se agendo un promedio 41 consultas agendadas.
Motivos de la desviación	Durante la vigencia 2022 no se presentó desviaciones
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Cirugía general: Mantener el agendamiento de manera semanal. Garantizar el oportuno agendamiento de citas. Anestesiología: Garantizar que se realice consulta de manera semanal y Mayor disponibilidad de agenda de consulta para los días en los que se hace jornada completa de cirugía programada. Terapia física: Mayor captación de pacientes mediante el envío de pacientes que salen de consulta con orden de terapia física por consulta externa.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Indicador Exámenes no conforme**

NOMBRE DEL	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROM		
Proporción de exámenes con no conformidades	< 10%	10 – 20%	> 20%	No. De órdenes de exámenes con no conformidades x 100 No. De exámenes realizados	91,6%	0,1%	2,2%	2,9%	2,7%	5,8%	3,3%	4,4%	5,3%	2,2%	3,2%	10	1133	0,9%	10,4%

Tabla 21. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad



Grafica 13. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad

Análisis proporción de exámenes con no conformidades

Meta sobresaliente del indicador	<10%
Resultado del periodo del indicador	10,4 % El incremento es positivo para el 2022 ya que el objetivo de esta vigencia fue que se tuviera mayor captación de eventos si se compara con el año 2021 donde el promedio fue de tan solo el 1,8%
Brecha con la meta	No aplica
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	1,8%
Estrategias implementadas	-Se realizó capacitación a los tecnólogos sobre marcaciones de lateralidad, proyecciones y protocolos relacionados con protección radiológica. -Se implementó dentro del coite de radioprotección presentar de manera trimestral los incidentes y eventos adversos asociados a imágenes ionizantes y no ionizantes. -Se realizó auditoria el servicio de imágenes ionizantes y no ionizantes a final de diciembre donde se generaron varias oportunidades de mejora relacionados con la captación de eventos e incidentes.
Motivos de la desviación	No se evidencia desviación del indicador, sin embargo, se puede estar generando un posible subregistro relacionada con la calidad de los registros para la toma de decisiones o posibles acciones de mejora.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



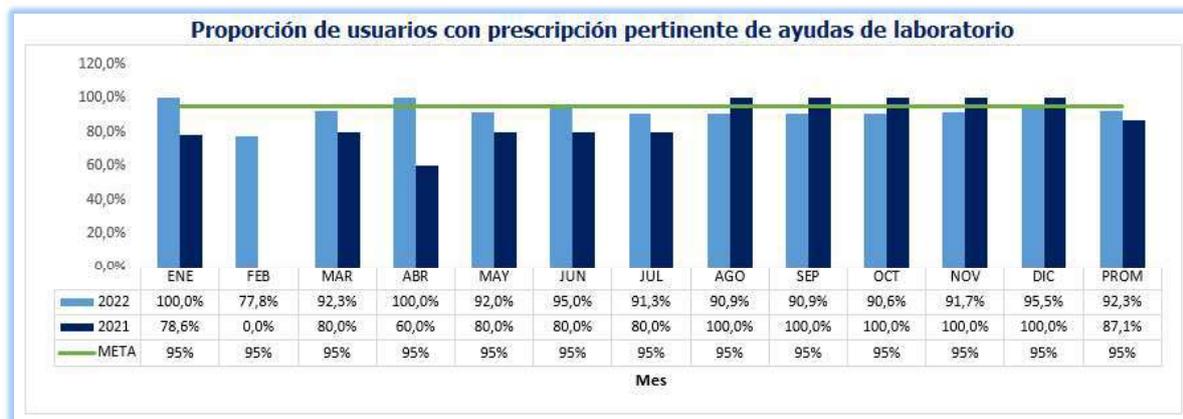
Estrategias para mejorar o mantener el indicador

-Realizar seguimiento aleatorio de verificación de estudios por pares.
Continuar con el seguimiento de envío correcto de estudios al Advantage.
-Solicitud del cambio o reparación del flat panel para garantizar una óptima de estudios y buenos tiempos de atención.

✓ **Indicador Proporción de usuarios con prescripción pertinente de ayudas de laboratorio**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	PROMEDIO
Proporción de usuarios con prescripción pertinente de ayudas de laboratorio	> 95% 90-95% (90%)	Mensual	$\frac{\text{Número de usuarios con prescripción pertinente de ayudas de laboratorio} \times 100}{\text{Total de Pacientes Evaluados}}$	100,0%	77,8%	92,3%	100,0%	92,0%	95,0%	91,3%	90,9%	90,9%	90,6%	91,7%	95,5%	92,3%

Tabla 22. Fuente: Indigo Cristal-Tablero CMI



Gráfica 14. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad

Análisis de usuarios con prescripción pertinente de ayudas de laboratorio

Meta sobresaliente del indicador	> 95 %
Resultado del periodo del indicador	92.3% Mejora respecto al año 2021 (87,1%) en rango de alerta.
Brecha con la meta	2,7%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	87,1% Mejora 5.2% respecto al año 2021.
Estrategias implementadas	-Búsqueda dentro de auditoria concurrente de casos de no pertinencia en indicaciones de laboratorios especialmente en los casos que se presten a solicitud de laboratorios por "paquete" o "de Rutina": <ul style="list-style-type: none"> De esta estrategia se implementaron retroalimentaciones al inicio del año y en el período anterior generando muy pocos hallazgos



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	<p>con relación a este tipo de prescripción para solicitudes de laboratorio clínico.</p> <p>-Búsqueda de casos en los cuales la no pertinencia se debe a fallas en el registro o interpretación del examen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Este tipo de hallazgo es más frecuente y aún se presenta con lo cual se reforzará con estrategias de retroalimentación de forma más inmediata con los profesionales implicados principalmente con aquellos que llevan un lapso corto en la clínica. <p>-Búsqueda de casos en los cuales los laboratorios Solicitados muestran una frecuencia mayor de la indicada para el seguimiento de la patología propia del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Este tipo de hallazgo fue el menos frecuente pero sí tuvo un significativo impacto económico ya que encontramos casos en los cuales se enviaron repetidas pruebas de alto costo durante la misma hospitalización. Esta estrategia se continuará aplicando en el periodo 2023. <p>-Revisión de laboratorios objetados desde los aseguradores a la clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> Es estrategia permitió detectar un importante número de solicitudes de laboratorio de tipo redundante o con soportes insuficientes para justificar su pertinencia sin embargo en buena medida permitió hacer intervenciones tempranas para prevenir la glosa. Esta estrategia se seguía manejando para 2023. <p>-Revisión de pertinencia de laboratorios relacionados con patologías catastróficas o de alto costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Esta estrategia consistente en cruzar los laboratorios indicados para el diagnóstico con los laboratorios de mayor costo solicitados al paciente no reportó casos durante el año sin embargo permitió evaluar de forma indirecta la adherencia a guías y protocolos por lo que se aplicará en ese tipo de evaluación. 	
<p>Motivos de la desviación</p>	<p>Durante 3 de los 12 meses se lograron resultados en rango sobresaliente incluido el mes de diciembre sin embargo se presentó un mes con rango insatisfactorio y 8 meses en rango de alerta teniendo un desempeño general en rango de alerta, presentando una oportunidad de mejora sobre dos aspectos que se evidenciaron en los meses en rango de alerta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausencia de interpretación de exámenes paraclínicos, contando entre estos los casos de reporte diligenciado con puntos, letras y espacios Solicitud redundante del mismo examen por ejemplo casos de panel film Array. Solicitud de exámenes de mayor costo sin toma del examen básico previo 	



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Estrategias para mejorar o mantener el indicador

-Se continuarán aplicando las estrategias implementadas previamente ya que han permitido una detección importante de casos, pero se aprovechará de forma más puntual los espacios de retroalimentación de grupos de mejoramiento, retroalimentaciones individuales, inducciones y evaluaciones periódicas para mejorar el cumplimiento en lo referente A la solicitud general de exámenes.
-Se ajustará la evaluación de pertinencia de exámenes de acuerdo a las guías de práctica clínica que se vayan adoptando a lo largo de 2023

Indicador Promedio del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas de especialidades semipresenciales en paciente hospitalizado

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
Promedio del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas de especialidades semipresenciales en paciente hospitalizado	< 6 horas 6-12 horas 13 horas	Mensual	Sumatoria del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas de especialidades semipresenciales en paciente hospitalizado / Total de respuestas a interconsulta de especialidades no presenciales en paciente hospitalizado				13,3	12,6	9,6	10,0	9,4	7,8	8,9	10,4	9,2	10,1

Tabla 23. Fuente: Indigo Cristal-Tablero CMI



Gráfica 15. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad

Análisis del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas de especialidades semipresenciales en paciente hospitalizado

Meta sobresaliente del indicador	<6 horas
Resultado del periodo del indicador	10,1 horas, en rango de alerta.
Brecha con la meta	4,1 horas
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No se cuenta con datos ya que es un indicador que se inició medición a partir de abril con la actualización del indicador



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Estrategias implementadas	<p>-Informe en comité de dirección médica para ajuste de estrategias tendientes a mejora de la oportunidad.</p> <p>-Revisión de las interconsultas solicitadas en los diferentes servicios a través de la vista de interconsultas y en concurrencia para gestionar las demoras en respuesta a los servicios.</p> <p>-Notificación de las interconsultas pendientes encontradas inconcurrencia o comunicadas directamente a auditoría desde los diferentes servicios.</p> <p>-Reagrupación de las especialidades que componen el indicador de acuerdo a los servicios contratados con las agremiaciones.</p> <p>Estas estrategias son muy similares a las implementadas con las especialidades presenciales, pero estas se aplican en las horas en que se encuentran los especialistas en la clínica con el fin de facilitar la naturaleza para que se responda a la menor brevedad a cada una de ellas.</p>
Motivos de la desviación	<p>Este indicador se empezó a medir en el mes de abril y presentó un comportamiento inicial al alza luego hacia la mejora y en el mes de noviembre presentó nuevas alzas cerrando el año con tendencia otra vez a la mejoría y encontrándose en rango de alerta (menos de 12 horas)</p> <p>-Medicina interna: 10.9 Horas (se encuentra en rango de alerta y ha presentado un comportamiento variable con incrementos y disminución en la oportunidad que no se correlaciona necesariamente con el número de interconsultas por lo que se ha realizado seguimiento avisando a la especialidad de los casos pendientes y se espera continuar con retroalimentación en las reuniones con la agremiación para determinar nuevas estrategias de mejora.</p> <p>-Radiología: 18,6 Horas en esta especialidad el indicador ha presentado un mal desempeño por dos factores el primero es que los procedimientos de piso se realizan en una franja horaria estrecha en horas de la tarde y el segundo es que no hay disponibilidad continua para los fines de semana lo cual genera prórrogas en el indicador de oportunidad. Con esta especialidad se está evaluando la posibilidad de ubicar un segundo profesional según la necesidad del servicio.</p> <p>-Neurología: 11.6 Horas el rango de alarma ha presentado un desempeño progresivamente mejor desde el mes de agosto desempeñándose muy bien con la estrategia de aviso al hospitalario de la especialidad. Con ellos también han sido muy útil el que se dé respuesta a las interconsultas mañana y tarde ya que previamente lo hacían solo en horas de la tarde prolongando la oportunidad de respuesta. Se continuarán las estrategias implementadas y la retroalimentación a la agremiación en el momento correspondiente.</p> <p>-Urología: 8,6 horas se encuentra el rango de alerta, pero ha presentado mejoría en el último semestre en especial en el mes de diciembre también ha funcionado la estrategia de avisar a la médica hospitalaria siendo esta vida también muy útil para apoyar el ingreso. Se continuará la estrategia implementada y se retroalimentará a la agremiación</p>



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	<p>-Cardiología: 13,5 horas se mantiene fuera de rango en el promedio anual pero a lo largo del año ha cumplido en varios periodos en el rango de alerta sin embargo esta especialidad se ve afectada por las solicitudes de interconsulta de fin de semana que son respondidas el día lunes y las de la noche o tarde noche que se responden en la mañana, aunque en general el servicio es muy eficiente para la captura de sus pacientes. Se continuarán estrategias de aviso y retroalimentación a la agremiación para lograr planes de mejora que ayuden a un mejor indicador.</p> <p>-Ortopedia: 6,8 hora, esta especialidad ha presentado un rango muy estrecho de oportunidad la cual se encuentra también en rango de alerta pero muy cercana al valor ideal y se mantiene a pesar de la variación en el número de pacientes lo cual habla más de la dinámica interna del servicio por lo que se ha estado haciendo énfasis en la notificación al médico hospitalario aunque es necesario y se deberá continuar retroalimentaciones al servicio para lograr dar solución a casos puntuales grado del volumen de pacientes.</p> <p>-Neurocirugía: 3,2 Horas esta especialidad en general se mantuvo cumpliendo el rango esperado para las especialidades semi presenciales sin embargo en los últimos 3 meses ha presentado un incremento progresivo en la oportunidad que va a la par con el cambio de la agremiación el cual debe ser abordado en la próxima reunión con la agremiación con el fin de determinar un plan de mejora para dar una respuesta más ágil a los avisos de interconsultas que se hacen de desde el área de referencia y desde concurrencia.</p> <p>-Nefrología: 7,1 horas en rango de alerta. Esta especialidad es nueva y ha estabilizado su número de interconsultas en torno a unas 33 en promedio sin embargo muestra un comportamiento ascendente en cuanto al indicador de oportunidad pasando de cuatro horas en agosto a 9 horas en diciembre. Con esta agremiación aún no se han hecho reunión con esto de seguimiento ya que inició su labor en el mes de agosto y no se tenía un sustrato para evaluar un período prolongado, pero se realizará la retroalimentación respectiva en la reunión con agremiación y se continuarán las estrategias de alerta acerca de las interconsultas en piso para los casos que aplique y en la UCI. Para este indicador se continuarán los procesos de retroalimentación en concurrencia y en reunión con agremiación tratando de individualizar los casos de aquellas especialidades en las que se observa un déficit en el indicador con un número de interconsultas que se mantienen estables o bajas.</p>	
<p>Estrategias para mejorar o mantener el indicador</p>	<p>-Reportar a dirección Médica los hallazgos de inoportunidad reiterativos.</p> <p>-Reportar los pendientes de valoración o de definición hallados en concurrencia.</p> <p>-Revisión en sistema, notificación de casos detectados en rondas en piso y urgencias y la notificación a través de chats que incluyen a esta especialidad para dar respuesta a las valoraciones pendientes.</p>	



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

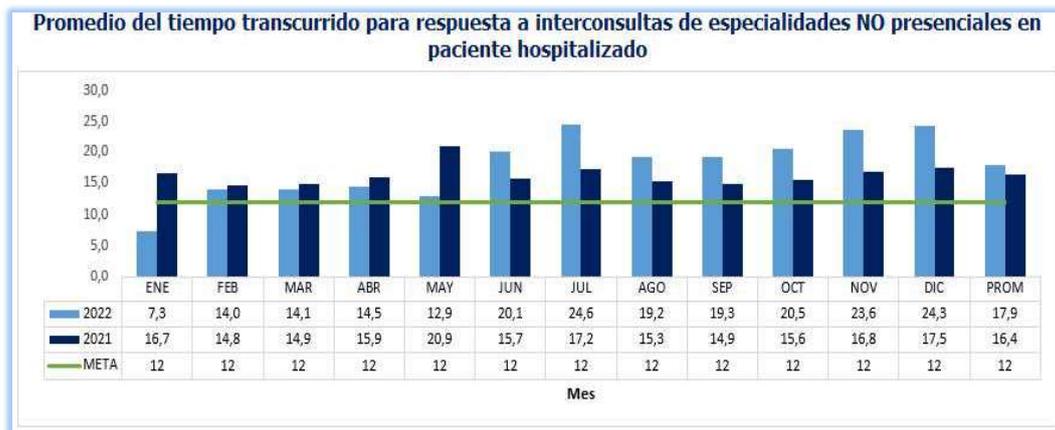


-Revisión del indicador con la agremiación con el fin de evitar que continúe la tendencia ascendente y se salga del rango de alerta al rango de no satisfactorio.
-Se espera fortalecer el canal de comunicación de manera que la respuesta de las especialidades y en general el comportamiento del indicador genere una dinámica de mejoramiento sistémico y sistemático.

✓ **Indicador promedio del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas de especialidades NO presenciales en paciente hospitalizado**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	PROMEDIO
Promedio del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas de especialidades NO presenciales en paciente hospitalizado	< 12 horas	Mensual	Sumatoria del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas de especialidades no presenciales en paciente hospitalizado / Total de respuestas a interconsulta de especialidades no presenciales en paciente hospitalizado	7,3	14,0	14,1	14,5	12,9	20,1	24,6	19,2	19,3	20,5	23,6	24,3	17,9

Tabla 24. Fuente: Indigo Cristal-Tablero CMI



Gráfica 16. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad

Análisis del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas de especialidades NO presenciales en paciente hospitalizado

Meta sobresaliente del indicador	< 12 horas
Resultado del periodo del indicador	17,6 Horas, En rango de alerta
Brecha con la meta	5,9 Horas
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	16,4 horas Aumentó el indicador respecto al año anterior, pero en ese momento incluía especialidades diferentes por lo que no son comparables.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Estrategias implementadas	<p>-Reportar a dirección Médica los hallazgos de inoportunidad reiterativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> En este sentido la dirección médica ha realizado intervenciones para lograr una mejor respuesta de algunas especialidades. <p>-Revisión de las interconsultas solicitadas en los diferentes servicios a través de la vista de interconsultas por parte de referencia para dar aviso a las especialidades no presenciales y así favorecer la oportuna respuesta de las mismas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Esencialmente es la misma estrategia de avisar a las especialidades las interconsultas pendientes y ha tenido una respuesta variable según la especialidad, pero en general logra acortar los tiempos de respuesta. <p>-Notificación de interconsultas evidenciadas en ronda de urgencias y piso</p> <ul style="list-style-type: none"> Similar al anterior, pero consultando como fuente de búsqueda las solicitudes directas de cada área de hospitalización. Ambas estrategias se les dará continuidad ya que han impactado de forma positiva el desempeño del indicador.
Motivos de la desviación	<p>-El desempeño del indicador a lo largo del año ha presentado algún grado importante de variabilidad y presenta un resultado general menos satisfactorio que el del año anterior, pero hay que tener en cuenta que se modificó la medición incluyendo algunas especialidades y excluyendo otras que fueron al indicador de especialidades semi presenciales.</p> <p>Distribución por especialidades:</p> <p>-Infectología: 15,6 Horas, esta especialidad es una de las que se ha visto más positivamente impactadas por la estrategia proa sin embargo el no contar con auditor concurrente ha afectado negativamente su desempeño con un ligero incremento en la oportunidad al final del año. Esta especialidad básicamente ha mejorado oportunidad a partir de la notificación de las interconsultas halladas en ronda, estrategia que se seguirá empleando.</p> <p>-Hemodinamia: 31,8 horas esta especialidad ha tenido un comportamiento bastante variable ya que tiene un número bajo de interconsultas directas con un tiempo de respuesta que depende mucho del momento de la semana en que se solicite sin embargo ha presentado una tendencia a mejorar en el último trimestre. Con esta especialidad se continuarán notificando los casos conocidos a la especialidad a través de la jefa encargada. Se continuará por esta vía</p>



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	<p>de notificación dado que existe una baja oportunidad por baja oferta del servicio.</p> <p>-Electrofisiología: 24,3 horas esta especialidad también ha tenido una importante variabilidad en cuanto al número de pacientes atendidos sin embargo muestra una tendencia al incremento que va jalonada por una menor oferta desde la misma especialidad hacia la clínica, situación que será abordada en las reuniones con la agremiación y en las reuniones administrativas concernientes a la oferta del servicio.</p> <p>-Gastroenterología: 27,4 la oferta de esta especialidad está limitada solo a cierto rango de horarios por lo que si la interconsulta es solicitada por fuera de los mismos va a ser respondida con bastante diferencia de tiempo, No obstante, la especialidad recoge la información tanto de referencia como de las unidades y de concurrencia para mantener actualizada la lista de pacientes pendientes por evaluar. Esta estrategia se mantendrá</p> <p>La tendencia del indicador ha sido a la mejoría al final del año la idea es mantener esta tendencia articulando estrategias adicionales en especial con las especialidades que nos ofrecen menos oportunidad y que se va a concertar tanto en las reuniones de seguimiento como a lo largo del desempeño de la especialidad en la clínica.</p>	
<p>Estrategias para mejorar o mantener el indicador</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reportar en Interventoría de contratos los hallazgos de inoportunidad reiterativos. • Esta estrategia ya se inició y se continuará en las próximas reuniones con las especialidades con el fin de encontrar tanto canales como maneras de mejorar la oportunidad - Reportar a la especialidad para agilizar la respuesta a las interconsultas pendientes de valoración o de definición hallados en concurrencia. Esa estrategia es idéntica a las de los demás indicadores de oportunidad y se continuará. - Ajustar las estrategias que ya se han implementado a la situación particular de la especialidad: <ul style="list-style-type: none"> • Gastroenterología: Incentivar la interconsulta previa por especialistas alternos para definir otras conductas antes de la valoración por gastroenterólogo. • Cirugía Vascul ar Estamos a la espera de reactivación de la especialidad. • Cirugía Plástica: se encuentra en proceso de contratación el nuevo profesional <p>Tanto con las especialidades que están pendientes de contratación como con las ya existentes se negociará en los espacios de</p>	



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



retroalimentación el mantenimiento de canales de comunicación eficaces tanto para la notificación de los casos como para la gestión de eventuales demoras detectadas por la especialidad de manera que se genere una tendencia de mejora sistémica y sistemática

✓ **Indicador Promedio de tiempo transcurrido para el reporte de resultados críticos en el laboratorio clínico.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO									
Promedio de Tiempo Transcurrido para el reporte de resultados críticos en el laboratorio clínico	< 15 minutos	4,7	5,1	5,1	5,7	5,2	5,3	5,3	5,2	3,9	4,4	3,3	3,1	4,7

Tabla 25. Fuente: Tablero General de Indicadores



Gráfica 17. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad.

Análisis promedio de tiempo transcurrido para el reporte de resultados críticos en el laboratorio clínico.

Meta sobresaliente del indicador	<15 Minutos
Resultado del periodo del indicador	3.1 minutos
Brecha con la meta	No aplica
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	6.0 minutos
Estrategias implementadas	Formato de notificación de valores críticos, auditoría al proceso de notificación, diligenciamiento de nota administrativa en índigo.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> No aplica.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

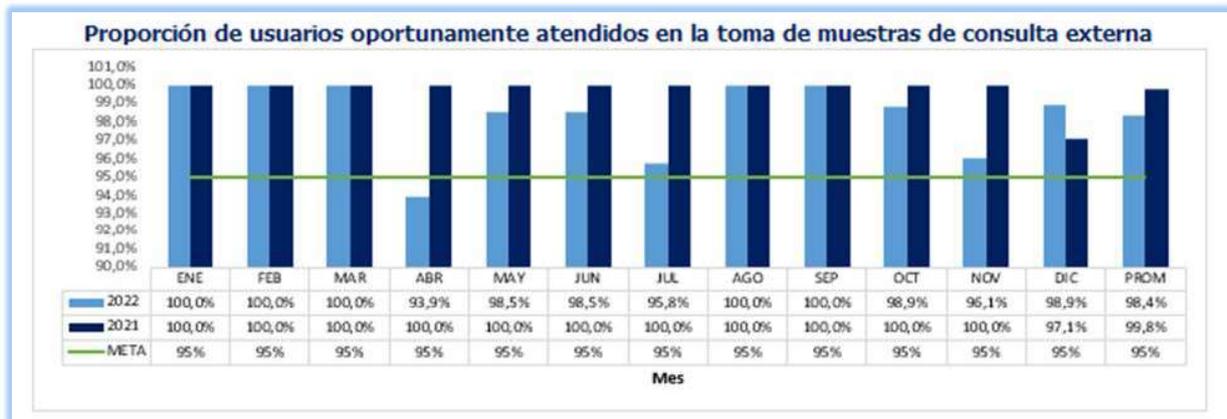


- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Análisis anual: Para el año 2022 se dio cumplimiento a la meta establecida, apoyado en el desarrollo de las estrategias implementadas para tal fin. |
| Estrategias para mejorar o mantener el indicador | <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento mensual al indicador e incentivar el uso del formato de notificación de valores críticos, debido a que se presenta un sub registro cuando no son escritos. <p>Pese a que se dio cumplimiento a la meta, se proyecta para el año 2023:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustar el instructivo de notificación de valores críticos, para que estos sean informados de forma presencial y no de manera telefónica. |

✓ **Indicador Proporción de usuarios oportunamente atendidos en la toma de muestras de consulta externa**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	PROMEDIO
Proporción de usuarios oportunamente atendidos en la toma de muestras de consulta externa	Sobresaliente >95%	100,0%	100,0%	100,0%	93,9%	98,5%	98,5%	95,8%	100,0%	100,0%	98,9%	96,1%	98,9%	98,4%

Tabla 26. Fuente: Tablero General de Indicadores



Gráfica 18. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad

Análisis proporción de usuarios oportunamente atendidos en la toma de muestras de consulta externa

Meta sobresaliente del indicador	>95 %
Resultado del periodo del indicador	98.9 %
Brecha con la meta	No aplica



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	97.1 %
Estrategias implementadas	Se realiza la toma según la llegada de los usuarios
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> Análisis anual: Para el año 2022 se dio cumplimiento a la meta establecida, apoyado en el desarrollo de las estrategias implementadas para tal fin.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Continuar brindando atención ágil y oportuna a los pacientes ambulatorios, con base a la orientación e información que brinda que personal del servicio.

✓ **Indicador proporción de muestras venosas no aptas para su procesamiento**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO									
Proporción de muestras venosas no aptas para su procesamiento	< 1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Tabla 27. Fuente: Tablero General de Indicadores



Gráfica 19. Fuente: Tablero General de Indicadores

Análisis proporción de muestras venosas no aptas para su procesamiento.

Meta sobresaliente del indicador	<1%
Resultado del periodo del indicador	0.0 %
Brecha con la meta	No aplica



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	0.0 %
Estrategias implementadas	Capacitaciones en toma de muestras de laboratorio.
Motivos de la desviación	Análisis anual: Para el año 2022, únicamente se incumplió con la meta en el mes de abril, en los demás meses se dio cumplimiento a la meta establecida, apoyado en el desarrollo de las estrategias implementadas para tal fin.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitaciones anuales en toma de muestras. • Apoyo técnico desde el servicio de laboratorio.

✓ **Indicador Proporción de resultados de exámenes básicos de consulta externa oportunamente entregados**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO									
Proporción de resultados de exámenes de consulta externa oportunamente entregados	> 95%	99,8%	99,5%	99,6%	100,0%	99,1%	99,4%	100,0%	100,0%	99,6%	100,0%	100,0%	100,0%	99,8%

Tabla 28. Fuente: Tablero General de Indicadores



Gráfica 20. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad

Análisis proporción de resultados de exámenes básicos de consulta externa oportunamente entregados.

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	99.8 %
Brecha con la meta	No aplica



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	100 %
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Auditorias semanales al sistema del laboratorio, verificando resultados pendientes.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> No aplica
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Verificación de pendientes en cada turno, y cargar resultados de remisión.

INDICADORES CON DESVIACIÓN- COMITÉ DE CALIDAD 2022

✓ **Indicador Oportunidad en la asignación de cita para la realización de ayudas diagnósticas < 3 días**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
Oportunidad en la asignación de cita para la realización de ayudas diagnósticas	* Radiología Convencional < a 3 días	3,7	5,0	4,1	3,1	3,4	3,7	3,3	3,2	3,8	2,7	4,0	3,9	3,7
Oportunidad en la asignación de cita para la realización de ayudas diagnósticas	TAC ambulatorio < a 3 días	4,8	4,4	5,0	4,2	5,1	4,3	4,5	3,4	4,1	4,0	4,5	4,0	4,3

Tabla 29. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad

Análisis de indicador Oportunidad en la asignación de cita para la realización de ayudas diagnósticas < 3 días.

Meta sobresaliente del indicador	<3 días
Resultado del periodo del indicado	Radiología :3,7 días TAC : 4,5 días
Brecha con la meta	Radiología :2,2 días TAC : 3,8 días
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Radiología :1,7 días TAC : 2.2 días
Estrategias implementadas	<p>Radiología: Implementación de un nuevo tecnólogo a partir del mes de noviembre, agenda simultánea para Tomografía y radiografía a partir del mes de octubre.</p> <p>TAC: Se realiza agendamiento doble para radiografía y TAC en horas de la tarde. -Se realizan tac simple en horarios de la tarde. -Durante el primer semestre se realizaron en promedio 80 citas para el segundo semestre se agendo en promedio 128 por mes.</p>



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Motivos de la desviación	<p>Radiología: Motivo de la disminución en la realización de estudios fueron las fallas que presento el flat panel, lo cual alargo los tiempos de la toma y el procesamiento de estudios, en el momento se está utilizando el equipo de contingencia el cual toma mucho más tiempo de procesamiento.</p> <p>-Aumento en la cantidad de pacientes que requieren toma de radiografías.</p> <p>TAC: Aumento en la cantidad de pacientes que requieren TAC contrastado, lo que aumenta la oportunidad de agendamiento ya que para el estudio se requiere estar en ayunas.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Agendamiento de TAC contrastados en la tarde - Agendamiento de TAC simple los domingos de 8:00 am a 12:00. - Continuar con el agendamiento simultaneo de pacientes tanto de radiología como TAC.

✓ **Indicador Oportunidad en la asignación de cita para la realización de ayudas diagnósticas < 5 a 3 días**

META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	PROMEDIO
* Ecografía ambulatoria convencional < a 5 días	21,8	21,0	27,0	14,3	13,4	15,7	16,8	15,5	15,9	15,5	15,4	20,1	16,0
* Doppler ambulatorio < a 3 días	20,6	23,5	16,2	1,8	5,0	12,4	10,0	11,5	12,0	14,7	22,9	14,0	11,1
* Estudios de cardiología no invasiva ambulatoria Ecocardiograma stress < a 3 días	1,8	11,2	3,8	10,1	11,3	12,5	11,0	7,9	5,5	7,8	5,5	4,3	7,8
* Ecografía ambulatoria doppler obstétrica < a 5 días					4,5	2,0	5,0	1,9	16,0	4,7	5,4	1,3	7,3
* Ecografía ambulatoria doppler vascular < a 5 días					1,0	14,4	10,3	11,7	12,0	11,5	12,7	14,4	11,9
* Ecografía ambulatoria obstétrica < a 5 días					3,9	4,9	4,5	7,8	12,2	11,7	7,3	1,4	7,1
cardiología no invasiva ambulatoria ecocardiograma tras esofágico y transtorácico < a 3 días					1,8	3,8	3,9	4,1	3,7	3,9	5,0	1,4	4,7
* Estudios de cardiología no invasiva ambulatoria electrocardiograma < a 3 días					4,9	3,1	3,9	3,1	2,3	2,3	5,0	1,7	3,8
cardiología no invasiva ambulatoria monitoreo de presión sistémico y holter < a 3 días					11,0	11,3	11,8	3,8	3,4	3,8	1,1	4,8	11,0

Tabla 30. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Análisis oportunidad en la asignación de citas para la realización de ayudas diagnósticas

Meta sobresaliente del indicador	
Resultado del periodo del indicador	<p>Ecografía: 18 días Ecografía obstétrica: 7.7 días Doopler Ambulatorio: 18 días Doopler Vascular: 13.9 días Doopler obstétrico: 7.3 días Cardiología no invasiva ecocardiograma TT y TE: 4.7 días Electrocardiograma: 3.8 días cardiología no invasiva monitoreo de presión y Holter: 6.0 días</p>
Brecha con la meta	<p>Ecografía: 13 días Ecografía obstétrica: 7.7 días Doopler Ambulatorio: 16,4 días Doopler Vascular: 13.9 días Doopler obstétrico: 7.3 días Cardiología no invasiva ecocardiograma TT y TE: 4.7 días Electrocardiograma: 3.8 días cardiología no invasiva monitoreo de presión y Holter: sin dato ya que es un indicador que se inició medición a partir de mayo con la actualización del indicador.</p>
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	<p>Ecografía: 3 días Ecografía obstétrica: No se cuenta con datos ya que es un indicador que se inició medición a partir de mayo con la actualización del indicador. Doopler Ambulatorio: 4.7 días Doopler Vascular: No se cuenta con datos ya que es un indicador que se inició medición a partir de mayo con la actualización del indicador. Doopler obstétrico: Cardiología no invasiva ecocardiograma TT y TE: 4.7 días Electrocardiograma: 3.8 días cardiología no invasiva monitoreo de presión y Holter: sin dato ya que es un indicador que se inició medición a partir de mayo del 2022 .</p>
Estrategias implementadas	<p>A continuación, se describen las estrategias que se implementaron durante la vigencia 2022 para el grupo de cardióloga no invasiva: -Se realizó ajustes del indicador de oportunidad de citas para la realización de ayudas diagnósticas y actualización de meta: ecografías transvaginales y obstétricas y ecografías transrectales ya que son las ecografías trazadoras que deben contar con seguimiento de oportunidad. -Se realizó ajuste de tablero de indicadores y meta para desagregar oportunidad de asignación de procedimientos de enfermería y de especialista - Se realizó negociación con diferentes profesionales y agremiaciones para negociación de un segundo profesional (radiólogo) para mejorar la capacidad</p>



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	<p>instalada de acuerdo a la oferta y demanda y a corte de diciembre del 2022 no se logró contratación.</p> <p>-Se solicitó la compra 4 grabadoras de monitoreo de presión arterial las cuales llegaron en julio lo que incentivo el aumento y demanda de pacientes para agendamiento. Para el cierre del 2022 se cuenta con un total de Se cuenta con un total de 11 grabadoras 5 para paciente ambulatorio, 5 para paciente hospitalario, 1 en mantenimiento y actualmente se instalan 25 Holter por día y de 4 a 5 monitoreos.</p> <p>-Durante los primeros 3 meses las ecografías fueron realizadas por la especialidad de ginecología 3 veces por mes, para el mes de agosto se realizaron ecografías dos veces por mes, en septiembre no se realizaron por el área de ginecología, en octubre 5 jornadas en el mes de 3 horas y en noviembre dos jornadas completas.</p>
Motivos de la desviación	<p>-Durante los primeros 3 meses las ecografías fueron realizadas por la especialidad de ginecología 3 veces por mes, para el mes de agosto se realizaron ecografías dos veces por mes, en septiembre no se realizaron por el área de ginecología, en octubre 5 jornadas en el mes de 3 horas y en noviembre dos jornadas completas.</p> <p>- Solo se cuenta con la disponibilidad de un radiólogo para realizar todas las ecografías</p> <p>-Durante el año se realizaron ecocardiogramas en horarios de martes a viernes por lo que se disminuyó la capacidad de agendamiento dado que tres de los 7 días a la semana para este fin.</p> <p>-Cierre del servicio de cirugía vascular lo que aumento los tiempos de oportunidad ya que estos procedimientos los está realizando actualmente el radiólogo</p> <p>-Durante los últimos meses se contó con menor disponibilidad de agendamiento para la realización de Doppler obstétrico, debido a que el especialista ofertaba jornada completa de 8:00 am a 6:00 pm. Para lo cual se definió no apertura semanal ya que la agenda no se completa en dicha jornada.</p> <p>-Aumento en la cantidad de EKG realizados</p> <p>-No se pueden realizar más de 20 EKG por día debido a que el personal realiza otras funciones, cada EKG toma un tiempo de 20 a 25 minutos con la interpretación y entrega de resultados.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>- Realizar jornada doble con otro radiólogo para ecografía convencional de pacientes que se encuentran fuera de meta.</p> <p>- Se continua a la espera del ingreso de un nuevo radiólogo.</p> <p>- Pendiente por parte de contratación para definir la continuidad de toma de electrocardiogramas que han aumentado en volumen, pero toman mucho tiempo con baja utilidad.</p> <p>- Apertura de cirugía vascular para descongestionar procedimientos que está realizando radiólogo.</p> <p>- Definir si se va a continuar con la oferta del servicio de Doppler obstétrico con base en el análisis de productividad de este estudio dado que el volumen actual no permite un agendamiento con la frecuencia necesaria para llevarlo a metas de productividad.</p> <p>- Aperturar la agenda de ecocardiogramas de lunes a viernes, la cual estará sujeta ajustes de contratación con EAPB aliadas.</p>



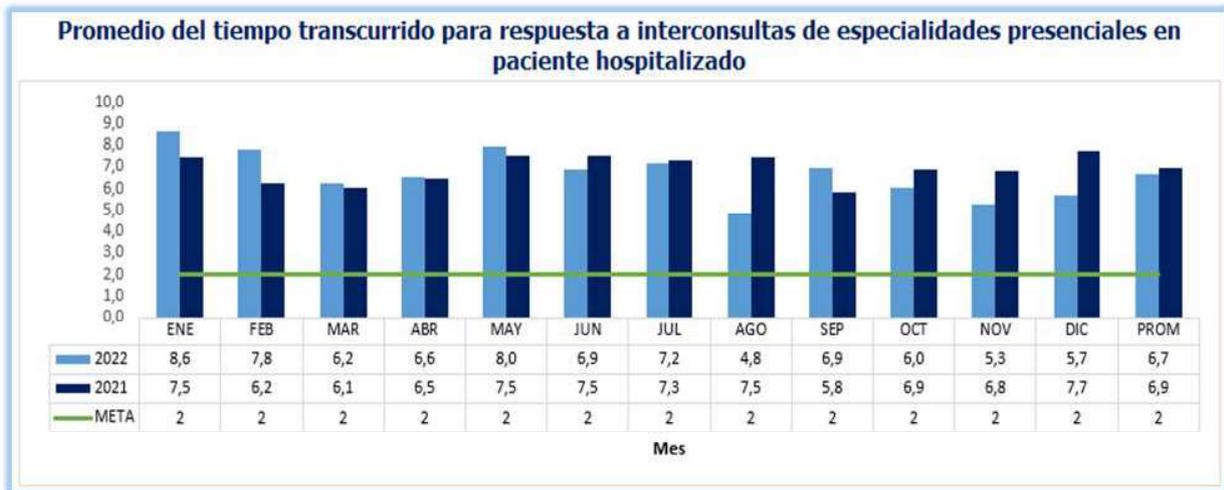
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Indicador Promedio del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas de especialidades presenciales en paciente hospitalizado**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
Promedio del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas de especialidades presenciales en paciente hospitalizado	< 2 horas 2-6 horas 9 horas	Mensual	Sumatoria de tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas de especialidades presenciales en paciente hospitalizado Total de respuestas a interconsultas de especialidades presenciales en pacientes hospitalizados	8,6	7,8	6,2	6,6	8,0	6,9	7,2	4,8	6,9	6,0	5,3	5,7	6,7

Tabla 31. Fuente: Indigo Cristal-Tablero CMI



Grafica 21. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad

Análisis del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas de especialidades presenciales en paciente hospitalizado

Meta sobresaliente del indicador	< 2 horas
Resultado del periodo del indicador	6,7 horas para el año 2022
Brecha con la meta	4,7 horas
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	6,9 horas, Presenta mejor desempeño respecto al año anterior pero aún se encuentra en rango insatisfactorio.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Notificación de interconsultas evidenciadas en concurrencia. • Esta fue la estrategia base para acelerar la respuesta a interconsultas mediante la comunicación con la parte operativa de las especialidades con el fin de acelerar la respuesta a las mismas. Se continuará su aplicación durante el 2023.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



		<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento a los tiempos de respuesta generando retroalimentación a la especialidad en los casos evidenciados en concurrencia. • Esta actividad se realizó durante las reuniones de retroalimentación con las diferentes agremiaciones logrando mejoras significativas en varios aspectos de la atención y creando canales de comunicación para futuras opciones de mejora. También se continuará aplicando para lograr una mayor calidad y oportunidad de la atención de los pacientes atendidos por especialidades. - Apoyo con médicos hospitalarios de las especialidades que cuentan con estos para ubicar y responder a la menor brevedad los casos interconsultados. • Esta estrategia ha sido altamente efectiva para lograr la atención efectiva de los pacientes en las unidades hospitalarias y con un menor rango en el área de urgencias. También es una estrategia de utilidad probada que se continuará aplicando en el período 2023. - Verificación de respuesta a interconsultas en referencia. • Esta estrategia ha permitido notificar de forma oportuna las interconsultas a todas las especialidades, pero también ha permitido detectar demoras en los procesos de confirmación de remisiones hacia la clínica que han sido abordados desde la dirección médica, por lo que se continuará su aplicación como estrategia primaria de notificación de interconsultas a las especialidades. 	
Motivos de la desviación		<p>Discriminado por especialidades, durante el mes de noviembre se observó el siguiente comportamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anestesiología: 6,88 horas, en rango de no cumplimiento, con esta especialidad se han llegado a acuerdos para optimizar la oportunidad y en algunos casos se ha logrado acercar bastante al rango de máximo desempeño sin embargo se han presentado dificultades relacionadas con la disponibilidad de profesionales y con apenas comenzó el apoyo de estos a los servicios tanto de cirugía programada para valoraciones como de valoraciones en piso. La dinámica del servicio en general ha sido generar acuerdos con el servicio para subsanar las diferentes dificultades puntuales que afectan el indicador el cual a pesar de no encontrarse en el rango de máximo desempeño sí presentó tendencia a la mejoría a lo largo del año. - Cirugía general: 2.3 Horas Rango de alerta. Es un indicador que ha estado muy cerca y en ocasiones ha entrado en rango de máximo desempeño iba muy ligado a el número de interconsultas, aunque se ha visto afectado por algunos cambios en los profesionales. Con esta especialidad se han creado canales de comunicación para alertar acerca de las interconsultas y las posibles demoras detectadas, para 2023 se trabajará en fortalecer estos canales de comunicación para mantener el indicador en los mejores niveles alcanzados durante 2022. 	



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	<p>- Intensivista: 17.36 Horas rango de no cumplimiento, esta especialidad se mide con base en el tiempo de respuesta a las interconsultas de Medicina general con las cuales en general se han presentado dificultades tanto en la comunicación como en la aceptación de pacientes se ha gestionado con el servicio para optimizar la respuesta logrando mejorar en el último período del año pero aún persiste una importante brecha con respecto al valor deseado y es esta especialidad la que jalona la mayor parte del no cumplimiento del indicador por lo que para el próximo año se continuarán estableciendo vías de comunicación para agilizar la respuesta a interconsultas de medicina general y facilitar el ingreso de nuevos pacientes mejorando el Giro Cama.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>Este indicador se modificó en el mes de abril cuando se introdujo el indicador de especialidades semi presenciales los mayores héroes en la historia quedando únicamente las siguientes especialidades: cirugía general, intensivista y anestesiología.</p> <p>Desde auditoria ya se han implementado las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reporte de demoras al profesional de la especialidad para agilizar la respuesta a interconsulta. -Revisión de pendientes para pacientes quirúrgicos con el fin de avisar los pacientes pendientes de valoración por anestesiología y/o diligenciamiento de consentimientos - seguimiento de la oportunidad de respuesta interconsultas para agilizar la definición de pacientes y por ende mejorar el indicador de egresos. -Incentivar la búsqueda activa y la respuesta por el módulo correspondiente en sistema para todas especialidades presenciales. -Gestionar las demoras para egreso en unidad de cuidado intensivo con el fin de generar nuevos espacios para la admisión de pacientes. <p>Para el próximo año se continuará con estas estrategias y se continuarán fortaleciendo la creación de espacios de intercambio de información con las agremiaciones para lograr un mejoramiento sistémico y sistemático TT tanto el indicador como de los elementos conexos al mismo.</p>

✓ **Indicador Proporción de resultados de imagenología con correlación positiva con hallazgos clínicos**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			PERIODICIDAD	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ROMEDIO
Proporción de resultados de imagenología con correlación positiva con hallazgos clínicos	> 90%	90-90%	< 90%	Mensual	$\frac{\text{Número de resultados de imagenología con Correlación positiva con hallazgos clínicos}}{\text{Total de casos revisados}} \times 100$	0,0%	40,0%	88,3%	90,9%	85,0%	94,3%	90,5%	87,0%	89,5%	87,5%	91,7%	95,0%	79,3%

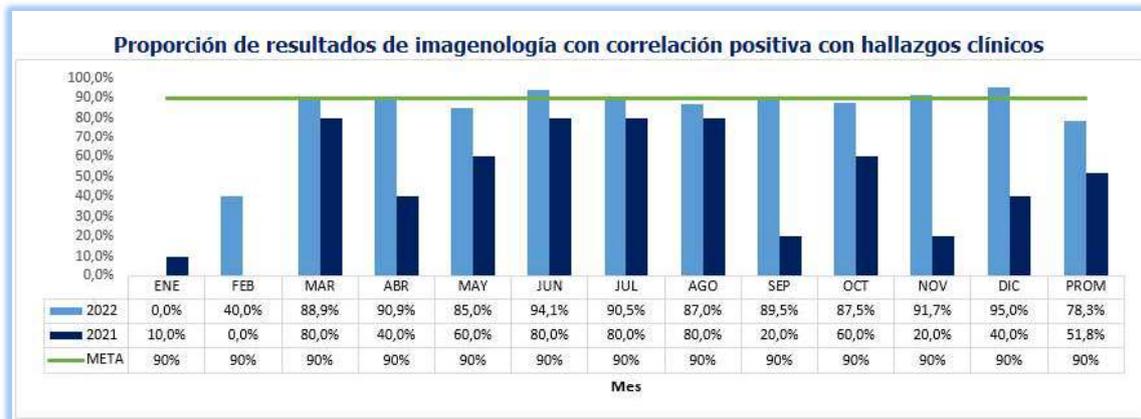
Tabla 32. Fuente: Indigo Cristal-Tablero CMI



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



Grafica22. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad

Análisis de resultados de imagenología con correlación positiva con hallazgos clínicos

Meta sobresaliente del indicador	> 90%
Resultado del periodo del indicador	78,3% En rango insatisfactorio
Brecha con la meta	11,7%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	51,8% mejoró respecto al año anterior, este año tuvo varias mediciones en rango sobresaliente hacia el final de año pero el promedio general del año bajó por el desempeño de los primeros meses.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Retroalimentación al servicio de radiología para la correcta realización de imágenes diagnósticas de tipo angiológico. Esta estrategia permitió evitar demoras y reprocesos en los casos direccionados a cirugía cardiovascular sin nuevos incidentes detectados al respecto. - Retroalimentación al personal acerca de la correcta prescripción de imágenes diagnósticas. Esta estrategia ha mejorado significativamente la cantidad de casos de pacientes no preparados o con órdenes que no han seguido escalonamiento para tomar imágenes diagnósticas existentes en la clínica, pero se debe ampliar hacia las imágenes de resonancia magnética ya que para este año se espera contar con dicho equipo - Retroalimentación al personal acerca de la pertinencia de prescripción de imágenes diagnósticas de acuerdo a la disponibilidad de las mismas y las alternativas clínicas existentes en cada caso. Esta estrategia es similar a la empleada en laboratorios y se basa en la retroalimentación en los casos en que no se ha seguido un escalonamiento o se reporta un hallazgo desde auditoría concurrente, se espera intenso aplicar esta estrategia con la implementación de guías y escalas que permitan



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	<p>precisar la indicación de los exámenes diagnósticos en especial técnicas de imágenes que están por llegar a la clínica.</p>
Motivos de la desviación	<p>Este indicador tuvo un muy mal desempeño al inicio del año con rangos de cero y 40 por sien los cuales requirieron una fuerte intervención logrando una normalización del indicador en general hacia el segundo semestre y logrando resultados sobresalientes No obstante no fueron suficientes para llevar el indicador a rangos de alerta o de sobresaliente por lo que se debe continuar este año la estrategia para mantener los desempeños de los últimos meses y lograr mejorar el resultado final del año.</p> <p>Fue notorio también el hallazgo de reportes insatisfactorios en cuanto a lecturas de imágenes por el servicio de radiología que se han ido notificando y retroalimentando pero que no estaban siguiendo el conducto regular para la inclusión de los nuevos resultados en índigo, respecto a este punto ya se está gestionando tanto con la especialidad como con los médicos solicitantes los pasos necesarios para identificar y cargar las lecturas correctas en el aplicativo de imágenes diagnósticas.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Retroalimentar a los servicios para optimizar la correlación clínica imagenológica y la calidad de lectura de las imágenes tomadas, así como para recoger las observaciones respecto a la calidad de los resultados de imágenes diagnósticas. ✓ Esta estrategia ha permitido llevar de rango de alerta a rango de cumplimiento en los últimos meses del año el indicador por lo que se continuará aplicando el próximo año. - Notificar a seguridad del paciente para los correspondientes para el análisis de caso correspondiente. ✓ Mediante esta notificación se han identificado fallas en los procesos que han creado eventos de seguridad del paciente pero que también dificultan la respuesta oportuna y la solicitud pertinente de imágenes por lo que se continuará su aplicación en 2023. - Monitorizar la solicitud de exámenes con dificultades de oportunidad para evaluar junto con la especialidad tratante la posibilidad de egreso reingreso del paciente o de manejo ambulatorio en caso de ser necesario la toma del examen o la toma de otras alternativas diagnósticas de mejor oportunidad. ✓ Con esta estrategia se han realizado hallazgos que evidencian dificultades para el manejo diferido de pacientes lo cual implica un alcance mayor que el de la gestión concurrente, pero si seguirá reportando para dar herramientas con el fin de abordar las oportunidades de mejora en los niveles pertinentes. - Fomentar el uso de escalas que soporten la solitud de ayudas diagnósticas. ✓ Se ha evidenciado un uso incipiente de varias escalas que permiten soportar la solicitud de imágenes diagnósticas generando hallazgos por su no uso en algunas situaciones clínicas por lo que se seguirá trabajando durante 2023 en el fomento de uso de las mismas en especial en las que tienen que ver con solicitud de exámenes que



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

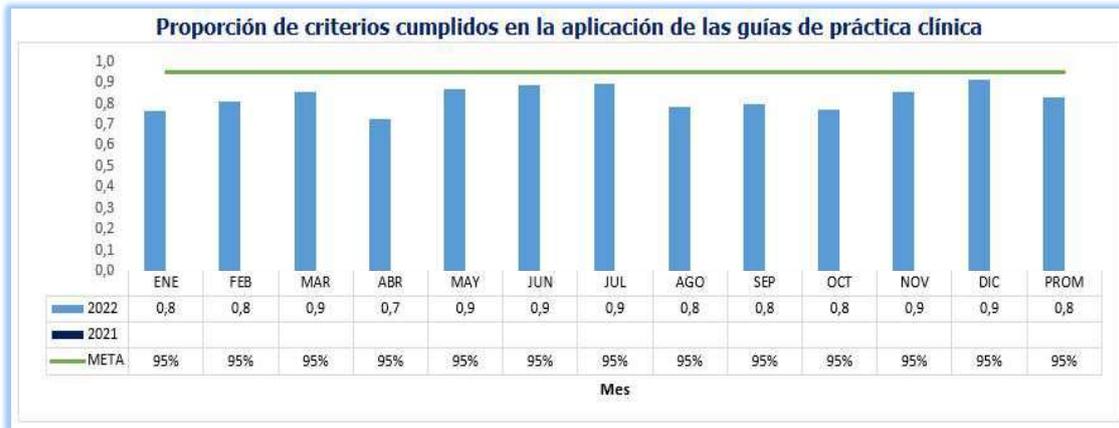


definan conductas quirúrgicas como es el caso de la colonia resonancia y en general de todos los exámenes que impliquen incremento del tiempo de estancia o solicitud de imágenes de alto costo. Se espera apoyar esta estrategia incluyendo las en las guías que se adopten a lo largo del año.

✓ **Indicador Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de las guías de práctica clínica**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de las guías de práctica clínica	> 95% 90-95% < 90%	Menusual	$\frac{\text{Número de criterios cumplidos en la aplicación de las guías de práctica clínica} \times 100}{\text{Total de criterios aplicables}}$	76,2%	81,0%	85,7%	72,0%	96,7%	88,9%	89,6%	78,6%	90,0%	71,3%	85,7%	91,7%	82,8%

Tabla 33. Fuente: Indigo Cristal-Tablero CMI



Grafica 23. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad

Análisis de Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de las guías de práctica clínica

Meta sobresaliente del indicador	> 95%
Resultado del periodo del indicador	82,8%
Brecha con la meta	12,2%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No hay datos del periodo anterior
Estrategias implementadas	Para el año 2022 se realizó seguimiento a las patologías clínicas, quirúrgicas y de eventos de interés en salud pública que fueron objeto de requerimiento de seguimiento por vigilancia de diferentes eventos tanto



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	de seguridad del paciente como de otro tipo que requirieron su evaluación.
Motivos de la desviación	El tipo de medición empleado permitió establecer diagnósticos para optimizar planes de mejora tendientes a lograr una mejor adherencia a estas guías que presentaban algún tipo de inconveniente. No se cuenta con la actualización, adopción, ni plan de implementación de guías de práctica clínica con base a perfil epidemiológico institucional.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	-Retroalimentación a profesionales implicados. ✓ Esta estrategia ha reducido o erradicado eventos relacionados con las dificultades de adherencia que motivaron la medición. - Para el 2023 se espera realizar el proceso de actualización y plan de implementación de guías de práctica clínica. - Posterior a actualización de guías de práctica clínica se plantea realizar mensualmente difusión de guía para evaluarla al final del ciclo de acuerdo a las que se vayan ingresando al proceso de adopción, iniciando en el mes de enero con la de antimicrobianos con el fin de responder a las dificultades que se han presentado En este sentido con el cumplimiento del indicador del comité de infecciones, y mensualmente plantearemos la que se vaya a evaluar hasta disponer de un paquete de guías adoptar que nos permita establecer un calendario de más largo plazo.

- ✓ **Indicador Proporción de criterios cumplidos en la adherencia a las guías y normas técnicas de promoción y prevención de acuerdo a los servicios ofertados**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
Proporción de criterios cumplidos en la adherencia a las guías y normas técnicas de promoción y prevención de acuerdo a los servicios ofertados	>95% 90-95% <90%	Trimestral	Número de criterios cumplidos en la adherencia a las guías y normas técnicas de promoción y prevención x 100 Total de criterios aplicables			90,0%			92,7%			82,4%			91,7%	76,7%

Tabla 34. Fuente: Indigo Cristal-Tablero CMI



Gráfica 24. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Análisis de criterios cumplidos en la adherencia a las guías y normas técnicas de promoción y prevención de acuerdo a los servicios ofertados

Meta sobresaliente del indicador	> 95%
Resultado del periodo del indicador	76,7% se encuentra en rango de no cumplimiento.
Brecha con la meta	18,3%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No hay datos del periodo anterior
Estrategias implementadas	Para este indicador se requiere fundamentalmente remitir al paciente que es susceptible de ingreso a programa de crónicos a su respectiva EPS al igual que para las actividades de promoción y prevención que apliquen según grupo de edad, actualmente el sistema hace obligatoria la remisión a estos servicios al generar el egreso con lo que se logró un repunte muy importante del indicador para el último trimestre y se espera que continúe mejorando a lo largo de 2023.
Motivos de la desviación	Al inicio de año no se contaba con un mecanismo que facilitará que el profesional pudiera visualizar a qué servicios podía remitir al paciente por tanto dependíamos del conocimiento del profesional para generar estas remisiones a servicios que no tenemos en la clínica. Desde el área de tecnología se aplicó una herramienta que genera automáticamente las remisiones según grupo de edad y según diagnóstico con lo que se ha solucionado en buena parte esta problemática y se espera que el indicador promedio llegue a niveles adecuados durante el 2023, de la misma manera que se logró en el último trimestre con la implementación de la herramienta.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	-Para 2023 se seguirá aplicando la herramienta de remisión a programas de prevención y promoción de la EPS para los pacientes que sean susceptibles de la misma generados durante el proceso de egreso de forma automática, se realizarán validaciones para evaluar la efectividad en la entrega de dichas órdenes al egreso.

✓ **Indicador Promedio de tiempo transcurrido para la salida efectiva del paciente.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENE	FEBRERO	MARZ	ABRIL	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPTIENE	OCTUBR	NOVIENB	DICIEMBRE
Promedio de tiempo transcurrido entre la orden de egreso y la salida efectiva del paciente.	<3,5 1,5 y 2,5 horas > 2,5 horas	Sumatoria del tiempo transcurrido entre la orden de egreso y la salida efectiva del paciente / Total de egresos hospitalarios	4,38	46,26	14,71	3,97	3,68	3,08	3,37	4,11	4,11	3,79	4,37	754 254 4,87

Tabla 35. Fuente: Tablero General de Indicadores



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





Gráfica 25. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad

Análisis promedio de tiempo transcurrido entre la orden de egreso y la salida efectiva del paciente

Meta sobresaliente del indicador	<1.5 horas
Resultado del periodo del indicador	2,97 horas
Brecha con la meta	1,47 horas
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	355.7
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Traslado de los pacientes con egreso a la sala de pre-alta y en sistema a las camas 200-300- 400 con el fin de liberar la cama físicamente y en sistema. Notificación de los egresos vía WhatsApp en los diferentes grupos con el fin de asignar las camas y agilizar los egresos. En ronda medica se informa oportunamente los pacientes que tienen egreso para hacer la respectiva devolución de los medicamentos e insumos y de esta manera que el kardex quede en 0 y se pueda enviar el familiar al área de facturación por su paz y salvo. Se generó por parte del auditor concurrente quien evalúa la pertinencia de la estancia hospitalaria del paciente y evalúa las estancias prolongadas de los mismos y la oportunidad del área médica para las ordenes de salida.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Informar por la parte medica el día de posible egreso para que el familiar o cuidador del paciente soluciones los inconvenientes que pueda tener a la hora de realizar la paz y salvo (pago de cuota- consecución de dinero o transporte, etc) Se sugiere que por parte del área de admisiones se le indique al paciente desde su ingreso el costo que debe realizar al egreso de la hospitalización o realice una ronda una vez al día indicando al paciente y familiar la cuota que debe realizar a su egreso.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



- Realizar ronda medica con las especialidades y de esta manera contar con comunicación asertiva entre especialistas- medico- enfermera para concretar los egresos y lo que corresponda con el alta médica del paciente.
- Ajustar el indicador ya que el promedio anual es de 4 horas siendo esta una meta mucho más alcanzable y tangible de medir.

✓ **Indicador Promedio de tiempo transcurrido para el recambio de cama**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENE	FEBRERO	MARZ	ABRIL	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
Promedio de tiempo transcurrido para el recambio de cama	<1,5 1,5 y 2,5 horas 2,5 horas	Sumatoria del tiempo transcurrido entre la liberación de la cama y el ingreso del nuevo paciente en el sistema Total de camas liberadas en el sistema	9,24	3,08	2,61	11,14	6,48	7,08	9,41	10,09	7,68	11,08	13,49	6052	367	16,49

Tabla 36. Fuente: Tablero General de Indicadores



Grafica 26. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad

Análisis promedio de tiempo transcurrido para el recambio de cama

Meta sobresaliente del indicador	<1.5 horas
Resultado del periodo del indicador	16,4 horas
Brecha con la meta	14,9 horas
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	14,8
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Notificar los egresos y camas disponibles en el grupo de jefes vía WhatsApp con el fin de ubicar los pacientes según diagnostico en las habitaciones en la cuales se encuentran disponibles para el traslado de los pacientes al servicio de hospitalización.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Motivos de la desviación

- Asignación de las habitaciones vía telefónica entre las jefas de los servicios para coordinar el traslado de los pacientes a las camas disponibles.
- La espera de los familiares o vehículo en cual será trasladado el paciente prolonga la salida efectiva prolongando los tiempos de su egreso.
- La no oportuna autorización para la hospitalización por parte de algunas eps.
- Se asignan camas para la uci una vez son solicitadas por los jefes del servicio, pero se demora el traslado hasta que el médico del servicio diligencie historia clínica dando la indicación de traslado a hospitalización por lo cual se demora el recambio de la cama.
- La asignación de camas para la unidad de cuidados intensivos en varias ocasiones se prolonga ya que el paciente debe cumplir 24 horas para ser trasladado a hospitalización en los procedimientos de Hemodinamia.
- Para el mes de diciembre se aumenta el recambio de cama ya que en las dos últimas semanas se disminuyó el volumen de pacientes, por ende, se prologan los tiempos de espera.
- En los aislamientos respiratorios se debe inhabilitar en alguna ocasión una habitación personal.

✓ **Indicador Proporción de usuarios oportunamente atendidos en la toma de muestras de urgencias**

NOMBRE DEL INDICADOR	Sobresaliente	RESULTADO	PROMEDIO											
Proporción de usuarios oportunamente atendidos en la toma de muestras de urgencias	> 95%	67,6%	80,1%	91,3%	80,2%	80,1%	85,7%	87,3%	54,3%	84,3%	81,7%	85,4%	89,7%	80,6%

Tabla 37. Fuente: Tablero General de Indicadores



Grafica 27. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Análisis Proporción de usuarios oportunamente atendidos en la toma de muestras de urgencias

Meta sobresaliente del indicador	>95 %
Resultado del periodo del indicador	89.7 %
Brecha con la meta	5.3 %
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	83.6 %
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Redistribución de funciones. Seguimiento al personal del cual reportan incumplimientos. • Capacitación en el diligenciamiento de fecha y hora sugerida. • Mejorar la adherencia al diligenciamiento en la fecha y hora sugerida.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de registro de fecha sugerida para la toma de la muestra por parte del personal médico – O fecha mal diligenciada, ingresan la fecha de la orden no la sugerida. • Demoras en la autorización de exámenes especiales. (FilmArray) • Demora en el cargue de consentimientos informados (VIH y transfusión), la muestra no se toma sin consentimiento. • Demora en el cargue de fichas de notificación, sin ficha no se toma la muestra. • Demora en la toma de la muestra de hemogramas control post transfusión, ya que se debe hacer a las 6 horas, y la hora de toma depende del tiempo que tarde la transfusión. • Muestras recogidas por parte del paciente que demoraron más de 12 horas en recogerse y entregarse al servicio. • Tomas de muestras que no realiza el laboratorio clínico (líquidos, gases arteriales) • Análisis anual: La meta únicamente se cumplió de forma aceptable en el mes de marzo, el promedio anual indica que durante el año predominó el incumplimiento de la meta. De los motivos descritos para dicha desviación, sobresale la falta de registro de la fecha y hora sugerida, especialmente en el servicio de UCI, la demora en el cargue de documentación obligatoria para el procesamiento de algún examen, y la solicitud de hemogramas de control post-transfusión, los cuales deben solicitarse después de la transfusión y no antes o durante de la misma.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Seguimiento de adherencia por parte de los médicos al diligenciamiento de la fecha y hora sugerida.
- Socialización con los médicos de informe de fecha y hora sugerida. Para el año 2023:
- Revisar el proceso de solicitud de órdenes médicas desde la plataforma índigo en compañía del área de TIC, a fin de ajustar el proceso con el área médica.
- Capacitar al personal médico y de enfermería en la solicitud oportuna de algunos exámenes, como los hemogramas de control post-transfusión, exámenes para líquidos corporales, gases arteriales y cultivos.
- Continuar con notificación de incidentes por falta de cargue de documentación obligatoria, a fin de que los líderes de cada servicio realicen el respectivo seguimiento con los funcionarios responsables.

✓ **Indicador Proporción de resultados de exámenes de urgencias oportunamente entregados**

NOMBRE DEL INDICADOR	Sobresaliente	RESULTADO	PROMEDIO											
Proporción de resultados de exámenes de urgencias oportunamente entregados	> 95%	46,0%	79,2%	77,0%	86,9%	94,9%	93,4%	80,3%	77,8%	75,0%	97,8%	98,8%	98,5%	83,8%

Tabla 38. Fuente: Tablero General de Indicadores 2022



Grafica 27. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de calidad

Análisis proporción de resultados de exámenes de urgencias oportunamente entregados

Meta sobresaliente del indicador	>95 %
Resultado del periodo del indicador	98.5 %
Brecha con la meta	No aplica



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	46.4 %
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Mantenimientos preventivos y correctivos en de los equipos.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> Falta de adherencia al diligenciamiento de fecha y hora sugerida. Exámenes que por su grado de complejidad demoran más tiempo del estimado, por ejemplo, la proteína C reactiva que, al estar positiva, requiere procesamiento adicional por diluciones para su cuantificación. Exámenes del servicio pre-transfusional, que demoran en validarse bien sea por: cargue a tiempo del consentimiento, desabastecimiento del stock de hemocomponentes lo que impide la validación oportuna de pruebas de compatibilidad. Análisis anual: Para el año 2022 se observa mejora significativa en el último trimestre del año, sin embargo, el promedio anual muestra incumplimiento de meta. Los motivos de desviación constantes corresponden a la falta de adherencia en el diligenciamiento de la fecha y hora sugerida y la demora en el cargue de los consentimientos informados para transfusión.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento de adherencia por parte de los médicos al diligenciamiento de la fecha y hora sugerida. Socialización con los médicos de informe de fecha y hora sugerida. <p>Para el año 2023:</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisar el proceso de solicitud de órdenes médicas desde la plataforma índigo en compañía del área de TIC, a fin de ajustar el proceso con el área médica. Continuar con notificación de incidentes por falta de cargue de documentación obligatoria, a fin de que los líderes de cada servicio realicen el respectivo seguimiento con los funcionarios responsables. Realizar auditorías a las profesionales del laboratorio a fin de verificar la oportunidad en el reporte de resultados.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

✓ **INDICADORES DE RONDA DE SEGURIDAD**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO									
Numero de Criterios Cumplidos en las evaluaciones de adherencia a las barreras de seguridad identificación de paciente X 100 Total de criterios evaluados	> 95 %	90-95 %	< 90 %	97,2%	97,2%	96,9%	99,1%	99,8%	98,4%	93,3%	100,0%	95,3%	98,2%	98,5%	98,3%	97,7%
Numero de Criterios Cumplidos en las evaluaciones de adherencia a las barreras de seguridad cateter periférico X 100 Total de criterios evaluados	> 95 %	90-95 %	< 90 %	81,3%	97,9%	93,8%	100,0%	100,0%	93,8%	96,4%	96,4%	99,2%	99,1%	100,0%	98,4%	96,5%
Numero de Criterios Cumplidos en las evaluaciones de adherencia a las barreras de seguridad prevención de caídas X 100 Total de criterios evaluados	> 95 %	90-95 %	< 90 %	99,2%	99,0%	97,6%	99,1%	96,8%	97,1%	99,1%	100,0%	93,4%	95,2%	89,4%	88,0%	96,2%
Numero de Criterios Cumplidos en las evaluaciones de adherencia a las barreras de seguridad lavado de manos X 100 Total de criterios evaluados	> 95 %	90-95 %	< 90 %	100,0%	88,0%	87,3%	92,9%		95,5%	95,9%	96,5%	95,4%	83,3%	96,4%		93,2%
Numero de Criterios Cumplidos en las evaluaciones de adherencia a las barreras de seguridad prevención de flebitis X 100 Total de criterios evaluados	> 95 %	90-95 %	< 90 %	99,0%	99,4%	99,3%	97,8%	99,8%	99,8%	98,6%	99,1%	100,0%	100,0%	94,6%	99,1%	98,9%
Numero de Criterios Cumplidos en las evaluaciones de adherencia a las barreras de seguridad aislamiento X 100 Total de criterios evaluados	> 95 %	90-95 %	< 90 %	97,4%	96,1%	95,4%	95,6%	99,4%	98,1%	95,8%	97,5%	95,4%	94,7%	95,6%	96,0%	96,4%
Numero de Criterios Cumplidos en las evaluaciones de adherencia a las barreras de seguridad sondas vesicales X 100 Total de criterios evaluados	> 95 %	90-95 %	< 90 %	97,6%	95,5%	95,5%	95,5%	100,0%	100,0%	97,6%	97,4%	98,2%	95,2%	91,9%	88,4%	96,1%
Numero de Criterios Cumplidos en las evaluaciones de adherencia a las barreras de seguridad LUPP X 100 Total de criterios evaluados	> 95 %	90-95 %	< 90 %	100,0%	100,0%		99,4%	99,0%	92,2%	95,4%	100,0%		98,2%	92,1%	88,7%	96,5%

Tabla 39. Fuente: Tablero General de Indicadores 2022

Análisis rondas de seguridad del paciente adherencia a las barreras de seguridad

Meta sobresaliente del indicador	≥95%
Resultado del periodo del indicador	Identificación de paciente: 97.7% Catéter periférico: 96.5% Prevención de caídas: 96.2% Prevención de flebitis: 98.9% Aislamiento: 96.4% Sondas vesicales: 96.1%



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

	Lavado de manos: 93.2% UPP: 96,5%
Brecha con la meta	No aplica
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Identificación de paciente: 91.7% Catéter periférico: 97,4% Prevención de caídas: 92.7% Prevención de flebitis: 94.7% Aislamiento: 91,7% Sondas vesicales: 90,1% UPP: 92,9% Lavado de manos: 55.8%
Estrategias implementadas	<p>Para la vigencia 2022 se generó estrategias para mejor los indicadores que presentaron desviaciones críticas para la vigencia 2021. A continuación, se relacionan las diferentes estrategias que ayudaron al mejoramiento de los indicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicación mensual de lista de chequeo inserción de sonda vesical 2. Realización taller revisión casos clínicos relacionados al dispositivo invasivo con personal de enfermería y médicos generales. 3. Se intensificaron las rondas de seguridad para verificar el mantenimiento de dispositivos invasivos de acuerdo al manual de Prevención, control y detección de infecciones asociadas a la atención en salud. 4. Se intensificaron los seguimientos al servicio de UCI-UCIN del diligenciamiento formato días dispositivo y uso dispositivo 5. Se realizó Socialización de caracterización de acuerdo a los servicios ofertados para cumplimiento de los 5 momentos del lavado de manos. 6. Se realizaron 4 jornadas de sensibilización al personal asistencial y de servicios generales a través de luz ultravioleta que ayuda a la identificación visual de la flora bacteriana residente, así como sensibilización en rondas de seguridad con señalización de cumplimiento o no al lavado de manos clínico. 7. Se actualizo el modelo de gestión de seguridad del paciente. 8. Se creó a nivel institucional el programa de seguridad del paciente donde se implementaron actividades en pro de fomentar una cultura organizacional en el personal asistencial sobre el reporte de eventos relacionados con la seguridad del paciente, así como adherencia a los procesos seguros implementados en clínica Medifaca. 9. Se realizó capacitación de manera trimestral de los indicadores de rondas de seguridad y de eventos adversos e incidentes. 10. Se realizó capacitación a los diferentes servicios sobre los 3 procesos seguros con mayor debilidad generados durante la vigencia 2022.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Motivos de la desviación

Para la vigencia 2022 no se presentaron desviaciones con base al promedio general para los indicadores de rondas de seguridad, sin embargo, se relacionan los hallazgos evidenciados más reiterativos del 2022, los cuales fueron mes a mes fueron socializados a los encargados de estos servicio o personal:

- No se cumple con protocolo de recibo y entrega de turno
- Poca adherencia al correcto manejo del cistofló.
- Debilidad de limpieza y desinfección de zona genital para la inserción de sonda vesical
- Baja adherencia a las normas de bioseguridad al realizar un procedimiento aséptico.
- Identificación incorrecta en manillas y tablero en los diferentes Número de identificación incorrecto en tablero de unidad
- Baja adherencia a correcta rotulación de líquidos endovenosos
- Baja adherencia a la identificación del tipo de aislamiento a tares del aplicativo Indigo Vie por parte del personal de enfermería
- Debilidad en el protocolo de limpieza y desinfección rutinaria de las unidades asistenciales.

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Intensificar el número de rondas por los servicios
- Promover la adaptabilidad al protocolo entrega y recibo de turno por parte del personal asistencial
- Fortalecer la estrategia multimodal con base a resultados del 2022 obtenidos en el proceso de la vigencia 2022.
- Implementar el cronograma para el cumplimiento de las observaciones directas sobre la adherencia de los 5 momentos del lavado de manos.
- Generar más actividades de lúdicas donde se promueva los procesos seguros establecidos en el Modelo de Gestión de Seguridad del paciente

✓ **INDICADORES DE EVENTOS ADVERSOS 2022**

✓ **Índice caídas con lesión**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO										
Índice de caídas con lesión	< 1%	1%-2%	>2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%

Tabla 40. Fuente: Tablero General de Indicadores 2022



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



Grafica 28. Fuente: Lista de chequeo de auditorias

Análisis eventos adversos caídas con lesión

Meta sobresaliente del indicador	≤1%
Resultado del periodo del indicador	0,0%
Brecha con la meta	No aplica
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	0%
Estrategias implementadas	<ol style="list-style-type: none"> Se realizaron rondas de seguridad del paciente y con base a hallazgos encontrados se realizaba realimentación al personal. Se realizó capacitación a personal de enfermería, terapeutas y médicos generales sobre los lineamientos generales que contiene el protocolo de prevención de caídas a nivel institucional. Se realizó notificación al área de dirección administrativa con base a riesgos detectados a nivel de las instalaciones físicas de las unidades asistenciales que pueden generar caídas de pacientes, familiares o funcionarios. Durante la vigencia 2022 se realizó intervenciones para la identificación del riesgo y evitar posibles caídas, mediante la realización de las unidades de análisis de los casos presentados, donde se identifican los factores desencadenantes y se definen las acciones de mejora, las cuales están orientadas a la socialización del protocolo y la adherencia del mismo.
Motivos de la desviación	<ol style="list-style-type: none"> No hay motivo de desviación, sin embargo, se reportaron de manera voluntaria 5 caídas con lesión para la vigencia 2022,



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

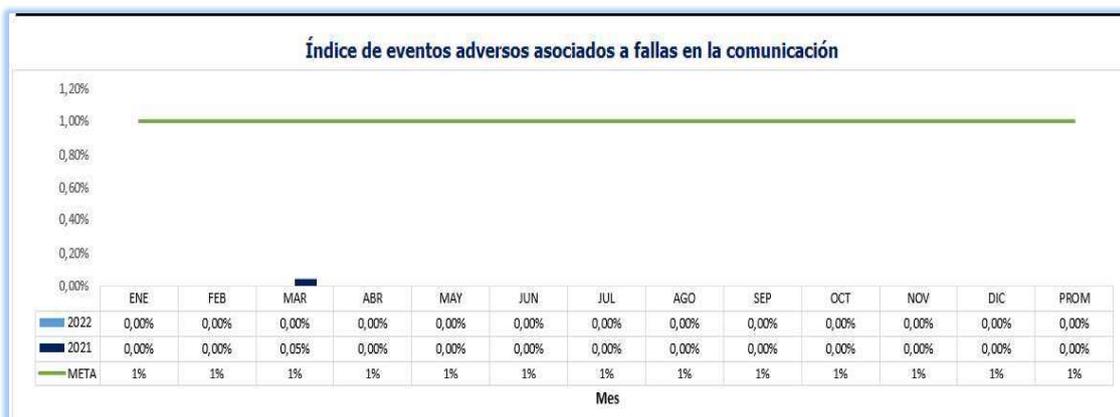


	<p>todas con clasificación leve y con base a resultados de análisis la causa principal es la baja adherencia al protocolo de prevención de caídas donde no se refuerza las indicaciones y recomendaciones al paciente por parte del personal de enfermería, registro de escalas que no concuerda con necesidades del paciente y con registro de formato de acompañante permanente.</p> <p>2. Aunque no es un motivo de desviación no se cuenta con medición del dato para el mes de octubre ya que no se contó con jefe de seguridad del paciente.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>1. Dentro de las actividades a proyectar para la vigencia 2023 dentro del programa de seguridad del paciente está la de promover actividades lúdicas para mayor comprensión del personal asistencial de los diferentes procesos seguros. Esta actividad es transversal para todo el programa de seguridad del paciente.</p> <p>2. Promover por educación continua a pacientes y familiares por parte de auxiliar de enfermería del área de calidad sobre las herramientas institucionales que tiene la clínica para minimizar los riesgos de caídas.</p>

✓ **Índice de Eventos adversos por fallas en la comunicación**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
Índice de eventos adversos asociados a fallas en la comunicación	< 1%	1%-2%	>2%	0,0%	0,0%	0,00%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Tabla 41. Fuente: Tablero General de Indicadores 2022



Gráfica 29. Fuente: Tablero General de Indicadores 2022



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Análisis eventos adversos por fallas en la comunicación

Meta sobresaliente del indicador	≤1%
Resultado del periodo del indicador	0%
Brecha con la meta	No aplica
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	0%
Estrategias implementadas	- Durante la vigencia se realizó socialización en grupos primarios sobre eventos a reportar relacionados con fallas en la comunicación. - Se realizó socialización a las agremiaciones sobre la importancia de reportar y detectar eventos adversos.
Motivos de la desviación	No aplica
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Promover por parte de auxiliar de enfermería del área de calidad la búsqueda activa por los diferentes servicios y agremiaciones de eventos adversos o incidentes. Aunque el indicador acumule 12 meses con tendencia positiva es importante iniciar con búsqueda activa para determinar si tenemos un subregistro o si se considera como una fortaleza el no contar con este tipo de eventos a nivel institucional.

✓ **Índice de eventos adversos Fuga de Pacientes**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO									
Índice de pérdidas y fugas de usuarios	< 0,5 por 1000	0,5 - 1 por 1000	>1 por 1000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

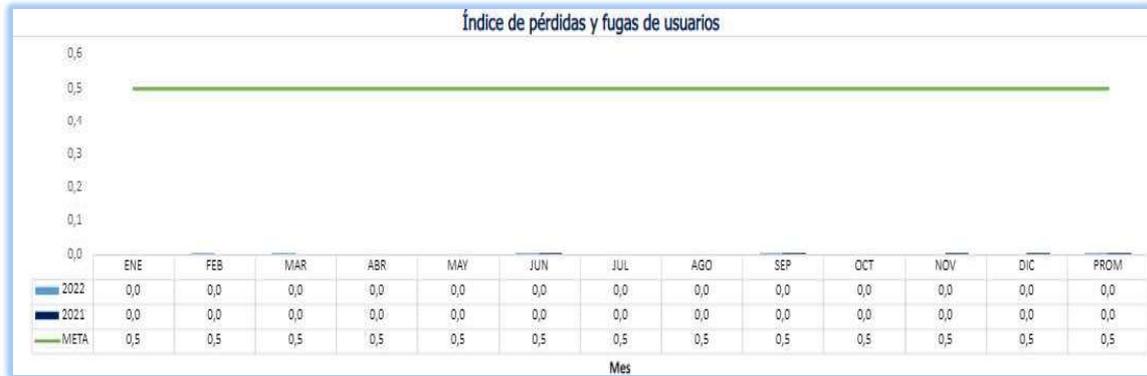
Tabla 42. Fuente: Tablero General de Indicadores 2022



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



Gráfica 30. Fuente: Tablero General de Indicadores 2022

✓ **Índice de eventos adversos quirúrgicos evitables**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO										
Índice de eventos adversos quirúrgicos evitables	< 1%	1%-2%	>2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Tabla 43. Fuente: Tablero General de Indicadores 2022



Gráfica 31. Fuente: Tablero General de Indicadores 2022



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Análisis de eventos adversos quirúrgicos evitables

Meta sobresaliente del indicador	≤1%
Resultado del periodo del indicador	0%
Brecha con la meta	No aplica
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	0%
Estrategias implementadas	-Durante la vigencia se realizó socialización en grupos primarios sobre eventos a reportar relacionados con fallas en la comunicación. -Se realizó socialización a las agremiaciones sobre la importancia de reportar y detectar eventos adversos.
Motivos de la desviación	No aplica Aunque el 2022 cierra con 0% de eventos adversos detectados se considera posible subregistro con base a la clasificación de lo que se considera un evento adverso quirúrgico evitable ya que con la nueva actualización de la ficha técnica se incluyen : procedimiento quirúrgico en sitio ,paciente equivocado, intervención quirúrgica no prevista o cirugía prevista o ingreso para intervención después de intervención ambulatoria programa” .
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	-Articular la información con los líderes de cirugía, auditoria médica y Jefe de seguridad del paciente en relación acaso o eventos presentados. - Promover por parte de auxiliar de enfermería del área de calidad la búsqueda activa por los diferentes servicios y agremiaciones de eventos adversos o incidentes. -Se solicitará de manera mensual a las agremiaciones si cuenta con evento o casos a nivel quirúrgico que requieran de análisis.

✓ **Índice de eventos adversos prevenibles**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO									
Índice de eventos adversos prevenibles	<2%	2 - 4 %	> 4%	0,4%	0,5%	0,7%	0,9%	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,4%

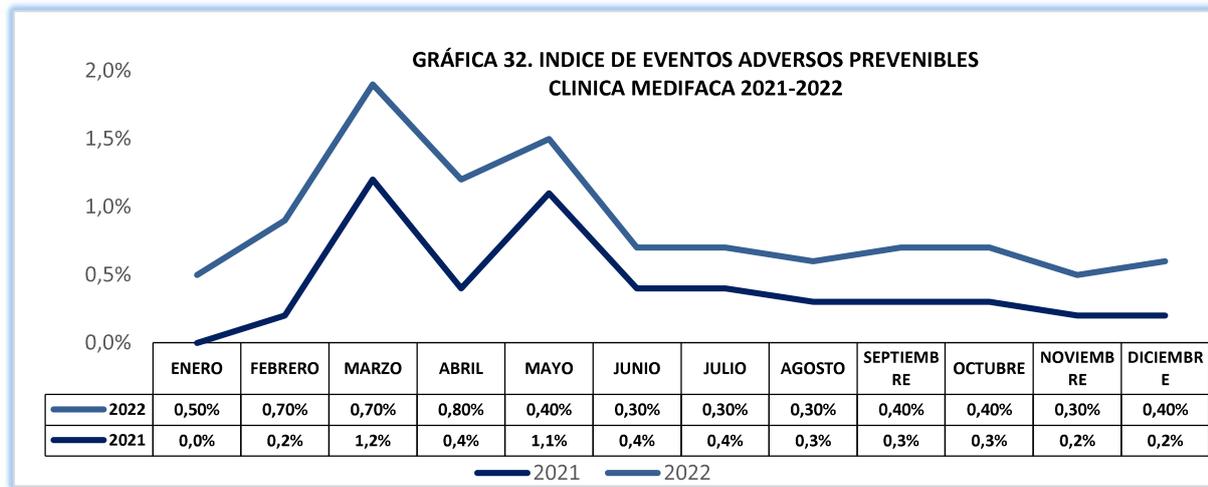
Tabla 44. Fuente: Tablero General de Indicadores 2022



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



Gráfica No Fuente: Tablero General de Indicadores 2022

Análisis de eventos adversos prevenibles

Meta sobresaliente del indicador	≤1%
Resultado del periodo del indicador	0.4%
Brecha con la meta	No aplica
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	0.25%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> -Se realizó actualización al Modelo de gestión de seguridad del paciente y actualización del formato F-GC-335 consolidado de reporte de eventos adversos e incidentes. -Se elaboró programa de seguridad del paciente para la vigencia 2022 con un cumplimiento de implementación del 57% ya que las actividades proyectadas para el último trimestre no se ejecutaron por no contar para esos meses con Jefe de seguridad del paciente. -Se socializo en grupos primarios de manera trimestral socialización de indicadores de eventos adversos e incidentes de mayor impacto por cada servicio. -Con las agremiaciones se presentó el consolidado de eventos adverso e incidentes de la vigencia 2021 y se enfatizó la importancia de intensificar el reporte voluntario. Se realiza inducción del programa de seguridad del paciente, al manual de prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud -Capacitación a los líderes de los diferentes programas sobre captura, análisis y manejo de formato institucional.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	- Acompañamiento por parte de jefe de seguridad del paciente hasta el mes de Septiembre sobre como reportar en INDIGO VIE						
Motivos de la desviación	<p>No se tiene desviación para la vigencia 2022, y al realizar análisis y comparativo con el año 2021 la tendencia de resultado se mantiene casi igual en los dos años.</p> <p>Para la vigencia 2022 se registraron 195 eventos adversos, para lo cual se agruparon los de mayor impacto:</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>IAAS</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>UPP</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>FLEBITIS</td> <td>31</td> </tr> </table>	IAAS	66	UPP	38	FLEBITIS	31
IAAS	66						
UPP	38						
FLEBITIS	31						
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>-Se implementó desde noviembre por parte de la coordinación de enfermería y farmacia un sistema cerrado para la administración de medicamentos estandarizando dosis y su administración, siendo esta estrategia que ayudara de manera indirecta a la disminución de flebitis químicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - IAAS: Intensificar las rondas de seguridad en los diferentes servicios hospitalarios. -Seguimiento a diario de reportes emitidos por laboratorio clínico para la identificación de criterios que cumplan - Realizar trabajo de campo con insumo Linovera e iniciar con implementación de clínica de herida lo que ayudaría a la disminución de riesgos de UPP. 						

✓ **Índice de readmisiones no programadas al servicio de hospitalización por la misma causa antes de 20 días.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
Índice de readmisiones no programadas al servicio de hospitalización por la misma causa antes de 20 días	< 2% 2% - 3% > 3%	Mensual	3,5%	1,3%	1,0%	3,1%	0,9%	1,3%	1,8%	1,8%	1,5%	2,2%	2,5%	2,2%	1,9%

Tabla 45 . Fuente: Indigo Cristal-Tablero indicadores CMI



Gráfica 33. Fuente: Tablero indicadores CMI



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Análisis readmisiones no programadas al servicio de hospitalización por la misma causa antes de 20 días.

Meta sobresaliente del indicador	< 2%
Resultado del periodo del indicador	2,2% mejoró respecto al período anterior, el acumulado anual es de 1,9% que es superior al del año anterior.
Brecha con la meta	0,2% en el mes, no aplica en el acumulado anual
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	1,9% Menor desempeño que en el mismo periodo del año anterior y en el acumulado anual subió 0,3 por ciento respecto a todo el año 2021.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> -Búsqueda activa de casos de reingresos a través de las salidas del aplicativo Indigo. -Revisión de casos con identificación de patrones de manejo asociables a reingreso, con el fin de determinar planes de manejo de acuerdo a los mismos -Retroalimentación a profesionales. -Notificación de casos compatibles a seguridad del paciente
Motivos de la desviación	<p>En el mes de diciembre se presentaron 7 reingresos al servicio de hospitalización, que es una cantidad que incrementó 1 caso respecto al periodo anterior, disminuyó un caso respecto al período anterior, pero hay un menor número de egresos lo cual es que sea porcentualmente más significativo y quede en rango de alerta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por especialidades: <ul style="list-style-type: none"> ○ 4 casos de cirugía General ○ 3 casos Medicina Interna • Por Genero: 5 Pacientes de sexo masculino y 2 de sexo femenino. • Por tipo de evento: <ul style="list-style-type: none"> ○ 2 incidentes: 1 paciente egresa con unidad renal asignada pero no continúa asistiendo, un caso de infección en área de intervención quirúrgica tardía ○ 5 complicaciones: un caso de manejo inadecuado sonda gastrostomía en su vivienda, un paciente con manejo conservador para obstrucción intestinal que reingresa y debe ser intervenido, un paciente con ACV que reingresa con reaparición y agravamiento de síntomas neurológicos, un caso de paciente con patología hepatobiliar que luego reingresa en falla cardíaca y un caso de paciente con cuerpo extraño no evidenciado en examen inicial, y quien fue solicitado en remisión por su EPS al reingresar por el mismo evento.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

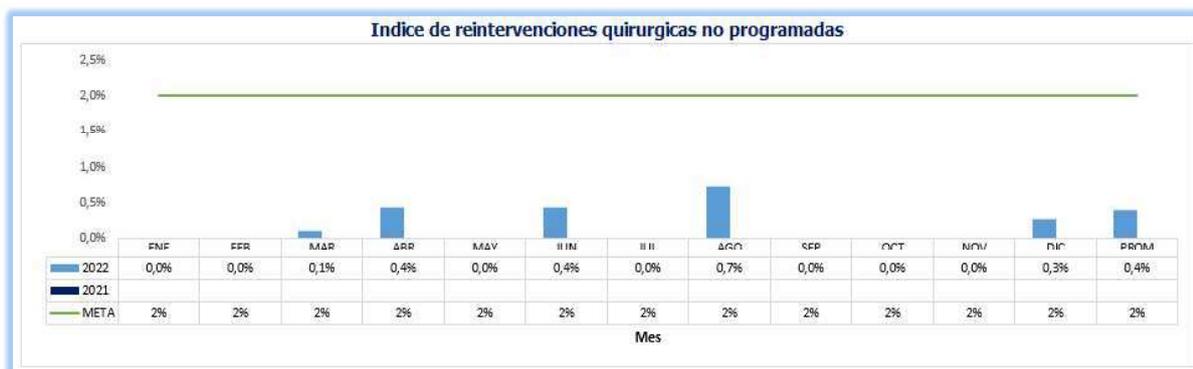


	<p>Con relación al seguimiento anual el último trimestre se ha mantenido en rango de alerta pero el resultado anual es satisfactorio por lo que se continuarán las estrategias implementadas de búsqueda activa de casos desde el aplicativo índigo y se reforzará la retroalimentación concurrente para lograr manejo integral de los pacientes en la primera consulta teniendo en cuenta que el incremento progresivo de la edad de la población facilita el tema de consultas por lo que se espera que si bien el número se mantenga cercano al límite superior los casos encontrados correspondan más a complicaciones OA casos que no ameriten seguimiento qué hay indicios de atención insegura y tipos de eventos que ameriten evaluación por el área de seguridad del paciente.</p>
<p>Estrategias para mejorar o mantener el indicador</p>	<p>-Continuar los Procesos de retroalimentación a los profesionales y continuar con la identificación de patrones o determinantes de re hospitalización que permitan dirigir planes de mejora eficaces para lograr la mejora del indicador.</p> <p>-Reporte para análisis por seguridad del paciente y aplicación de protocolo de Londres en los casos que corresponde.</p>

✓ **Índice de reintervenciones Quirúrgicas no programadas**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	ENERO	PROMEDIO
Índice de reintervenciones quirúrgicas no programadas	< 2% 2 - 2,5 % 2,5%	Trimestral			0,1%	0,4%		0,4%		0,7%				0,3%	0,4%

Tabla 46. Fuente: Tablero indicadores CMI-Sistema Indigo



Gráfica 34. Fuente: Tablero indicadores CMI-Sistema Indigo



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Análisis de Índice de reintervenciones Quirúrgicas no programadas

Meta sobresaliente del indicador	< 2%
Resultado del periodo del indicador	0.3% Cumple con la meta
Brecha con la meta	NA %
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No se dispone de indicador del mismo periodo el año anterior
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión en concurrencia de los casos detectados de re intervenciones asociadas a algún tipo De Falla o evento adverso relacionado con cirugía previa. - Búsqueda de casos de re intervenciones relacionadas con procedimiento quirúrgico previo en la revisión de casos de reingreso - Notificación a seguridad del paciente - Revisión de las bases de datos de procedimientos quirúrgicos en busca de los pacientes re intervenidos para detectar la intervenciones no inherentes a los procedimientos
Motivos de la desviación	<p>En el cuarto trimestre se detectaron 3 eventos de reintervención: tercer trimestre se documentaron 7 eventos de reintervenciones Relacionadas con procedimientos quirúrgicos previos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un caso del servicio de urología de paciente que requirió reintervención por obstrucción urinaria pos operatoria (Dr. Samer Houda). - Un caso del servicio de cirugía general paciente con colelitiasis, intervenido con CEPRE y colelap, requiere reintervención por aparición de fistula biliocutanea pos operatoria (Dra. Rico) - Un caso de ortopedia de reintervención en fractura de muñeca (Dr. Ángel Maldonado).
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>El indicador ha mantenido un nivel satisfactorio No obstante se considerará con el área de calidad si es necesario disminuir el indicador o medirlo mediante tasas dado el bajo número de re intervenciones con relación al total de intervenciones realizadas, lo anterior con el fin de generar alertas que nos permitan realizar acciones más rápidas en casos como los evidenciados en el tercer trimestre en que se presentaron eventos podríamos calificar de masivos de re intervenciones y que estuvieron centrados en una sola especialidad.</p> <p>Se mantendrán las estrategias ya implementadas para detectar casos de reintervención</p>



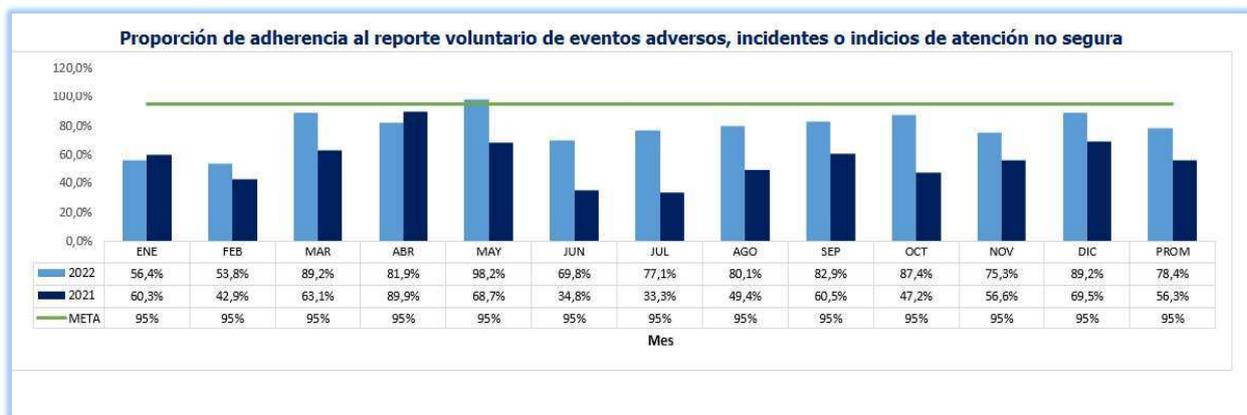
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **INDICADORES CON DESVIACIÓN- COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2022**

NOMBRE DE INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
Proporción de adherencia al reporte voluntario de eventos adversos, incidentes o indicios de atención no segura	≥ 95%	90-95%	< 90%	56,4%	53,8%	89,2%	81,9%	98,2%	69,8%	77,1%	80,1%	82,9%	87,4%	75,3%	89,2%	78,4%

Tabla 47. Fuente: Tablero General de Indicadores 2022



Grafica 35. Fuente: Tablero General de Indicadores 20

Análisis del Indicador

Meta sobresaliente del indicador	≥95%
Resultado del periodo del indicador	89.9% Anual:78.4%
Brecha con la meta	Vigencia 2021: 38.7% Vigencia 2022:16,6%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	56.3%
Estrategias implementadas	- Acompañamiento por parte de jefe de seguridad del paciente a los trabajadores con dudas e inquietudes del reporte por aplicativo



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

	<ul style="list-style-type: none"> - Se presentó en grupos primarios el resultado de análisis de los reportes voluntarios por servicio. -Aumentar para la vigencia 2022 en un 20% : Es importante resaltar que aunque no cumplimos con la meta indicada en ficha técnica , si estamos cumpliendo con las actividades que se proyectaron para la vigencia 2022 de mantener o aumentar en un 20% el reporte voluntario a comparación de como cerro la vigencia 2021.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> -Impacto el reporte activo de los reingresos de urgencias, rondas realizadas por epidemiología, seguridad del paciente y auditor médico de calidad. - Bajo reporte por parte de agremiaciones sobre eventos o fallas de calidad. - No se realizaron rondas para acompañamiento de reportes o incidentes para el último trimestre del año por no contar con jefe de seguridad del paciente.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusión dentro del programa de seguridad del paciente vigencia 2023 de estrategia la cual fue referenciada de Clínica la Sabana "La cámara del paciente" donde el objetivo es verificar la información socializada referente a temas relacionados con procesos seguros y reportes de eventos e incidentes para media los conocimientos del personal. - Promover por parte de auxiliar de enfermería del área de calidad la búsqueda activa por los diferentes servicios y agremiaciones de eventos adversos o incidentes.

✓ **INDICADORES COMITÉ DE SIAU**

CODIGO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
		Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida		RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
N-C-016 MF	Proporción de usuarios y cuidadores correctamente informados sobre las ayudas diagnósticas realizadas	> 95 %	90-95 %	< 90 %	Número de usuarios y cuidadores correctamente informados sobre las ayudas diagnósticas realizadas X 100 Total de usuarios encuestados	93,5%	94,6%	98,5%	98,0%	97,5%	100,0%	98,0%	92,5%	94,9%	96,8%	91,1%	92,1%	95,6%
N-C-017 MF	Índice combinado de satisfacción	> 7	5-7	< 5	Número de sugerencias*3 + Número de felicitaciones*5 X 100 Número de Quejas y reclamos.	9,5	11,1	16,0	25,2	8,4	6,0	8,9	20,3	10,3	20,0	8,9	6,8	12,6
N-C-018 MF	Índice de reclamaciones	< 2%	2% - 4%	> 4%	Número de reclamaciones al mes x 100 Total de usuarios atendidos en el mes	0,7%	0,6%	0,5%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%	0,8%	0,5%	0,6%	1,0%	0,7%
N-C-019 MF	Promedio de tiempo transcurrido para la respuesta a las manifestaciones de los usuarios	< 5 días	5-10 días	> 10 días	Sumatoria del tiempo transcurrido para la respuesta a las manifestaciones de los usuarios. Total de manifestaciones de los usuarios respondidas	5,2	5,2	5,4	5,5	4,5	3,8	4,0	5,3	5,6	5,5	6,7	5,0	5,1
N-C-020 MF	Proporción de manifestaciones gestionadas de entidades de pago (EAPB)	> 95 %	90-95 %	< 90%	Número de manifestaciones gestionadas de entidades de Pago x 100. Total de manifestaciones enviadas por la EAPB	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
N-C-243 MF	Proporción de usuarios satisfechos	> 95%	90-95 %	< 90%	Número de usuarios satisfechos x 100 Total de usuarios encuestados	96,0%	96,1%	99,0%	97,2%	97,1%	96,7%	95,8%	95,5%	95,4%	97,4%	94,8%	94,7%	96,3%
N-C-349 MF	Proporción de usuarios satisfechos con las instalaciones físicas.	> 95%	90-95 %	< 90%	Número de usuarios satisfechos con las instalaciones físicas x 100 Total de usuarios encuestados	99,0%	95,6%	99,5%	98,4%	98,3%	96,0%	97,6%	96,0%	96,9%	96,3%	98,4%	97,9%	97,5%

Tabla 48. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de ética



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

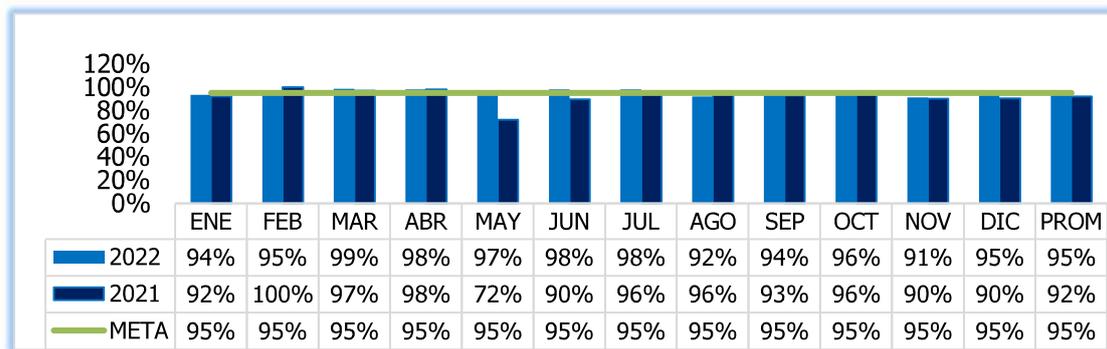


"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ Proporción de usuarios y cuidadores correctamente informados sobre las ayudas diagnósticas:

CODIGO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
		Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida		RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
N-C-016 MF	Proporción de usuarios y cuidadores correctamente informados sobre las ayudas diagnósticas realizadas	> 95 %	90-95 %	<90 %	Número de usuarios y cuidadores correctamente informados sobre las ayudas diagnósticas realizadas X 100 Total de usuarios encuestados	93,5%	94,6%	98,5%	98,0%	97,5%	100,0%	98,0%	92,5%	94,9%	96,8%	91,1%	92,1%	95,6%

Tabla 49. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de SIAU



Gráfica 36. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de SIAU

Análisis de la proporción de usuarios y cuidadores correctamente informados sobre las ayudas diagnósticas realizadas

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	Se evidencia un incremento positivo del 2.9%, lo cual arroja para el indicador una meta sobresaliente del 95.6%, teniendo en cuenta que en el año anterior la meta se encontraba en aceptable con un resultado del 92.7%.
Brecha con la meta	No aplica desviación.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	92.7%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de encuestas de satisfacción en los servicios de la institución lo cual permite conocer la percepción de los usuarios referente a la correcta información sobre las ayudas diagnósticas. - Por parte del personal encargado de la prestación del servicio se informa a los usuarios y cuidadores sobre los procedimientos requeridos con el propósito de brindar una clara información sobre el manejo en la institución,



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

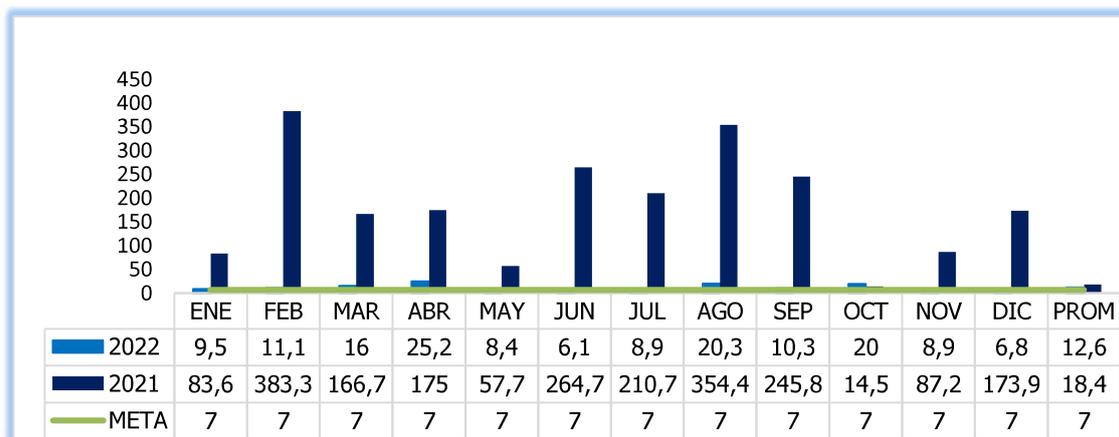


	igualmente se tiene en cuenta previamente el consentimiento para la realización de ayudas diagnósticas, lo cual aporta a la experiencia del usuario y a la comprensión del respectivo manejo en su estancia hospitalaria.
Motivos de la desviación	No aplica la desviación de este indicador.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	- Seguimiento a las observaciones manifestadas por los usuarios y dar continuidad a las estrategias planteadas para así seguir brindando una información clara y oportuna durante la prestación de los servicios.

✓ **Índice combinado de satisfacción**

CODIGO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
		Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida		RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
N-C-017MF	Índice combinado de satisfacción	>7	5-7	<5	$\frac{\text{Número de sugerencias} \times 3 + \text{Número de felicitaciones} \times 5}{\text{Número de Quejas y reclamos} \times 100}$	9,5	11,1	16,0	25,2	8,4	6,0	8,9	20,3	10,3	20,0	8,9	6,8	12,6

Tabla 50. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de SIAU



Gráfica 37. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de SIAU

Análisis de índice combinado de satisfacción

Meta sobresaliente del indicador	>7
Resultado del periodo del indicador	Se evidencia en el promedio del indicador que para el año 2021 se obtuvo un resultado del 18,7% con una meta sobresaliente la cual se ha mantenido para el año 2022 con un 12,6%.
Brecha con la meta	No aplica desviación.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	18,4%
Estrategias implementadas	<p>Rondas de SIAU y recolección de encuestas de satisfacción con el fin de conocer la experiencia de los usuarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento a los mecanismos de participación ciudadana: buzones de sugerencias y veedurías en salud, para la recolección oportuna de las manifestaciones por parte de los usuarios. - Atención oportuna a las reclamaciones manifestadas por los usuarios y/o familiar
Motivos de la desviación	No se presentó desviación del indicador
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento y socialización de las PQRSF manifestadas por los usuarios y consolidarla en base de datos del siau para así evidenciar los motivos reiterativos de inconformidad y las felicitaciones plasmadas de los usuarios satisfechos de la atención que se brinda en la clínica.

✓ **Índice de reclamaciones**

CODIGO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
		Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida		RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
N-C-018 MF	Índice de reclamaciones	< 2%	2% - 4%	> 4%	$\frac{\text{Número de reclamaciones al mes} \times 100}{\text{Total de usuarios atendidos en el mes}}$	0,7%	0,6%	0,5%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%	0,8%	0,5%	0,6%	1,0%	0,7%

Tabla 51. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de SIAU

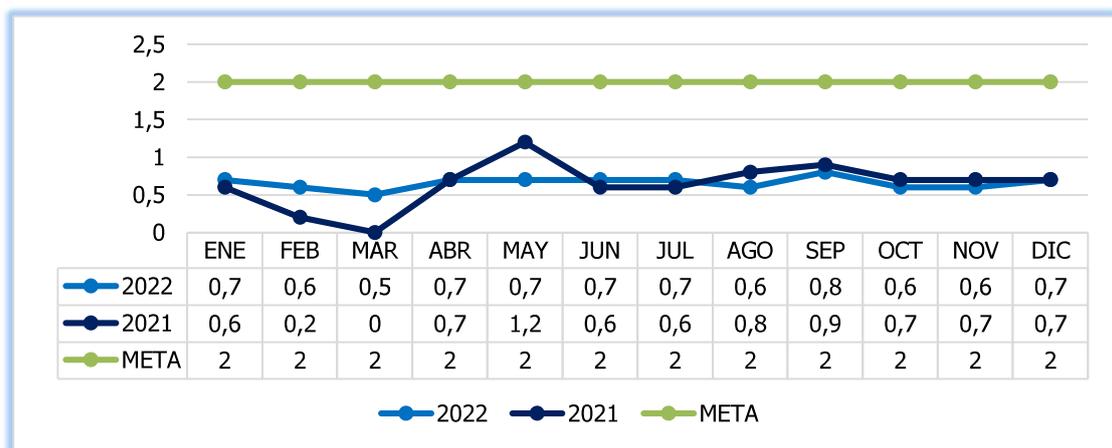


Gráfico 38. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de SIAU



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Análisis de índice combinado de satisfacción

Meta sobresaliente del indicador	<2%
Resultado del periodo del indicador	Se cumplió la meta de indicador siendo este resultado de un 0,7% para el año 2022 al igual que en el año 2021.
Brecha con la meta	No aplica desviación.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	0,7%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar de manera mensual encuestas de satisfacción para conocer la percepción de los usuarios en cuanto al servicio que se brinda en la institución. - Consolidar y gestionar las reclamaciones que se presentan por los usuarios a través de los buzones de sugerencia, oficina de SIAU, correo electrónico y vía telefónica.
Motivos de la desviación	No aplica
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Análisis y seguimiento de las reclamaciones referidas por los usuarios, promoviendo acciones que aporten a la satisfacción y a un servicio de calidad.

✓ **Promedio del tiempo transcurrido para la respuesta a las manifestaciones de los usuarios**

CODIGO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
		Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida		RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO										
N-C-019 MF	Promedio de tiempo transcurrido para la respuesta a las manifestaciones de los usuarios	< 5 días	5- 10 días	> 10 días	Sumatoria del tiempo transcurrido para la respuesta a las manifestaciones de los usuarios. Total de manifestaciones de los usuarios respondidas	5,2	5,2	5,4	5,5	4,5	3,8	4,0	5,3	5,6	5,5	6,7	5,0	5,1

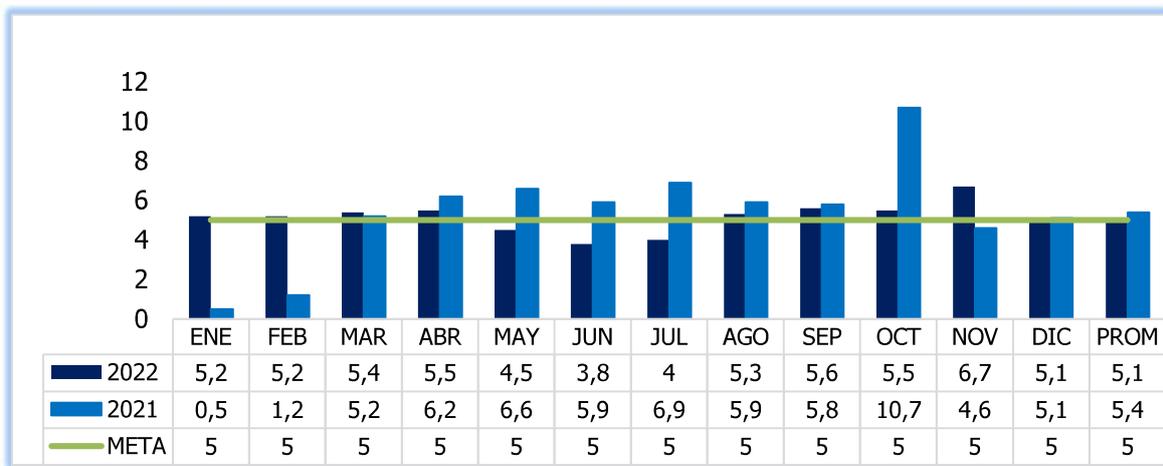
Tabla 52. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de SIAU



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



Gráfica 39. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de SIAU

Análisis de promedio de tiempo transcurrido para la respuesta a las manifestaciones de los usuarios

Meta sobresaliente del indicador	< 5 días
Resultado del periodo del indicador	Para los años 2021 y 2022 se ha mantenido la meta en aceptable con un resultado de 5 días para la respuesta a manifestaciones de los usuarios.
Brecha con la meta	No aplica desviación.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	5,4%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar nivel de relevancia de las manifestaciones de los usuarios y se reportan al área pertinente para análisis y seguimiento, para después proceder a generar la respectiva respuesta. - Se ha estimado tiempos de respuesta para realizar trazabilidad de los casos presentados.
Motivos de la desviación	Se presenta desviación debido a que se han prolongado los tiempos en el análisis de los casos, a lo cual es necesario la implementación de nuevas estrategias para emitir respuesta a la manifestación de inconformidades en tiempo menor de 5 días.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Dar cumplimiento con los tiempos establecidos en el procedimiento de manifestaciones, para la trazabilidad con el fin de emitir respuesta oportuna a los usuarios y a las EAPB.



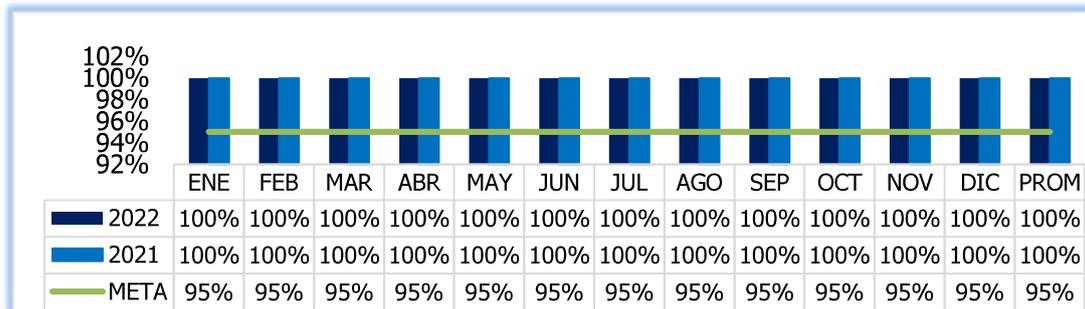
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Proporción de manifestaciones gestionadas de entidades de pago**

CODIGO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
		Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida		RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
N-C-020 MF	Proporción de manifestaciones gestionadas de entidades de pago (EAPB)	> 95 %	90-95 %	< 90%	$\frac{\text{Número de manifestaciones gestionadas de entidades de Pago} \times 100}{\text{Total de manifestaciones enviadas por la EAPB}}$	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 53. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de SIAU



Gráfica 40. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de SIAU

Análisis de proporción de manifestaciones gestionadas por las entidades de pago

Meta sobresaliente del indicador	100%
Resultado del periodo del indicador	En 100% se ha mantenido el presente indicador en cuanto a la gestión de las EAPB durante el año 2021 y 2022.
Brecha con la meta	No aplica desviación.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	100%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Captación, gestión y respuesta de las PQRS presentadas por parte de las EAPB. - Para el año 2022 se dio respuesta a 97 requerimientos principalmente de la EPS Famisanar, compensar y ARL Sura.
Motivos de la desviación	No aplica desviación del indicador.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento a los casos recibidos por parte de las EAPB y generar respuesta oportuna a los mismos, con el fin de aumentar su satisfacción.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Proporción de usuarios satisfechos**

CODIGO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	ROMEDIO	
		Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida		RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
N-C-243 MF	Proporción de usuarios satisfechos	> 95%	90-95%	< 90%	$\frac{\text{Número de usuarios satisfechos} \times 100}{\text{Total de usuarios encuestados}}$	96,0%	96,1%	99,0%	97,2%	97,1%	96,7%	95,8%	95,5%	95,4%	97,4%	94,8%	94,7%	96,3%

Tabla 54. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de SIAU

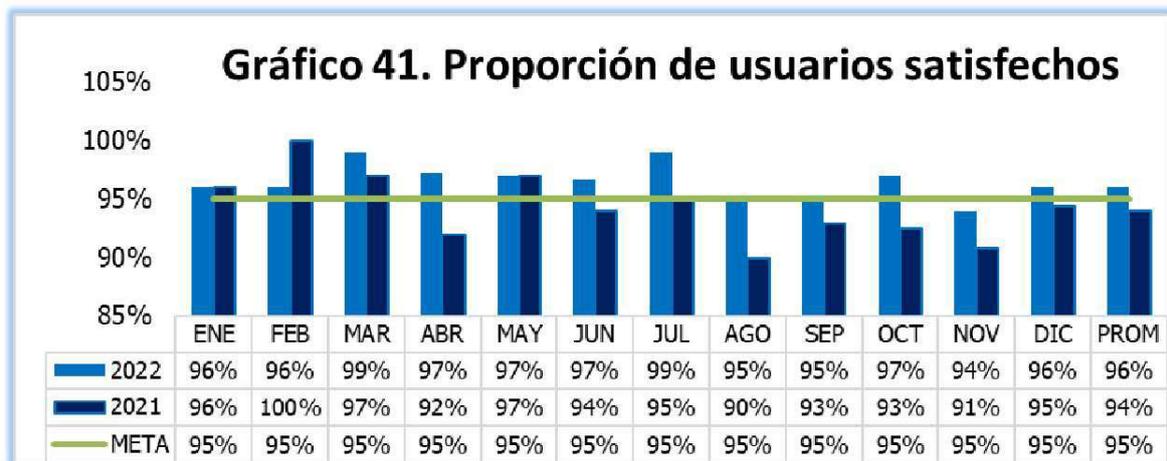


Gráfico 41. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de SIAU

Análisis de proporción de usuarios satisfechos

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	96,3% con un incremento positivo para el año 2022 debido a que en el año 2021 la satisfacción global se encontraba en una meta aceptable siendo esta del 94,7.
Brecha con la meta	No aplica desviación.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	94,7%
Estrategias implementadas	Se han desarrollado las siguientes estrategias para conocer la satisfacción de los usuarios, la cuales son: <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar encuestas de satisfacción para conocer la calificación de los usuarios de acuerdo a su experiencia en los servicios hospitalarios y ambulatorios. - Seguimiento y socialización a las manifestaciones dadas por parte de los usuarios.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

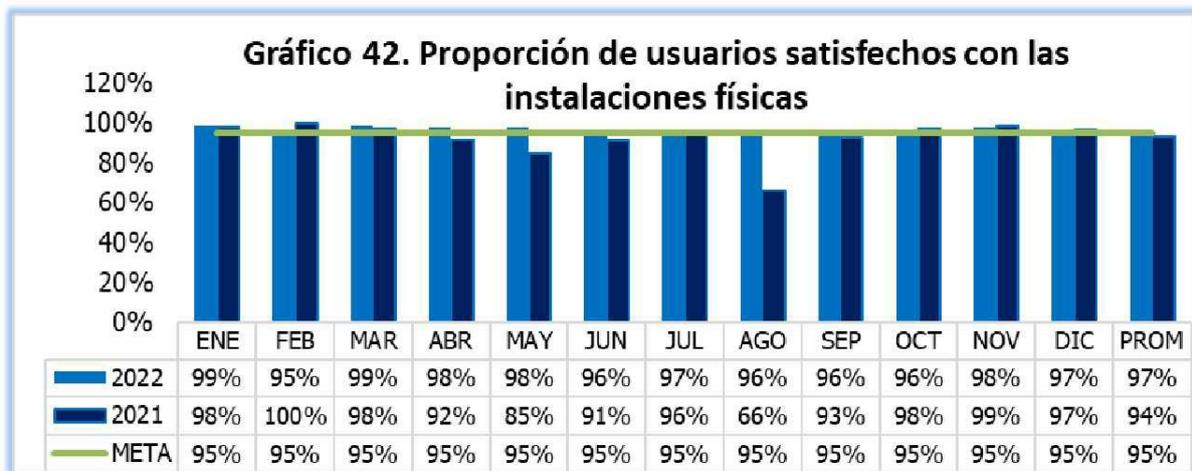


	- Realizar rondas de SIAU igualmente escuchar a los usuarios, con el fin de conocer sus observaciones frente a la experiencia obtenida en la institución.
Motivos de la desviación	No aplica desviación para este indicador.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento a lo expresado por los usuarios en harás de aumentar la satisfacción de los mismo. - Fomentar estrategias para seguir aumentando el tamaño de la muestra y de esta manera continuar analizando los resultados.

✓ **Proporción de usuarios satisfechos con las instalaciones físicas**

CODIGO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECEMBER	ROMEDIO
		Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida		RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
N-C-349 MF	Proporción de usuarios satisfechos con las instalaciones físicas.	> 95%	90-95 %	< 90%	$\frac{\text{Número de usuarios satisfechos con las instalaciones físicas} \times 100}{\text{Total de usuarios encuestados}}$	99,0%	95,6%	99,5%	98,4%	98,3%	96,0%	97,6%	96,0%	96,9%	96,3%	98,4%	97,9%	97,5%

Tabla 55. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de SIAU



Gráfica 42. Fuente: Tablero general de indicadores 2022 comité de SIAU

Análisis de proporción de usuarios satisfechos con las instalaciones físicas

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	97,5% con un cumplimiento de una meta sobresaliente para el año 2022 ya que en el año 2021 la meta se encontraba en aceptable con un resultado del 94,7%.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Brecha con la meta	No aplica desviación.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	94,7%
Estrategias implementadas	- Con la aplicación de encuestas a los usuarios se evidencia cuál es su percepción en cuanto a las instalaciones físicas de la institución, y se socializan las sugerencias manifestadas por los usuarios para el respectivo seguimiento.
Motivos de la desviación	No se presenta desviación del indicador.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	- Socializar los resultados y observaciones de los usuarios para su respectivo análisis e implementación de acciones de mejora.

✓ **Gestión de manifestaciones de los usuarios:**

Para la recopilación de las manifestaciones generadas por los usuarios, se ha realizado seguimiento a los mecanismos de participación ciudadana a través de las siguientes estrategias:

- Recepción diaria de peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones desde la oficina del SIAU, correo institucional y línea telefónica.
- Apertura de buzones de sugerencias dos veces por semana.
- Recolección mensual de encuestas de satisfacción
- Rondas mensuales de SIAU en los servicios de la clínica.

De acuerdo a las anteriores estrategias a continuación se evidencia el comparativo de las PQRS presentadas durante la vigencia 2021-2022:



Gráfica 43. Fuente: Consolidado de manifestaciones

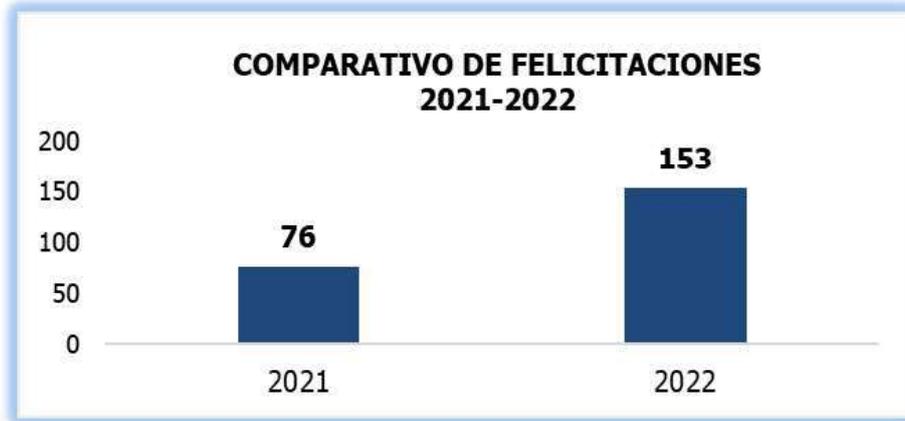
De acuerdo a comparativo de PQRS se analiza que en el año 2021 se gestionaron 239 manifestaciones de inconformismo por parte de los usuarios, sin embargo, para el año 2022 se evidencia un incremento con un



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



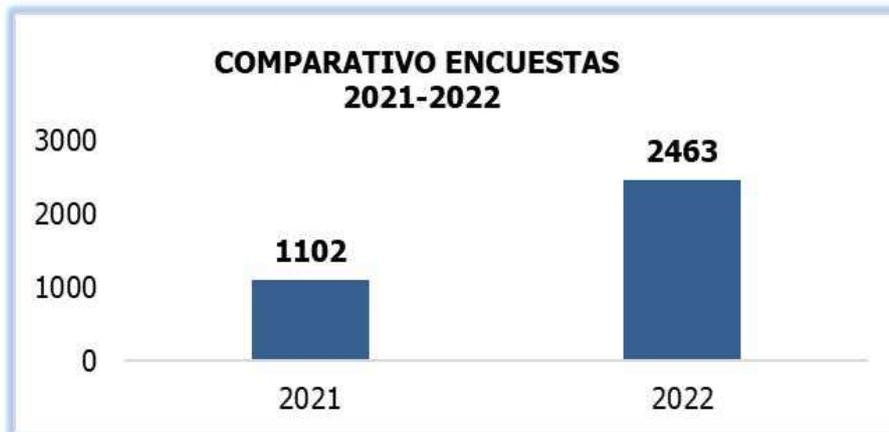
resultado de 321 manifestaciones que fueron resueltas; en donde varían sus causas siendo estas clasificadas por oportunidad, pertinencia médica, actitud, seguridad y continuidad.



Gráfica 44. Fuente: Consolidado de manifestaciones

De acuerdo a las felicitaciones recibidas, se evidencia en el comparativo que para el año 2022 se alcanzó el mayor número de felicitaciones para los diferentes servicios hospitalarios y de consulta externa; siendo estas de 153 debido a que en el año 2021 se obtuvieron 76 felicitaciones.

✓ **Recolección de encuestas de satisfacción:**



Gráfica 45. Fuente: Consolidado de encuestas de satisfacción

Las encuestas de satisfacción se aplican a los usuarios que acceden a los diferentes servicios hospitalarios y ambulatorios, en donde se analiza que para el año 2022 se obtuvo el mayor número de encuestas recolectadas siendo este resultado de 2463; ya que al comparar con el año 2021 únicamente se diligenciaron 1102 encuestas de satisfacción.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **INDICADORES DE COMITÉ DE INFECCIONES Y PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida		RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de la guía de traslado de pacientes con aislamiento	> 95%	90-95%	< 90%	Número de criterios cumplidos en la aplicación de la guía de traslado de pacientes con aislamiento x100 Total de criterios Evaluados	97,40%	96,10%	95,40%	95,60%	95,40%	96,10%	95,80%	97,50%	95,40%	94,70%	95,60%	93,70%	95,20%
Índice de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	< 2,3%	2,5 - 3,0 %	> 3,0 %	Número de pacientes con IAAS en el periodo x100 Total de egresos hospitalarios Total de días estancia	1,80%	1,90%	1,40%	2,70%	1,50%	1,80%	1,40%	1,20%	1,30%	0,70%	1,80%	1,80%	1,70%
Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	< 3 x 1000	5-10 X 1000	> 10 X 1000	Número de casos de infección asociada a la atención en salud x 1000 Total de días estancia	3,47	1,88	1,70	1,83	1,36	1,7	1,18	1,11	1,10	1,51	1,84	1,9	1,69
Tasa de Bacteremia asociada a catéter central	< 5 X 1000	5-10 X 1000	> 10 X 1000	Número de pacientes con Bacteremia Asociada al uso de Catéter Central x 1000 Total de días paciente con exposición a catéter central en el periodo	5,21	4,98	0	6,37	0	0	8,21	0	0	0	0	6,38	3,74
Índice de Infecciones de Localización quirúrgica	< 2,3%	2,5 - 3,0 %	> 3,0 %	Número de infecciones de localización quirúrgica x 100 Total de cirugías realizadas en el periodo	0,80%	0,40%	0,60%	0,40%	0,80%	0,80%	0,80%	0,20%	0,80%	0,30%	0,80%	0,40%	0,60%
Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de las precauciones de aislamiento por el personal asistencial	> 95%	90-95%	< 90%	Número de criterios cumplidos en la aplicación de las precauciones de aislamiento por el personal asistencial x 100 Total de criterios evaluados de aislamientos chequeados durante el periodo	90,10%	98,00%	93,60%	96,00%	99,20%	96,20%	99,50%	93,20%	95,20%	90,00%	94,60%	95,00%	94,00%
Índice de IAAS por alto aislamiento	No se establece ya que se trata de proporción	No se establece ya que se trata de proporción	No se establece ya que se trata de proporción	IC de alto aislamiento asociado a la atención en salud por alto aislamiento x 100 Total de infecciones asociadas a la atención en salud	7%	4%	2%	5%	2%	4%	2%	3%	3%	4%	4%	4%	3%
Índice de mortalidad asociada a las infecciones asociadas al cuidado de la salud	< 7%	7% a 10%	> 10%	NI de mortalidad asociada a IAAS x 100 Total IAAS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Proporción de cumplimiento el plan de trabajo de esterilización	> 98%	95% - 98 %	< 95 %	Número de actividades según cronograma x 100 Total de actividades programadas en el periodo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Índice de infecciones asociadas a transfusiones de hemocomponentes	< 2,3	2,5 - 3,0 %	> 3	Número de infecciones asociadas a la transfusión de hemocomponentes x 100 Total de hemocomponentes transfundidos en el periodo	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
Proporción de criterios cumplidos en la aplicación del manual de limpieza y desinfección	> 95 %	90-95%	< 90%	NI de criterios cumplidos según el manual de limpieza y desinfección x 100 Total de criterios evaluados	96,40%	98,10%	98,90%	95,60%	93,90%	96,30%	97,60%	96,20%	97,60%	96,90%	96,00%	97,00%	96,20%

Tabla 56. Fuente: Tablero General de Indicadores 2022

En este informe se quiere ilustrar el resultado de los indicadores presentados en el comité de infecciones y programa de optimización de antibióticos con corte al 31 de diciembre del 2022, con relación a la vigencia del año 2021. Es importante tener en cuenta que, posterior a la actualización de la documentación utilizada en el seguimiento de los indicadores que se llevaron a cabo durante el transcurso de la vigencia 2022 y conforme a los establecido en el tablero de indicadores se realiza trazabilidad de 15 indicadores.

A continuación, se describe el avance que se ha logrado con cada uno de los indicadores a través de las diferentes actividades y estrategias establecidas que ayudaron a determinar las causas o impedimentos que se pueden presentar en su cumplimiento esto, con el fin de adelantar acciones correctivas, preventivas y de mejora que faciliten alcanzar los resultados planificados.

✓ **PROPORCIÓN DE CRITERIOS CUMPLIDOS EN LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TRASLADO DE PACIENTES CON AISLAMIENTO**

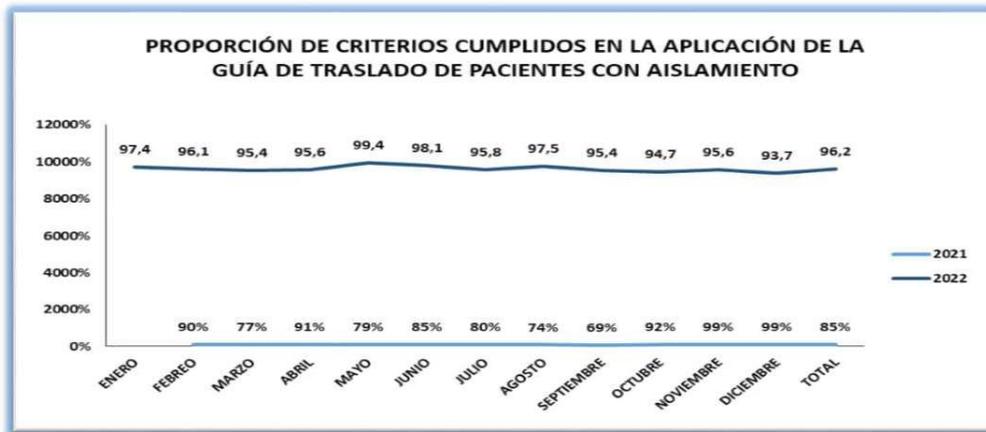
NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida		RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO								
Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de la guía de traslado de pacientes con aislamiento	> 95%	90-95%	< 90%	Número de criterios cumplidos en la aplicación de la guía de traslado de pacientes con aislamiento x100 Total de criterios Evaluados	97,40%	96,10%	95,40%	95,60%	99,40%	98,10%	95,80%	97,50%	95,40%	94,70%	95,60%	93,70%	95,20%

Tabla 57. Fuente: Tablero General de Indicadores 2022



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





Gráfica 46. fuente: formato F-CS-287 MF lista de chequeo adherencia al manual para la prevención, detección y control de IAAS

Análisis del indicador

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	93.7%
Brecha con la meta	1.3%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Para la vigencia 2021 se cerró con una desviación del 85%, en el año 2022 se evidencia un incremento positivo en el indicador de la proporción de criterios cumplidos en la aplicación de la guía de traslado de pacientes con aislamiento situando el indicador en 96.2%. Evidenciando una variación del 11.2%. El cumplimiento de meta se da por el seguimiento continuo en las rondas de seguridad que se implementan en la vigilancia epidemiológica activa y a la adherencia del cliente interno con el manual de prevención, detección y control de las infecciones asociadas a la atención en salud con relación al manejo del paciente con indicación de aislamiento.
Estrategias implementadas	Para el año 2022 se da un cumplimiento del 96.2%, manteniendo la meta establecida del indicador de acuerdo al seguimiento realizado, se evidencia cumplimiento de la meta del indicador dando ejecución a las estrategias planteadas. Se continua con fortalecimiento de la adherencia de manuales y protocolos instituciones.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Para el mes de diciembre se observa una desviación de 1.3% en el indicador al encontrar en la ronda de seguridad, unidades de aislamiento sin elementos como jabón para el correcto lavado de manos. ✓ Incumplimiento al primer momento del lavado de manos



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

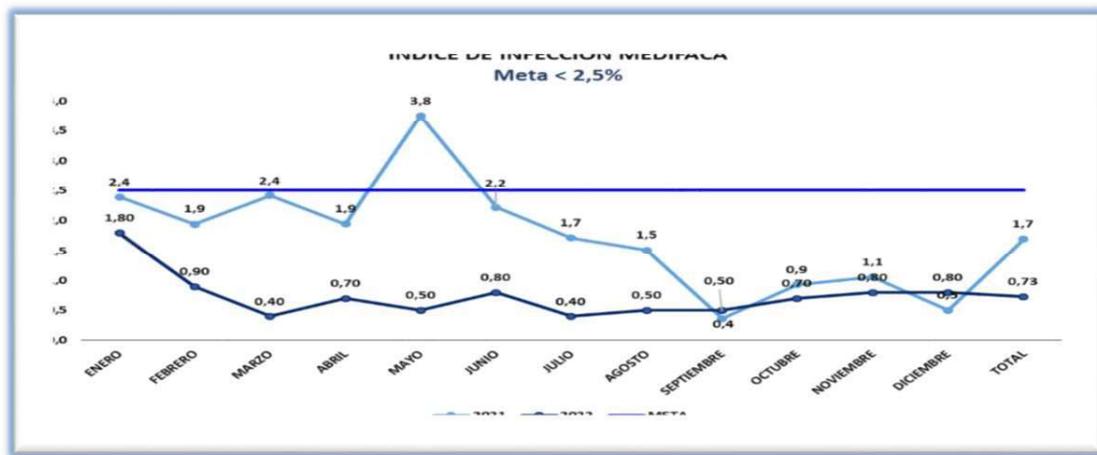


	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La infraestructura no cumple con lo requerido para la unidad de aislamiento (unidades sin lavamanos, los EPP son ubicados dentro de la unidad de aislamiento en mesas de comedor en ocasiones fuera de la unidad, además no cuentan con la ventilación correspondiente).
Estrategias para mejorar o mantener e indicador	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Seguimiento y análisis de la base de datos de aislamiento y se verifica en las rondas de seguridad la adherencia al manual de prevención, detección y control de las infecciones asociadas a la atención en salud, especialmente lo establecido para paciente con indicación de aislamiento. ✓ Realizar retroalimentación al personal sobre las falencias detectadas. ✓ Verificar si el paciente cumple con criterio clínico para la indicación de aislamiento. ✓ Realizar trazabilidad en el cumplimiento y adherencia al aislamiento de cohorte, con el fin de mantener disponibilidad de las bipersonales, promoviendo así la oportunidad en el giro cama. ✓ Aplicar procesos evaluativos al personal que es identificado con debilidad en el conocimiento de los tipos de aislamiento y técnica de lavado de manos para así iniciar seguimiento continuo durante aprendizaje.

✓ **INDICE DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida		1,80%	0,90%	0,40%	0,70%	0,50%	0,60%	0,40%	0,50%	0,50%	0,70%	0,80%	0,80%	0,70%
Índice de infecciones Asociadas a la Atención en Salud	< 2,5%	2,5 - 3,0 %	>3,0 %	$\frac{\text{Número de pacientes con IAAS en el periodo}}{\text{Total de egresos hospitalarios}} \times 100$	1,80%	0,90%	0,40%	0,70%	0,50%	0,60%	0,40%	0,50%	0,50%	0,70%	0,80%	0,80%	0,70%

Tabla 58. Fuente: Tablero General de Indicadores 2022



Grafica 47. fuente: whonet- rondas de seguridad



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Análisis del indicador

Meta sobresaliente del indicador	<2.5%
Resultado del periodo del indicador	0.80%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Para la vigencia 2021 se cerró con una desviación del 1.7%, Para el año 2022 se sitúa el indicador en 0.70% logrando una disminución positiva del 0.97%. De acuerdo al desarrollo y ejecución oportuna de las estrategias planteadas para el indicador en mención.
Estrategias implementadas	De acuerdo a la evaluación aplicada a 119 funcionarios asistenciales, se evidencia que del 100% del personal asistencial evaluado, un 71% cumple con conocimiento y adherencia al manual de IAAS y el 29% de este personal se identificaron falencias de conocimiento y adherencia al manual de prevención, detección y control de las infecciones asociadas a la atención en salud. Se sugiere reforzar seguimiento y acompañamiento continuo al personal por parte de los gestores y jefes inmediatos en cuanto a competencia laboral y desarrollo de la ejecución de actividades en el servicio hospitalario.
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intensificar las rondas de seguridad en los diferentes servicios hospitalarios. ✓ Seguimiento a diario de reportes emitidos por laboratorio clínico para la identificación de criterios que cumplan con definición de casos para Infecciones asociadas a la atención en salud. ✓ Seguimiento oportuno de los pacientes con factores de riesgo que podrían desencadenar procesos infecciosos. ✓ Realizar análisis de casos confirmados por la especialidad de infectología. ✓ Revisión y ajustes de forma mensual de base whonet, de acuerdo a seguimientos realizados con laboratorio clínico. ✓ Notificar al SIVIGILA de infecciones asociadas a la atención en salud por uso de dispositivos o procedimientos quirúrgicos como colecistectomía, herniorrafia y vascularización miocárdica. ✓ Retroalimentar la personal asistencial, sobre aplicación de medidas oportunas para evitar infecciones cruzadas. ✓ Verificación de la aplicación de bundles establecidos en el manual de IAAS, para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud. ✓ Análisis oportunos en protocolos de Londres según caso reportado a seguridad de paciente.



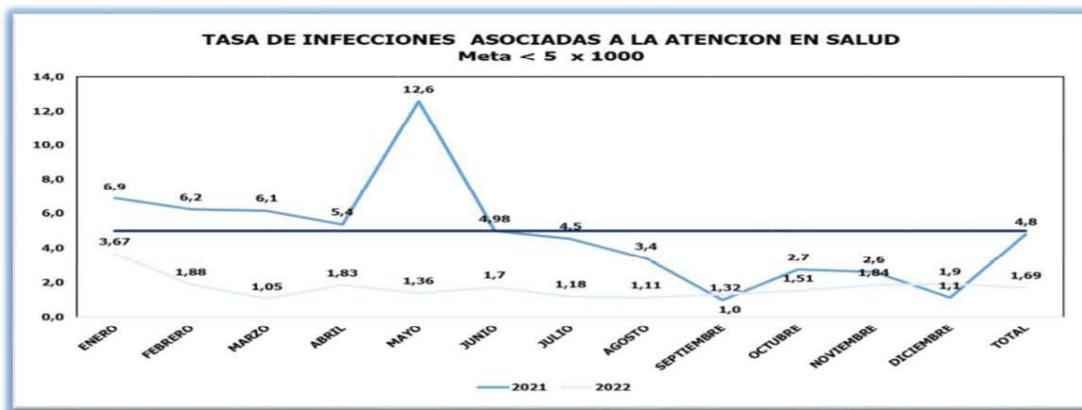
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **TASA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida														
Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	< 5 x 1000	5-10 X 1000	> 10 X 1000	Número de casos de infección asociada a la atención en salud x 1000 Total de días estancia	3,67	1,88	1,05	1,83	1,36	1,7	1,18	1,11	1,32	1,51	1,84	1,9	1,69

Tabla 59. Fuente: Tablero General de Indicadores 2022



Grafica 48. fuente: whonet- rondas de seguridad

Análisis del indicador

Meta sobresaliente del indicador	<5 x 1000
Resultado del periodo del indicador	1.9
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Con relación del año 2021 la tasa de infecciones se ubica en 4,8, durante el año 2022 se sitúa el indicador en 1.69. observando una disminución positiva de 3.1. del indicador.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diligenciamiento de listas de chequeo relacionada dispositivos ✓ Rondas de seguridad en la unidad de cuidados intensivos ✓ Seguimiento días uso dispositivos invasivos (catéter venoso central, sonda vesical, ventilador mecánico). Anexo 3 ✓ Verificación diligenciamiento lista de chequeo en el servicio de UCI. ✓ Aplicación de bundles establecidos para la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud por dispositivos.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

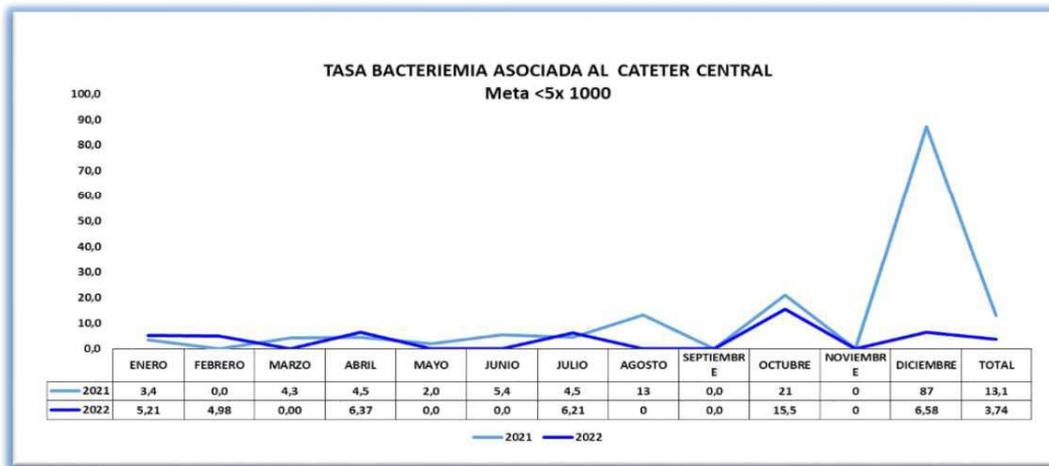


Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documentación y adopción del programa control de infecciones, según resolución 02471 del 9 de diciembre del 2022, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social. ✓ Implementación de tamizaje de identificación oportuna de colonización en pacientes con ingreso a la unidad de cuidados intensivos. (Hisopado rectal).

✓ **TASA DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER VENOSO CENTRAL**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplía														
Tasa de Bacteriemia asociada a catéter central	< 5 X 1000	5-10 X 1000	>10 X 1000	Número de pacientes con Bacteriemia Asociada al uso de Catéter Central x 1000 Total de días paciente con exposición a catéter central en el periodo	5,21	4,98	0	6,37	0	0	6,21	0	0	15,5	0	6,58	3,74

Tabla 60. fuente: whonet- rondas de seguridad



Gráfica 49. Fuente: whonet- rondas de seguridad verificar 2021 dic

Análisis del indicador

Meta sobresaliente del indicador	<5 x 1000
Resultado del periodo del indicador	6,58



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	En el 2021 se cierra el indicador con una tasa de 13.1, en comparación al año 2022 se observa una disminución de 71% de del indicador situándolo para la vigencia 2022 en 3.74.
Brecha con la meta	1.58
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ retroalimentación de hallazgos durante la ronda de seguridad al personal médico y enfermería. ✓ Seguimiento a cumplimiento de mantenimiento del dispositivo "curaciones" ✓ Capacitación sobre toma de hemocultivos. ✓ Identificación de dispositivos extra institucionales.
Motivos de la desviación	<p>Para los meses de enero, abril, julio, octubre y diciembre del año 2022, de acuerdo al seguimiento realizado al indicador, se evidencia desviación del indicador por la presencia de casos confirmados para bacteriemia asociada a catéter venoso central.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La falta de insumo en la institución de gasa para la realización de curación ✓ Toma de hemocultivos del catéter central y no de lugares periféricos ✓ Técnica inadecuada en la toma de los hemocultivos. ✓ Toma de muestra de hemocultivos por el personal auxiliar de enfermería siendo este un procedimiento delegado al profesional como está establecido en el protocolo toma de muestras. ✓ Rotulo de identificación incorrecto en las muestras tomadas. <p>Para el último trimestre del año 2022, de desviación del indicador se da por la disminución de uso dispositivo en la unidad de cuidados intensivos</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Notificar oportunamente los casos de infección de torrente sanguíneo asociado a catéter central. ✓ Seguimiento días de exposición al catéter venoso central. ✓ Diligenciamiento formato de uso dispositivo en busca de factores de riesgo causales de infecciones asociadas a la atención en salud.

✓ **ÍNDICE DE INFECCIONES DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida														
Índice de Infecciones de Localización quirúrgica	< 2,5%	2,5 - 3,0 %	> 3,0	$\frac{\text{Número de Infecciones de Localización Quirúrgica}}{\text{Total de cirugías realizadas en el periodo}} \times 100$	0,80%	0,40%	0,00%	0,40%	0,30%	0,80%	0,30%	0,30%	0,80%	0,30%	0,90%	0,40%	0,40%

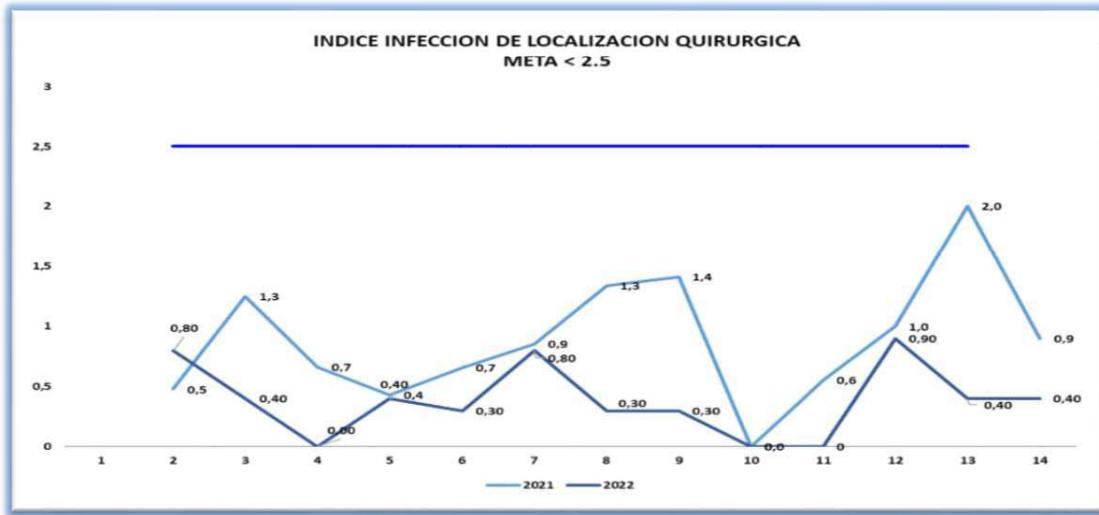
Gráfica 61. fuente: whonet- rondas de seguridad



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



Grafica 50. fuente: – formato seguimiento paciente quirúrgico

Análisis del indicador

Meta sobresaliente del indicador	<2,5%
Resultado del periodo del indicador	0,40
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	El año 2021 se situó el indicador en 0,90%, en comparación del año 2022 el indicador continúa cumpliendo con la meta establecida ubicando el índice en 0,40 evidenciando una disminución favorable del 44%.
Brecha con la meta	N/A
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ronda de seguimiento paciente quirúrgico. ✓ Revisión y seguimiento a la programación de cirugía.
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificación del uso correcto de los quirófanos de acuerdo a complejidad de procedimiento. ✓ Cumplimiento en la adherencia del manual de IAAS, sobre uso correcto de uniforme quirúrgico. ✓ Cumplimiento de tiempos establecidos para limpieza y desinfección del quirófano. ✓ Diligenciar y analizar a diario base de datos paciente quirúrgico.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **PROPORCIÓN DE CRITERIOS CUMPLIDOS EN LA APLICACIÓN DE LAS PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO POR EL PERSONAL DE SALUD.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de las precauciones de aislamiento por el personal de salud	> 95%	90-95%	< 90%	$\frac{\text{Número de criterios cumplidos en la aplicación de las precauciones de aislamiento por el personal asistencial} \times 100}{\text{Total de criterios evaluados de aislamientos chequeados durante el periodo}}$	90,10%	98,90%	93,60%	96,00%	99,30%	96,20%	99,30%	95,20%	95,50%	98,00%	94,60%	95,00%	96,00%

Tabla 62. fuente: whonet- rondas de seguridad



Grafica 51. fuente: formato F-CS-287 MF lista de chequeo adherencia al manual para la prevención, detección y control de IAAS

Análisis del indicador

Meta sobresaliente del indicador	≥95%
Resultado del periodo del indicador	95%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Para la vigencia 2021 se cerró con una desviación del 88%. Para el 2022 el cumplimiento está situado en el 96%, mejorando la adherencia del indicador en un 8%.
Brecha con la meta	NA
Estrategias implementadas	Para el año 2022 se mantiene el indicador en la meta establecida con un cumplimiento del 96%, se evidencia mejora en la adherencia del indicador con base a las siguientes estrategias:
Motivos de la desviación	✓ Unidades hospitalarias que no cumplen como unidades de aislamiento en el servicio de urgencias
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Seguimiento continuo a los servicios hospitalarios que tengan en estancia con pacientes aislados. ✓ Revisión de historias clínicas de manera diaria de lunes a viernes. ✓ Apoyo de enfermera y auxiliar para las actividades de los eventos en salud pública e infecciones. ✓ Evaluar Adherencia y cumplimiento de criterios de aislamiento.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **ÍNDICE DE IAAS POR SITIO ANATÓMICO**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO	
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida															
Índice de IAAS por sitio anatómico	No se establece ya que se trata de proporción	No se establece ya que se trata de proporción	No se establece ya que se trata de proporción	$\frac{\text{Nº de infecciones asociada a la cuidado de salud por sitio anatómico} \times 100}{\text{Total de infecciones asociadas a la atención en salud}}$	7%	4%	2%	3%	2%	4%	2%	3%	3%	4%	4%	4%	4%	3%

Tabla 63. fuente: whonet- rondas de seguridad



Gráfica 52. fuente: whonet- rondas de seguridad

Análisis del indicador

Meta sobresaliente del indicador	No establece meta
Resultado del periodo del indicador	3%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	En el año 2021 situó el indicador en 11,1, para la vigencia del año 2022 se situó en 3%, evidenciando una disminución del indicador en un 8.1% con relación del año anterior.
Brecha con la meta	N/A
Estrategias implementadas	De acuerdo al seguimiento se verifican 1870 reportes positivos de cultivos emitidos de laboratorio clínica del año 2022. Para la vigencia del año en mención se confirman 66 infecciones analizadas con el apoyo del área de infectología.
Motivos de la desviación	No hay una desviación de indicador a no contar con una meta establecida, sin embargo, de acuerdo a la gráfica podemos evidenciar la disminución de las infecciones asociadas a la atención en salud en el año 2022 a comparación del año 2021. Esta disminución se da por la intensificación de la vigilancia activa.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



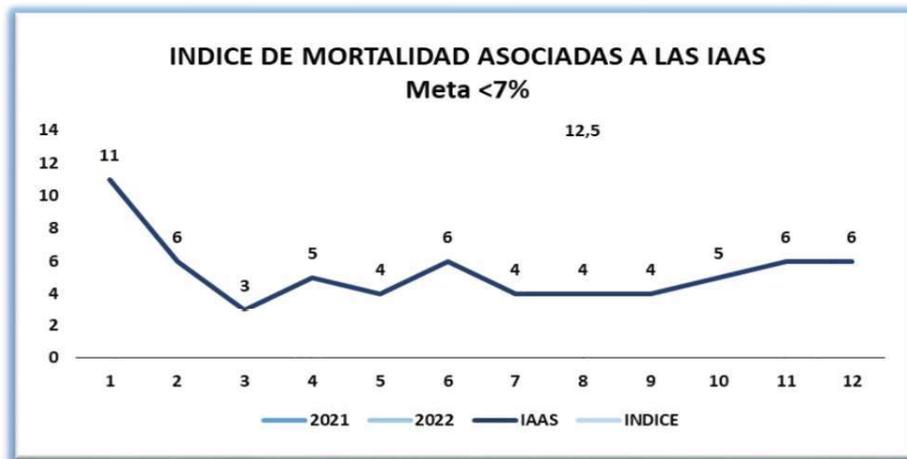
Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- ✓ Intensificar las rondas de seguridad en los diferentes servicios hospitalarios.
- ✓ Seguimiento a diario de reportes emitidos por laboratorio clínico para la identificación de criterios que cumplan con definición de casos para Infecciones asociadas a la atención en salud.
- ✓ Seguimiento oportuno de los pacientes con factores de riesgo que podrían desencadenar procesos infecciosos.
- ✓ Realizar análisis de casos confirmados por la especialidad de infectología.
- ✓ Revisión y ajustes de forma mensual de base whonet, de acuerdo a seguimientos realizados con laboratorio clínico.
- ✓ Notificar al SIVIGILA de infecciones asociadas a la atención en salud por uso de dispositivos o procedimientos quirúrgicos como colecistectomía, herniorrafia y vascularización miocárdica.
- ✓ Retroalimentar la personal asistencial, sobre aplicación de medidas oportunas para evitar infecciones cruzadas.
- ✓ Verificación de la aplicación de bundles establecidos en el manual de IAAS, para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.
- ✓ Análisis oportunos en protocolos de Londres según caso reportado a seguridad de paciente.

✓ **ÍNDICE DE MORTALIDAD ASOCIADA A LAS INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida														
Índice de mortalidad asociada a las infecciones asociadas al cuidado de la salud	< 7%	7% a 10%	> 10%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mortalidades asociadas a IAAS} \times 100}{\text{Total IAAS}}$	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Tabla 64. fuente: whonet- rondas de seguridad



Grafica 53. fuente: RUAF – Protocolo de Londres



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Análisis del indicador

Meta sobresaliente del indicador	<7%
Resultado del periodo del indicador	0
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Tanto para el año 2021 y 2022 el indicador se mantiene en 0 al no tener defunciones asociadas a infecciones, evidencias soportadas en análisis de defunciones RUAF y protocolos de Londres.
Brecha con la meta	N/A
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Seguimiento y análisis a los casos de defunciones ✓ Ajuste de causalidad dentro los primeros 7 días de acuerdo a lineamiento del ente de control.
Motivos de la desviación	NA
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Brindar capacitación sobre el proceso de digitalización de los certificados de defunción en historia clínica. ✓ Seguimiento al indicador de calidad y oportunidad de los certificados de defunción.

✓ **PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO AL PLAN DE TRABAJO DE ESTERILIZACIÓN**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida		RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO									
Proporción de cumplimiento al plan de trabajo de esterilización	> 98%	95% - 98%	< 95%	$\frac{\text{Número de actividades según cronograma}}{\text{Total de actividades programadas en el periodo}} \times 100$	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla 65. fuente: whonet- rondas de seguridad

Análisis del indicador

Meta sobresaliente del indicador	>98%
Resultado del periodo del indicador	Resultado del mes de diciembre
Brecha con la meta	4% positivo o negativo
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Tenemos una diferencia del 2% positivo



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se aplicar lista de chequeo al personal, en el mes noviembre, se seleccionó 1 persona; que consta de 20 criterios donde se evalúan a través del cumple, no cumple, no aplica C- NC-N. A. ✓ inspección de los equipos quirúrgicos, para determinar el funcionamiento de los mismos y así poder garantizar la integridad del paciente ✓ Verificación del manual de desinfección y el manual de reusó (limpieza, desinfección y almacenamiento de material estéril y limpio). ✓ Verificación del traslado del material sucio y estéril (contenedores). ✓ control y trazabilidad en los materiales de reusó con su empaque y fecha de caducidad (formato de verificación para auditoria F-C 165 MD y formato de verificación para auditoria F-C 165 MD) ✓ Ronda de equipo de alto impacto; se realiza 1 vez al mes por parte de biomédica, verificando y garantizando la funcionalidad del equipo. ✓ Solicitud de cultivos al laboratorio del instrumental que se maneja en las diferentes cirugías ✓ Lavadora termo sensible ya se encuentra en funcionamiento
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Daño de las cubetas y de los atomizadores de los diferentes contenedores de los servicios. ✓ Cambio de personal.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificación y auditoria de los procesos en diferentes turnos. ✓ Auditoria de los procesos que se realizan en la central de esterilización y las diferentes funciones del personal de esterilización. ✓ Capacitación y retroalimentación del personal nuevo sobre los procesos de desinfección y los productos que se utilizan en estos procesos. ✓ Reposición y cambios de los diferentes contenedores de los servicios.

✓ **ÍNDICE DE INFECCIONES ASOCIADAS A TRANSFUSIONES DE HEMOCOMPONENTES**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida		RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO									
Índice de infecciones asociadas a transfusiones de hemocomponentes	< 2,5	2,5 - 3,0 %	> 3	$\frac{\text{Número de infecciones asociadas a la transfusión de hemocomponentes} \times 100}{\text{Total de hemocomponentes transfundidos en el periodo}}$	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%

Tabla 66. fuente: whonet- rondas de seguridad



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Análisis del indicador**

Meta sobresaliente del indicador	2.5 – 3.0 %
Resultado del periodo del indicador	0 %
Brecha con la meta	No aplica
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	0 %
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacitación al personal de enfermería y médicos en reacciones adversas a la transfusión. ✓ Socialización de formato de reacciones adversas a la transfusión. ✓ Campaña de reporte RAT
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No aplica ✓ Análisis anual: para el año 2022 no se presentaron infecciones asociadas a la transfusión sanguínea, meta cumplida en apoyo con las estrategias implementadas.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacitaciones periódicas referentes a RAT. ✓ Auditorías a bancos de sangre.

✓ **PROPORCIÓN DE CRITERIOS CUMPLIDOS EN LA APLICACIÓN DEL MANUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN**

HOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida														
Proporción de criterios cumplidos en la aplicación del manual de limpieza y desinfección	> 95 %	90-95%	< 90%	Nº de criterios cumplidos según el manual de limpieza y desinfección x 100	96,90%	96,40%	96,90%	95,60%	95,90%	96,90%	97,00%	96,00%	97,00%	96,00%	96,00%	97,00%	96,50%
	Total de criterios evaluados																

Tabla 67. fuente: whonet- rondas de seguridad



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



Grafica 54. Fuente: Indicadores de Gestión Ambiental

Como se muestra en la gráfica, durante los meses de noviembre y diciembre los servicios de cirugía, torre administrativa y cafetín, Hemodinamia, áreas comunes, UCI 4° Piso, Hospitalización 3° y 4° piso presentan un cumplimiento del proceso de limpieza y desinfección por encima del 90%. Por otra parte, los servicios de Hospitalización 2° Piso, Urgencias y Ruta Sanitaria Presentan un cumplimiento aceptable en los criterios evaluados.

Analisis del indicador

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	Criterio de Resultado 88,7 % Aceptable Criterio de Proceso 87,12 % Aceptable
Brecha con la meta	Criterio de Resultado 6,3 % Negativa Criterio de Proceso 7,82 % Negativa
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	N/A
Estrategias implementadas	✓ Retroalimentación constante del personal de servicios generales.
Motivos de la desviación	✓ No adherencia a tiempos de acción de sustancias químicas, superficies sucias, piso opaco, No uso de formato para registrar proceso de L&D en unidades.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	✓ Realizar capacitaciones constantes para el personal de servicios generales. ✓ Rotulación oportuna de los insumos por parte del auxiliar de bodega de servicios generales.



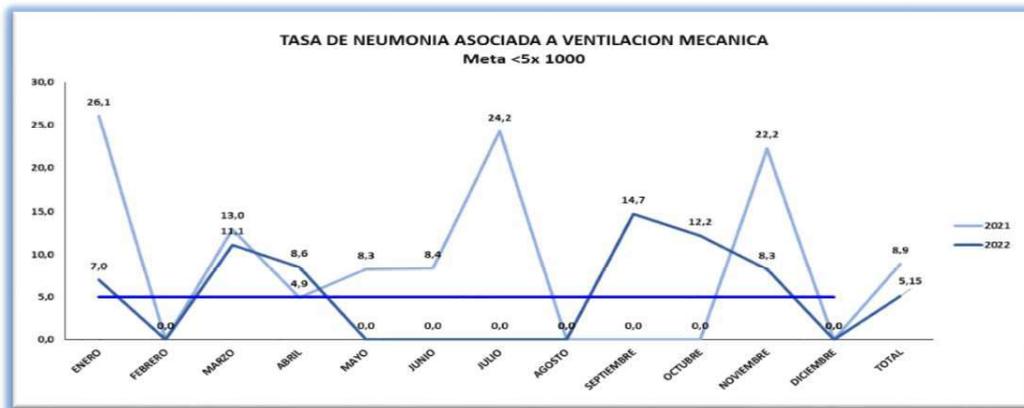
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **TASA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica	< 5 x 1000	5-10 X 1000	>10 X 1000	$\frac{\text{Número de casos de neumonía asociada a la ventilación en el periodo} \times 1000}{\text{Total de días paciente con exposición a ventilador en el mismo periodo}}$	6,99	0	11,11	8,55	0	0	0	0	14,71	12,2	8,26	0	5,15

Tabla 68. Fuente: whonet- rondas de seguridad



Grafica 55. Fuente: whonet- rondas de seguridad

Análisis del indicador

Meta sobresaliente del indicador	<5 x 1000
Resultado del periodo del indicador	5.15
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Para el año 2021 se observar una tasa de 8.9, con relación al año 2022 la tasa de Neumonía asociada a ventilación mecánica "NAV", se sitúa el indicador en 5.15 evidenciando una disminución del indicador satisfactoria de 3.75.
Brecha con la meta	0.15
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se realiza seguimiento de dispositivos invasivos en especial ventilación mecánica. ✓ Seguimiento a la aplicación a lista de chequeo NAV ✓ Seguimiento días de exposición al ventilador mecánico. ✓ Uso oportuno en la higiene oral con clorhexidina bucal. ✓ Retroalimentación de hallazgos durante la ronda de seguridad al personal médico, enfermería y terapia respiratoria. ✓ Verificación de cumplimiento en el mantenimiento del dispositivo.
Motivos de la desviación	Aunque no se evidencia una brecha de la meta alarmante durante el seguimiento del indicador, se continua con el seguimiento a pacientes con



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	ventilación mecánica invasiva pertenecientes a unidad de cuidados intensivos, en el año 2022 se realiza vigilancia a 1280 días de exposición a ventilación mecánica. La disminución de días exposición hace que haya una variación del indicador generando incremento en la tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de competencia laboral del personal asistencial, sobre el manejo del paciente crítico. ✓ Implementación en la realización de lavado bronco alveolar para la confirmación de NAV.

✓ **TASA DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS ASOCIADA A CATÉTER VESICAL**

META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida	Número de pacientes con infección de vías urinarias asociada al uso de catéter vesical x1000 Total de días presente con exposición a catéter vesical en el mismo periodo	12,58	7,94	7,46	0	0	9,26	6,94	0	10,53	0	0	14,29	6,25
< 5 X 1000	5-10 X 1000	> 10 X 1000														

Tabla 69. fuente: whonet- rondas de seguridad



Gráfica 56. fuente: whonet- rondas de seguridad

Análisis del indicador

Meta sobresaliente del indicador	<5 x 1000
Resultado del periodo del indicador	Para el mes de diciembre se sitúa la tasa 4.29
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Para el año 2021 la tasa de infección por dispositivo urinario se situó en 15.2 se evidencio una desviación del indicador del 10.2, para el año 2022 se sitúa la tasa en 6.25, evidenciando la brecha con una disminución de manera positiva del 59%. Aunque



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	aún no se da un cumplimiento a la meta establecida, las estrategias a desarrollar las cuales se proyectaron hasta diciembre de 2022 han sido efectivas para minimización del riesgo de infecciones asociadas al dispositivo urinario.
Brecha con la meta	NA
Estrategias implementadas	<p>EL indicador se sitúa en una meta aceptable para lo cual se relacionan las estrategias realizadas para el mejoramiento del indicador en el año 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Seguimiento a pacientes con dispositivos de sonda vesical ✓ Intensificación de rondas de seguridad donde se retroalimenta al personal de hallazgos o fallas de calidad asociada al mantenimiento de la sonda vesical ✓ Seguimiento a cumplimiento de mantenimiento del dispositivo en circuito funcional, higiene, cambios característicos de la orina. ✓ Seguimiento días de exposición al catéter urinario. ✓ Retroalimentación de hallazgos durante la ronda de seguridad al personal médico y enfermería. ✓ Capacitación sobre técnica e inserción de sonda y toma de urocultivo. ✓ Identificación de dispositivos extra institucionales. ✓ Apoyo médico para la pertinencia en el uso del dispositivo
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rótulos incompletos en el dispositivo ✓ No se realiza cambio oportuno del dispositivo luego de 30 días como lo indica el protocolo. ✓ Mantenimiento inadecuado del dispositivo "cistoflo en el suelo, sondas sin fijación, incorrecta identificación". ✓ Higiene inadecuada de región genital. ✓ Uso del dispositivo sin criterio ✓ Uso de dispositivo en tiempos prolongados en su estancia hospitalaria ✓ Manipulación inadecuada en el material estéril utilizado durante el procedimiento.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener el indicador en meta sobresaliente de acuerdo lo planeado para el indicador < a 5 por cada 1000 pacientes. ✓ Verificar días usos dispositivos, corroborando la adecuada indicación y pertinencia del uso de sonda vesical. ✓ Talleres continuos de inserción y mantenimiento preventivo de sonda vesical ✓ Educación de los pacientes sobre las precauciones del uso de dispositivo sonda vesical.

✓ **INDICADORES CON DESVIACION**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO	
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida		RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO										
Proporción de prescripciones pertinentes de antibióticos	≥ 95%	90-95%	80-90%	Número de asociaciones pertinentes de antibióticos / 100	93,33%	91,67%	91,66%	92,50%	88,75%	90,20%	92,40%	88,00%	92,70%	88,50%	91,40%	88,50%	91,30%	
				Total de prescripciones evaluadas	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Proporción de criterios cumplidos en la adherencia a la profilaxis antibiótica	≥ 95%	90-95%	80-90%	IP de criterios cumplidos en la adherencia a la profilaxis antibiótica / 100	92,14%	92,86%	93,33%	91,67%	91,67%	92,00%	92,40%	90,90%	93,80%	93,50%	92,80%	90,90%	92,70%	92,70%
				Total de criterios aplicables	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabla 70. fuente: whonet- rondas de seguridad



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **INDICADOR PROPORCIÓN DE PRESCRIPCIONES PERTINENTES DE ANTIBIÓTICOS.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida														
Proporción de prescripciones pertinentes de antibióticos	> 95%	90-95%	<90%	Número de prescripciones pertinentes de antibióticos X 100 Total de prescripciones evaluadas	76,20%	81,30%	76,90%	72,70%	86,70%	90,30%	87,80%	88,60%	85,70%	89,50%	86,40%	88,50%	84,20%

Tabla 71. fuente: whonet- rondas de seguridad



Grafica 57. fuente: whonet- rondas de seguridad

Análisis del indicador

Meta sobresaliente del indicador.	>95 %
Resultado del periodo del indicador.	88,5% Mejora respecto al periodo anterior, en el consolidado del año se alcanza 84,2% que mejora el resultado del año anterior pero no alcanza la meta
Brecha con la meta	6,5% para el mes y 10,8% para el año
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	100% menor con relación al mismo periodo del año anterior, pero en el consolidado del año se supera el resultado del año anterior que fue del 76,5% frente al 84,2% de este año.
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicación de estrategia PROA: Interconsulta infectología pacientes con antibióticos de control por programa, interconsulta paciente infectados UCI intensivos/UCI intermedios y seguimiento formato de prescripción de antibióticos para cada antibiótico que se formule en la institución. ✓ Retroalimentación a profesionales sobre prescripción antibióticos. ✓ Seguimiento a prescripción de antibióticos Mipres y de alto costo. ✓ Seguimiento concurrente a la prescripción de antibióticos. ✓ Inducción de demanda interconsulta de infectología.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



<p>Motivos de la desviación.</p>	<p>A lo largo del año se evidenciaron las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fallas en adherencia a recomendaciones PROA, las cuales presentaron una drástica reducción con la gestión de este programa por parte de auditoría concurrente a partir del mes de junio. ✓ Modificación del perfil epidemiológico del paciente infectado atendido en la clínica, en este momento sigue siendo predominante el diagnóstico de infección urinaria, pero ha variado el importante componente que tenía la infección respiratoria a inicio de 2022 y se han presentado una mayor variedad de focos infecciosos que requieren un manejo diferente de la terapia antibiótica, principalmente a nivel óseo y abdominal en el contexto de paciente quirúrgicos. En este tipo de pacientes se han presentado dificultades principalmente con el uso de las líneas adecuadas de antibiótico es decir el empleo de los antibióticos de primera segunda y tercera línea en el orden adecuado. ✓ Ingreso de pacientes con infecciones multiresistentes quedan obligado al uso de antibióticos que usualmente no se estaban empleando en la clínica o que tienen una tasa de uso muy baja. ✓ Existe una importante rotación de personal en los niveles de Medicina general y ortopedia y en menor medida cuidado crítico y cirugía general, lo que implica un esfuerzo aumentado de inducción al protocolo de manejo de antibióticos y una curva de aprendizaje para adaptarse al espectro antimicrobiano de la clínica que usualmente es menos agresivo que el de otras instituciones de dónde provienen estos profesionales.
<p>Estrategias para mejorar o mantener el indicador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoyar la actualización y ajuste de la guía de manejo de antibióticos de acuerdo a las directrices nacionales y las indicaciones del servicio de infectología. ✓ Continuar el apoyo a los servicios desde la estrategia PROA reforzando 2 áreas esenciales de intervención: El apoyo y supervisión de la formulación de los antibióticos del listado de control PROA y el incentivo ala interconsulta con servicio de infectología en los casos que ya están normados dentro de la clínica cómo son las infecciones nosocomiales, el paciente de cuidado crítico coma los casos de infección de sitio operatorio entre otros. ✓ Apoyo en los procesos de inducción de los nuevos profesionales para difundir la estrategia proa coma los casos de interconsulta obligatoria a infectología y las líneas de apoyo con que contamos para lograr una adecuada prescripción antibiótica. ✓ Continuar y optimizar los procesos de vigilancia de la adecuada prescripción de antibióticos en especial los de seguimiento por estrategia PROA optimizando la interacción entre los distintos actores del comité PROA. ✓ Difusión y evaluación de la guía de antibióticos y las guías relacionadas con los procesos más frecuentes que impliquen uso de antibióticos siendo la de



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



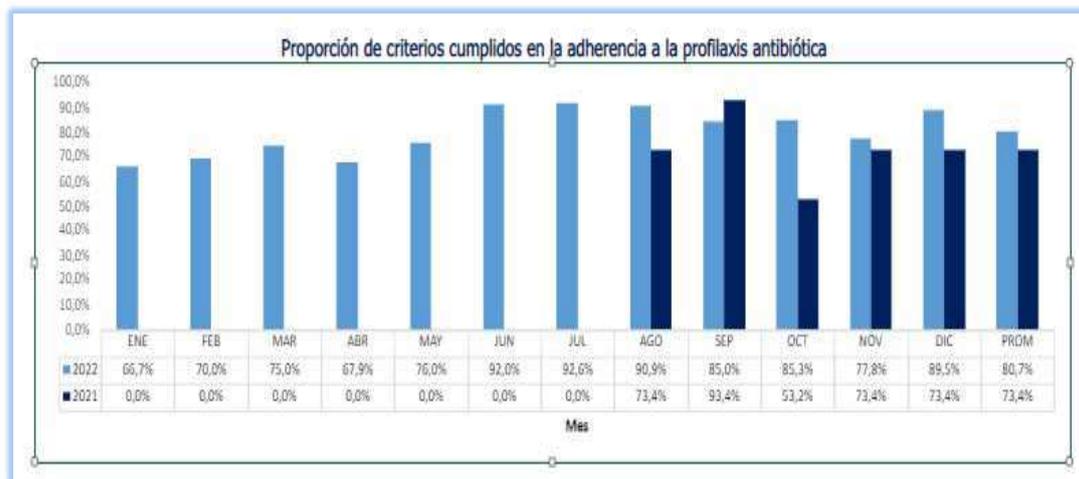
antibióticos la primera en difundirse en el mes de enero para dar evaluación a su cumplimiento en febrero.

Se espera dejar trazabilidad de actividades realizadas a través de actas y evaluaciones.

✓ **INDICADOR PROPORCIÓN DE CRITERIOS CUMPLIDOS EN LA ADHERENCIA A LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
	Sobresaliente	Aceptable	No Cumplida														
Proporción de criterios cumplidos en la adherencia a la profilaxis antibiótica	> 95%	90-95%	< 90%	$\frac{\text{Nº de criterios cumplidos en la adherencia a la profilaxis antibiótica}}{\text{Total de criterios aplicables}} \times 100$	66,70%	70,00%	75,00%	67,80%	76,00%	92,00%	92,60%	90,90%	85,00%	85,10%	77,80%	89,50%	80,70%

Tabla 72. fuente: whonet- rondas de seguridad



Gráfica 58. fuente: whonet- rondas de seguridad

Análisis del indicador

Meta sobresaliente del indicador.	>95 %
Resultado del periodo del indicador.	89,5% Mejoró con relación al periodo anterior; con relación al año se encuentra en 80,7%, mejora respecto al año anterior
Brecha con la meta	5,5% para el mes y 14, 3 % para el año
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	73,4% para el mes y el mismo valor para el año, hay mejora en el indicador tanto para el mismo periodo como para todo el desempeño del año, pero aún no se logra la meta institucional.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Seguimiento del proceso de profilaxis antibiótica en salas de cirugía ✓ Difusión de la guía de profilaxis antibiótica ✓ Difusión de los elementos relacionados con la prescripción de antibióticos profilácticos como son el tiempo de aplicación previo el tiempo de re aplicación y la revisión de la prescripción posteriores a egreso de salas de cirugía ✓ Retroalimentación a profesionales en que se evidencian oportunidades de mejora en profilaxis antibiótica.
Motivos de la desviación.	<p>Se han evidenciado dos causas principales de fallos en adherencia adecuada a Profilaxis antibiótica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desconocimiento del protocolo de profilaxis facilitado por la rotación de personal y la existencia de situaciones clínicas especiales o de interacción entre los servicios que dificultan el adecuado cumplimiento del protocolo (dificultades de comunicación que impiden la colocación a tiempo de la profilaxis, continuación del manejo de profilaxis como esquema terapéutico, uso de profilaxis en pacientes que ya reciben tratamiento antibiótico). ✓ Fallos en adherencia a la prescripción de antibiótico profiláctico por parte de los profesionales encargados de su prescripción por diversas causas distintas a la rotación del personal.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actualización de los lineamientos de profilaxis de acuerdo a los hallazgos de epidemiología y las indicaciones del servicio de infectología. ✓ Seguimiento a la profilaxis antibiótica desde auditoria del indicador y desde programa PROA con formato de prescripción de antibióticos para supervisar el antibiótico formulado ✓ Redifusión, y evaluación de guía de profilaxis antibiótica dentro del primer trimestre del año a los profesionales responsables de la indicación de profilaxis (Médicos especialistas) y su profesional de apoyo (Médicos Hospitalarios, ayudantes quirúrgicos y Médicos de Piso). ✓ Retroalimentación a las SAS acerca de hallazgos relacionados con profilaxis antibiótica ✓ Inducción a nuevos Profesionales médicos en PROA y profilaxis Antibiótica <p>Se espera dejar trazabilidad de actividades realizadas a través de actas y evaluaciones.</p>



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **ADHERENCIA A LOS CINCO MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS**



Grafica 59. fuente lista de chequeo adherencia a los 5 momentos

Análisis Indicador

Meta sobresaliente del indicador	≥95%
Resultado del periodo del indicador	90%
	Con relación al año 2021 el indicador del lavado de manos se encuentra en un 55,46%, para la vigencia del año 2022 se sitúa el indicador en el 90%. Mejorando la adherencia en un 35%.
Brecha con la meta	5%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se realizan rondas de seguridad de higiene de manos, en forma de observación directa. ✓ Mensualmente se realimenta al personal que no cumple con la adherencia al protocolo de lavado de manos clínico ✓ Se realizó sensibilización con el personal institucional sobre el día mundial de lavado de manos ✓ Se realizó capacitación y evaluación al personal asistencial para el primer y segundo semestre del 2022
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se evidencia durante el proceso evaluativo, desconocimiento de los cinco momentos en personal con ingreso de 3 y 6 meses.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> ✓ De acuerdo al resultado obtenido en la autoevaluación multimodal, verificar cumplimiento y adherencia a la resolución 02471 del 9 de diciembre 2022 ✓ Diseñar cronograma de seguimiento del proceso observación directa en los servicios hospitalarios sobre la adherencia del lavado de manos y los cinco momentos.



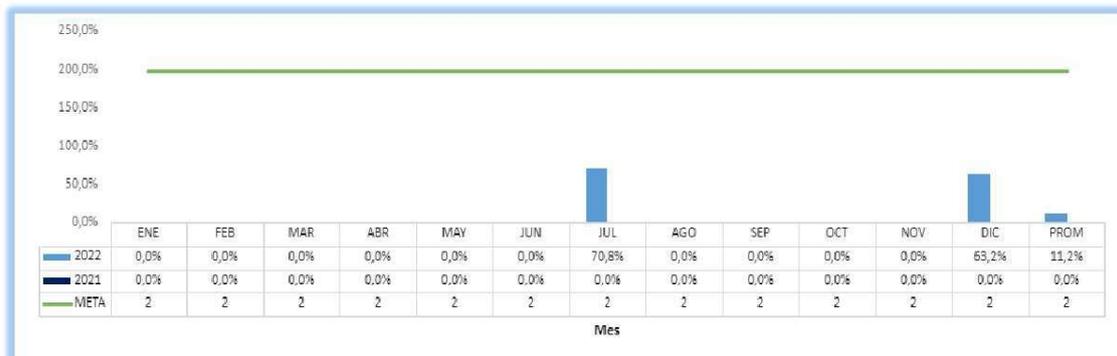
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **INDICADORES DE TECNOVIGILANCIA**

✓ **Índice de eventos adversos asociados al uso de equipos biomédicos.**

Meta sobresaliente del indicador.	<2 x 1000
Resultado del periodo del indicador.	El promedio total para el año 2022 fue de 0
Brecha con la meta	Se encuentra en cumplimiento de la meta.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Para el 2021 se tuvo un promedio de 0
Estrategias implementadas.	Seguimiento a los reportes verbales o escritos que manifiestan en los diferentes servicios con respecto a equipos biomédicos.
Motivos de la desviación.	<ul style="list-style-type: none"> Se da cumplimiento a las estrategias implementadas por el programa de Tecnovigilancia. El resultado obtenido del indicador en el 2022 fue de cuatro eventos.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar a todo el personal de las diferentes unidades asistenciales a reportar de manera voluntaria, mediante GLPI. Continuar con la vigilancia activa y proactiva a través de rondas en busca de identificar eventos adversos. Socializar los avances de los planes de mejora que se establecen tras el análisis de los casos reportados voluntariamente por las unidades asistenciales para promover la confianza en los procesos de la institución y el reporte voluntario.



Gráfica 60. Fuente: Tablero de indicadores de biomedica 2022 Tendencia del índice de eventos asociado a equipos biomédicos



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Índice de incidentes asociados al uso de equipos biomédicos

Meta sobresaliente del indicador.	<3
Resultado del periodo del indicador.	El promedio total para el año 2022 nos arroja un índice de 2
Brecha con la meta	+1
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	2021 1,2 2022 2
Estrategias implementadas.	Seguimiento a los reportes verbales o escritos que manifiestan en los diferentes servicios con respecto a equipos biomédicos. Reporte real de incidentes y eventos asociados y que no estén sujetos al mantenimiento preventivo y correctivo periódico de la tecnología médica
Motivos de la desviación.	<ul style="list-style-type: none"> • Uso general de los equipos
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión ajuste de los indicadores del programa de Tecnovigilancia. • Incentivar a todo el personal de las diferentes unidades asistenciales a reportar de manera voluntaria, mediante GLPI. • Continuar con la vigilancia activa y proactiva a través de rondas en busca de identificar incidentes. • Socializar los avances de los planes de mejora que se establecen tras el análisis de los casos reportados voluntariamente por las unidades asistenciales para promover la confianza en los procesos de la institución y el reporte voluntario.



Gráfica 61. Fuente: Tablero de indicadores de biomedica 2022
Tendencia del índice de incidentes asociado a equipos biomédicos



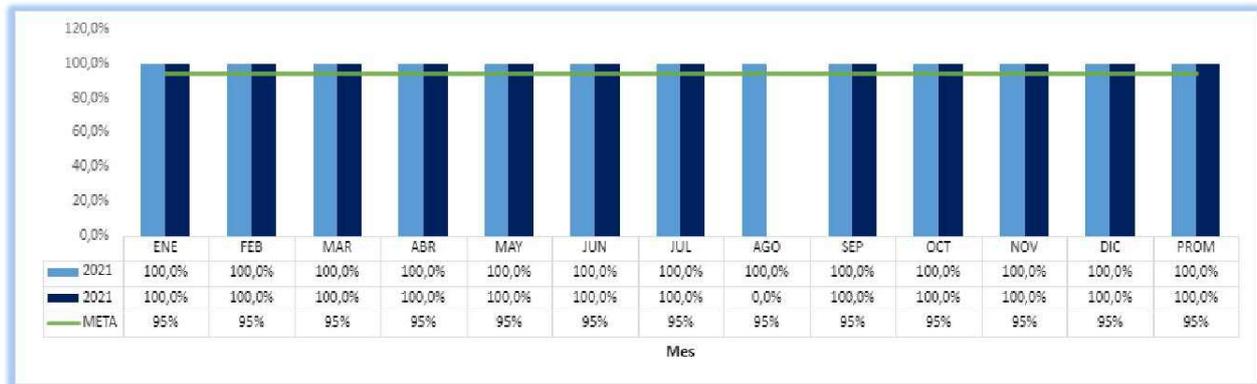
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Proporción de cumplimiento de rondas de verificación.

Meta sobresaliente del indicador.	>95%
Resultado del periodo del indicador.	100%
Brecha con la meta	+5%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	2021 100% 2022 100%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Se ejecuta cronograma de rondas de verificación de equipos de alto impacto y alistamiento de cirugía. - El resultado obtenido del indicador en el 2022 fue de 100%, se evidencia que está por encima de la meta establecida del 95%.
Motivos de la desviación.	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguno
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> - Socialización y exigencia de cumplimiento del cronograma de rondas al grupo de trabajo del área de biomédica cuya periodicidad es diaria. - Afianzamiento del nuevo grupo de trabajo del área biomédica que acaba de quedar completo con distribución de las actividades del servicio.



Gráfica 62. Fuente: Tablero de indicadores de biomédica 2022
Proporción de cumplimiento de rondas de verificación



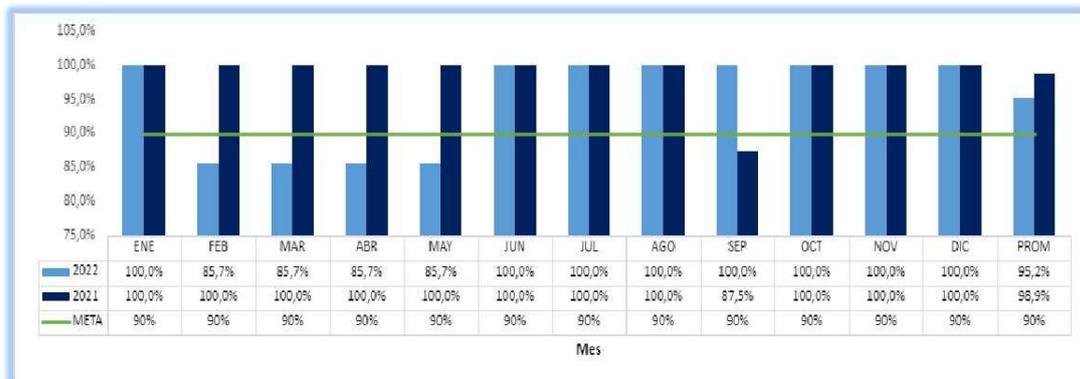
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Proporción de cumplimiento del programa manejo seguro de equipos biomédicos.

Meta sobresaliente del indicador.	>95%
Resultado del periodo del indicador.	100%
Brecha con la meta	+5%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	2021 98.9% 2022 95.2%
Estrategias implementadas.	- Se ejecutan cada una de las estrategias relacionadas con el programa manejo seguro de equipos, realizando seguimiento constante de los cronogramas institucionales, garantizando el correcto manejo y ejecución de cada una de las actividades en los periodos estipulados
Motivos de la desviación.	- Dificultades en la ejecución de capacitaciones, por disponibilidad de los diferentes servicios que permitiese garantizar un aprendizaje oportuno reflejado en el buen manejo y cuidado de los equipos
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	- Socialización oportuna de cada una de las estrategias a realizar en comités primarios con el fin de distribuir de forma adecuada cada una de las actividades a ejecutar



Gráfica 63. Fuente: Tablero de indicadores de biomedica 2022
Proporción de cumplimiento del programa manejo seguro de equipos biomédicos

Proporción de cumplimiento de los funcionarios capacitados en el manejo de equipos biomédicos

Meta sobresaliente del indicador.	>95%
Resultado del periodo del indicador.	100%
Brecha con la meta	+5%

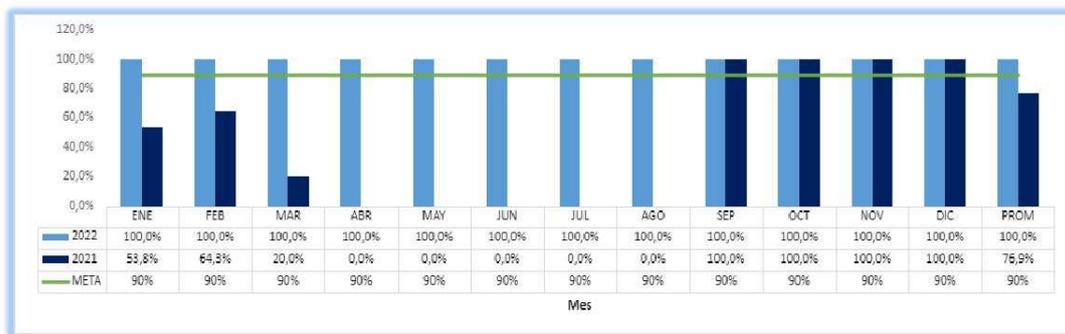


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	2021 76.9% 2022 100%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecución oportuna de cada una de las capacitaciones programadas - Uso de recursos de apoyo para brindar una capacitación completa y planificada que permita la comprensión y afianzamiento del conocimiento
Motivos de la desviación.	- Ninguno
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzamiento del contenido de las capacitaciones - Practicidad en las capacitaciones



Gráfica64. Fuente: Tablero de indicadores de biomedica 2022
Proporción de cumplimiento de los funcionarios capacitados en el manejo de equipos biomédicos

Proporción de funcionarios re-entrenados en el manejo de equipos biomédicos.

Meta sobresaliente del indicador.	>95%
Resultado del periodo del indicador.	74.0%
Brecha con la meta	-21%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	2021 77.5% 2022 74.0%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de personal - Distribución oportuna de actividades - Planificación de actividades con anticipación de acuerdo con el cronograma de reentrenamiento
Motivos de la desviación.	<ul style="list-style-type: none"> - Rotación de personal - Coordinación errónea reflejado en la distribución inadecuada de las tareas del personal técnico



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Estrategias para mejorar o mantener el indicador.

- Reforzamiento del contenido de las capacitaciones
- Practicidad en las capacitaciones
- Planificación adecuada para el diseño del cronograma de reentrenamiento

Fuente: Tablero de indicadores de biomedica 2022



Gráfica 65. Proporción de funcionarios re-entrenados en el manejo de equipos biomédicos.

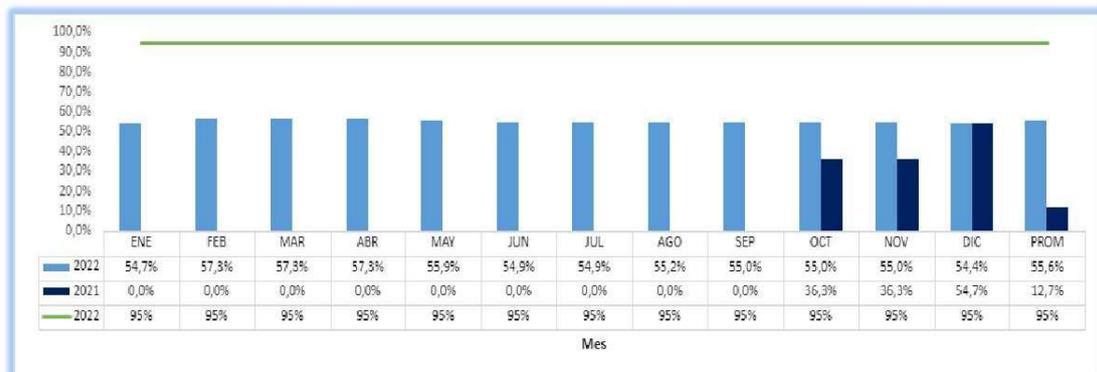
Proporción de cumplimiento de equipos biomédicos etiquetados y conocimiento del contenido de las fichas técnicas.

Meta sobresaliente del indicador.	>95%
Resultado del periodo del indicador.	55.6%
Brecha con la meta	-44.6%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	2021 12.7% 2022 55.6%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión y corrección de fichas técnicas de los equipos - Revisión de inventario de cumplimiento de equipos médicos etiquetados
Motivos de la desviación.	<ul style="list-style-type: none"> - Rotación de personal
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> - Organización e implementación de cronograma de trabajo - Elaboración de fichas técnicas faltantes.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





Gráfica 66. Fuente: Tablero de indicadores de biomedica 2022

Proporción de cumplimiento de equipos biomédicos etiquetados y conocimiento del contenido de las fichas técnicas

❖ PROGRAMA DE OPTIMIZACION RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS "PROA"

Teniendo en cuenta que la finalidad de la medición de Dosis Diarias Definidas es conocer el consumo de antibióticos que se genera en los servicios, teniendo como base la cantidad de gramos que se utilizan cada día en la atención de infecciones para las cuales está indicado el medicamento en las dosis correctas, se genera informe tanto para las UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO como de HOSPITALIZACIÓN, a continuación, se relaciona la trazabilidad del año 2022 del consumo de dosis diaria definida.

✓ DOSIS DIARIA DEFINIDA DE ANTIBIOTICOS EN EL SEVICIO DE UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVOS

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Ceftriaxona	5,80	3,90	0,00	0,60	0,10	0,20	7,20	3,20	0,50	1,00	2,60	0,70
Ertapenem	0,00	0,00	0,00	1,50	0,10	0,00	1,30	1,00	0,00	1,00	0,00	0,50
Meropenem	33,40	15,70	5,20	3,00	0,20	3,70	7,90	3,90	3,00	1,60	1,50	0,40
Piperacilina+ tazobactam	1,30	1,00	0,10	20,40	12,40	18,30	11,80	9,10	13,70	6,50	10,80	15,40
Vancomicina	11,40	6,30	3,10	1,80	1,60	7,90	11,10	4,90	0,50	1,00	3,00	0,90
Cefepime	29,80	20,80	4,60	2,40	1,30	3,90	3,80	0,10	4,10	1,70	1,90	1,30
Avibactam							0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Oxacilina							0,00	0,00	0,00	0,00	2,80	0,00
Gentamicina							0,40	0,30	0,70	0,00	0,00	1,50
Linezolid							0,70	0,20	2,20	0,40	0,90	0,00

Tabla 73. Dosis Diaria Definida Unidades de cuidados intensivos fuente: vista Consumo Antibiótico faca

Durante el mes de diciembre, al menos 15 pacientes por cada 100 de UCI recibieron 14g de Piperacilina tazobactam al día, manteniendo el comportamiento promedio del año donde, sin contar enero, febrero y marzo (errores en la captura del consumo), siempre fue el antibiótico que mayor rotación presentó en el servicio. A diferencia de los dos meses anteriores, en diciembre se presentaron pacientes con Gentamicina, 2 de ellos que fueron tratados por una fractura de miembro inferior con exposición ósea producto de una colisión en moto contra una tractomula (7 días y 8 días de antibiótico respectivamente).



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **DOSIS DIARIA DEFINIDA DE ANTIBIÓTICOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN**

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Ceftriaxona	3,50	1,30	0,30	0,40	0,20	0,90	2,10	3,10	0,00	1,00	2,10	0,30
Ertapenem	0,00	0,00	1,00	1,10	1,40	2,10	1,50	1,20	0,60	1,20	1,40	1,40
Meropenem	2,40	1,70	0,30	1,10	0,40	0,00	0,10	2,10	1,60	0,10	0,60	2,00
Piperacilina+tazobactam	16,00	10,80	2,40	4,00	3,10	6,00	3,10	3,80	3,10	4,10	5,60	7,90
Vancomicina	2,50	1,70	0,90	0,60	1,40	2,40	1,00	1,50	0,10	0,10	0,80	0,40
Cefepime	4,00	3,20	1,50	0,70	0,20	1,80	1,50	0,00	0,70	1,50	0,80	0,80
Ciprofloxacina Sin Inyectable	0,10	0,10	0,20	0,00	0,10	0,00	0,00	0,20	0,00	0,10	0,03	0,30
Ciprofloxacina oral	1,60	1,00	0,10	0,00	0,10	0,40	0,10	0,10	0,10	0,00	0,10	0,00
Ceftazidima												
Avibactam							0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00
Ampicilina Sulbactam							9,80	10,60	11,60	11,20	13,90	9,50
Oxacilina							2,70	9,20	6,60	12,70	5,70	3,30
Amoxicilina acido clavulanico							0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amikicina							0,40	0,30	0,10	0,30	0,00	1,00
Gentamicina							0,50	0,10	0,10	0,40	0,60	2,00
Trimetoprima sulfametoxazol							0,03	0,10	0,00	0,10	0,10	0,20
Linezolid							0,00	0,90	0,30	0,00	0,00	0,00

Tabla 74. Dosis Diaria Definida Hospitalización fuente: vista Consumo Antibiótico faca

Al igual que los meses anteriores, para los servicios de hospitalización, la ampicilina sulbactam es el antibiótico que mayor consumo genera en pisos, seguido de la Piperacilina tazobactam.

✓ **PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS**

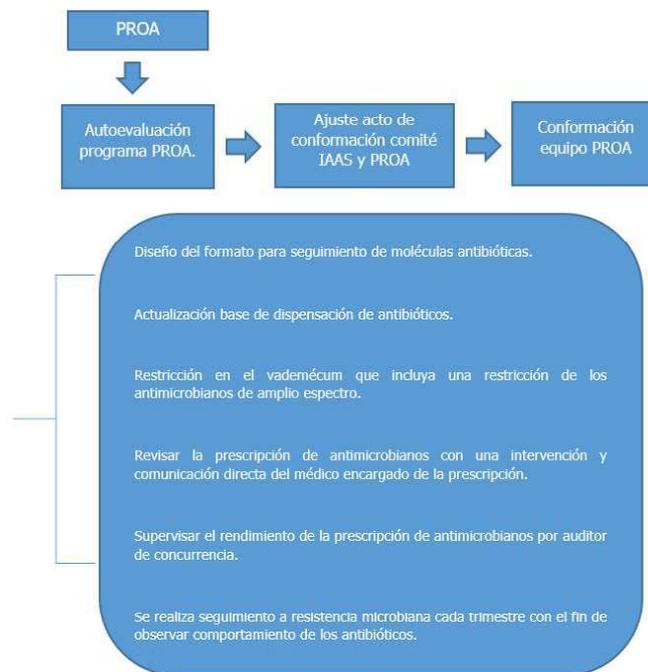


Tabla 75. Comité de IAAS-enero 2023

En la tabla anterior se presenta la ejecución de actividades realizadas para el programa PROA, lo que mejoro y fortaleció a nivel institucional para la vigencia 2022 la racionalidad del manejo de antibióticos.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

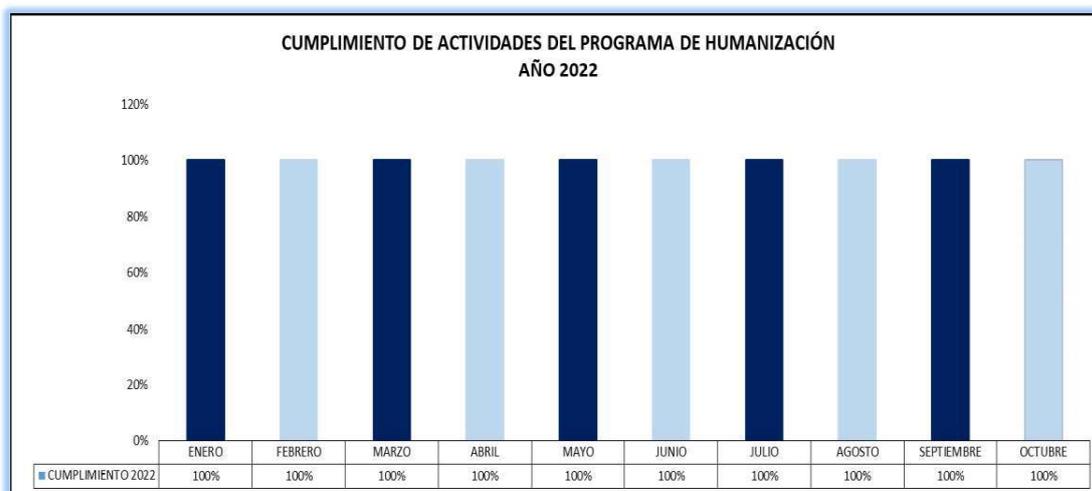


"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

❖ **RESULTADOS DE LA CAMPAÑA DE HUMANIZACIÓN**

El programa de humanización enfoca la realización de actividades del año 2022 en 2 grupos objetivo fundamentales: el cliente interno y el cliente externo, de acuerdo a lo propuesto en el plan de trabajo del año 2022.

La gestión de actividades del programa de humanización dirigidas al cliente interno se especifica de la siguiente manera:



Gráfica 67. Fuente: Cumplimiento mensual de las actividades del programa de humanización 2022 - archivo Psicología

Se evidencia el cumplimiento de las actividades propuestas de acuerdo al plan de trabajo del programa de humanización con un porcentaje sobresaliente del 100%.

✓ **Actividades del programa de humanización dirigidas al cliente interno:**

Se dirigieron las actividades en la participación del cliente interno de la siguiente manera:

Febrero 11/2022. Inauguración de la campaña del programa de humanización: "VACÚNATE CONTRA LA INDIFERENCIA". Se realizó actividad por todos los servicios de la clínica. Se invitó al cliente interno a realizar segundo refuerzo de vacunación contra la indiferencia dando continuidad a la actividad que dio origen a esta idea en octubre del año 2021, haciendo énfasis en la importancia del fortalecimiento del buen trato en la atención dentro de los servicios.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





Marzo 25/2022. "ÚNETE AL CAMBIO Y PIENSA EN VERDE". Durante el mes de marzo de 2022, se realizó actividad invitando a todos los servicios y unidades funcionales de la institución a vincularse por medio de grupos de trabajadores en la siembra de plantas tipo suculentas, con la cual se generó un ambiente de concientización frente al uso de los recursos y el cuidado del medio ambiente. Cada grupo escribió en un papel "prácticas inapropiadas que consideran han realizado durante la prestación de la atención en Clínica Medifaca".



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Abril / 2022. "ALCANCÍAS AFECTIVAS". Esta actividad consistió en llevar a cada uno de los servicios y unidades asistenciales de la institución alcancías que debían llenarse con listados de acciones humanizadas. Los trabajadores tras escribir en un papel las actividades que realizan día a día y que promueven el trato humanizado con los pacientes, familiares y compañeros de trabajo, los depositaron en las alcancías dispuestas para que posteriormente sus contenidos se leyeran en los diferentes servicios promoviendo la generación de espacios de reflexión entre los grupos de trabajo.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Mayo 13/2022. “HAS DE TU LABOR EL LEMA DE HUMANIZACIÓN”. Se realiza despliegue a través de la divulgación en medios de comunicación institucional (escritorios de computadores, Outlook, WhatsApp, Redes Sociales) slogan e imágenes de los ganadores del programa de humanización del 2021: *"brindando cuidado humano con amor, respeto y elegancia logramos pacientes y familias felices"*.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Julio 15/2022. "SEMÁFORO DE HUMANIZACIÓN"

Dirigido a los trabajadores de la institución:

Durante esta actividad se hizo ronda por los servicios de la institución para llevar un semáforo y preguntar a cada uno de los trabajadores ¿cuál es su percepción del trato humanizado al interior de la clínica y de su servicio puntualmente? Para calificarlo por colores: rojo, amarillo y verde, dando una explicación a su respuesta, siendo rojo una mala percepción y verde una percepción positiva. Los comentarios fueron socializados en los grupos que participaron para incentivar las mismas acciones de buen trato entre sí y con los pacientes y sus familiares.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Agosto 29/2022. "MÚSICA PARA SANAR". En esta actividad se hace de la música una herramienta terapéutica que permita a nuestros trabajadores mitigar su ansiedad y descargar por un espacio breve situaciones de estrés. Se identificaron diferentes tipos de piezas musicales que llevaron a propiciar espacios de relajación durante la actividad laboral.



Octubre 14/2022. "FORTALECE TU SALUD MENTAL". En conmemoración al día de la salud mental (10 de octubre) se realizó campaña visual para difundir mensajes alusivos a que la salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social y afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida, ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con los demás y tomamos decisiones. Se realizó divulgación de los factores protectores en salud mental en diferentes medios (Papel Tapiz, WhatsApp, Redes Sociales).



MES DE LA SALUD MENTAL

Factores Protectores

1. Mantén relaciones personales saludables



2. Ten siempre presente tus rutinas y actividades



3. Identifica tus emociones



4. Realiza actividad física



5. Ten espacios de relajación para ti cuando estés en casa e identifica actividades agradables.







"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Noviembre 28/2022. "IDENTIFICACIÓN DEL CÓDIGO LILA". Durante el mes de noviembre, se socializó el protocolo institucional de código lila, utilizando para esto la creación de plegables en los que se hace énfasis en el sentido de una máxima humanización del cuidado del paciente con signos y síntomas inminentes de muerte, brindando un proceso de muerte digna en un ambiente de respeto y confianza, por parte del grupo asistencial y del personal de apoyo administrativo donde se encuentra el paciente. En esta actividad se hizo énfasis en corregir los errores de concepto que se han evidenciado en las diferentes unidades asistenciales por parte de los profesionales de la gestión asistencial como son médicos generales y especialistas, personal de enfermería, terapia, nutrición y demás involucrados en la atención de los pacientes y se incluyeron profesionales y personal de apoyo de las áreas administrativas.

PASOS PARA LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO LILA

1. El médico General o el Especialista Inten-consulta al grupo de apoyo (Psicólogo) o a lo considera a Trabajo Social con el objetivo de identificar la necesidad de activación del Código Lila. **Nota:** El equipo tratante (Médicos y Jefes de enfermería) podrá activar el Código Lila sin la previa validación del grupo de apoyo en los casos en que no haya presencia de los mismos como los fines de semana y horarios nocturnos. Para estos casos la historia clínica deberá contener claramente dentro el proceso de valoración para la activación del Código Lila.
2. El/a Enfermero/a jefe del servicio donde se encuentre ubicado el paciente activará el Código Lila realizando el debido registro en la historia clínica. En la nota de enfermería debe quedar consignado el consenso de flexibilización de las normas institucionales desarrollado por el equipo interdisciplinario y su integración al plan de cuidados del paciente posteriormente el grupo de apoyo, comunicará al personal asistencial de la unidad orientadores y funcionarios de recepción.
3. Posteriormente el grupo de apoyo comunicará al personal asistencial de la unidad, orientadores y funcionarios de recepción, la información correspondiente a la activación del código. Esta información debe transmitirse en cada cambio de turno para coordinar las acciones descritas en el presente documento.
5. Enfermero jefe ubicará la tarjeta de identificación de Código Lila en la puerta de la habitación del paciente, en caso de ser habitación individual y frente a la cama de este en caso de pacientes con habitación compartida. El personal de enfermería comunicará vía telefónica al personal de recepción la flexibilización de normas generales y que son de su competencia (horarios de ingreso, número de personas que puedan acompañar al usuario) lo relacionado con ingreso de alimentos u otros elementos quedando registrado en la bitácora.
6. El personal de recepción y orientación diligenciará en la Bitácora destinada para Código Lila, la información suministrada por el/a Enfermero Jefe del servicio.



3. IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

Actividades dirigidas a proporcionar alivio, comodidad y confort:

- Eliminación de las intervenciones innecesarias.
- Garantizar una higiene adecuada, ropa limpia, posición
- Permitir alimentos de preferencia del usuario que brinden alivio y confort al mismo.
- El grupo familiar cumple con las normas de bioseguridad propias de cada servicio, y de la enfermedad o condición clínica del paciente.

4. ACTUACIÓN POSTERIOR AL FALLECIMIENTO

El médico informará el fallecimiento.

- Se facilitarán espacios tranquilos para que la familia pueda despedir su ser querido.
- Se permitirá el acompañamiento familiar por 60 minutos.
- Facturación priorizará el cierre de cuenta, paga entre otros teniendo en cuenta el estado emocional de la familia.





CÓDIGO LILA



Adriana Vargas Clavijo—Psicóloga

PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Código Lila

<p>Población Objeto</p> <p>Usuarios con presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable, idealmente con un diagnóstico confirmado por un médico experto o un comité.</p> <p>Usuarios que se encuentren en manejo paliativo y fase final de su enfermedad.</p> <p>Usuarios con falta de respuesta al tratamiento específico, pronóstico de vida corto, soportado en datos de supervivencia de carácter estadístico y en la experiencia clínica de los especialistas en los cuales se haya definido la posibilidad de un desenlace fatal, en las próximas horas.</p> <p style="text-align: center;">Código Lila</p> <p>Es un mecanismo institucional a través del cual se atiende con la máxima humanización del cuidado al paciente con signos y síntomas inminentes de muerte y a su familia, brindando un proceso de <i>respeto</i> <i>digno</i> en un ambiente hospitalario lleno de RESPECTO y CONFIANZA, por parte del grupo asistencial y de personal de apoyo administrativo donde se encuentra el paciente.</p> <p style="text-align: center;">TEN PRESENTE: CÓDIGO LILA NO ES IGUAL A LIMITACIÓN DE ESFUERZOS TERAPÉUTICOS</p>	<p>Implementación del Código Lila</p> <p style="text-align: center;">4 ETAPAS DE IMPLEMENTACIÓN DEL CÓDIGO LILA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación del usuario 2. Activación de Código Lila 3. Elaboración e implementación de plan de cuidados al paciente 4. Actuación posterior al fallecimiento <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>	<p>1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE ACTIVACIÓN DE CÓDIGO LILA</p> <p>Se hará identificación por parte de personal médico – enfermería de la unidad correspondiente de la posibilidad de un desenlace fatal en el paciente, en las próximas horas, dado principalmente por su inestabilidad, mal pronóstico, y el concepto del grupo tratante.</p> <p>2. ACTIVACIÓN DE CÓDIGO LILA</p> <p>El personal médico del servicio contactará al grupo familiar donde le informará en un espacio de privacidad, sobre el estado del paciente (inminencia de muerte – enfermedad terminal – limitación de esfuerzo terapéutico).</p> <p style="text-align: center;">PROCESO DE INFORMACIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cónyuge del paciente 2. Hijos legítimos 3. Padres legítimos 4. Hermanos legítimos mayores de edad
---	--	--

❖ **Programa de humanización**

En el proceso de Inducción al personal que ingresa a nuestra institución, se hace énfasis en la importancia de adquirir en cada una de las actividades diarias las 10 Reglas de Oro para los servicios humanizados. Durante el año 2022 se implementaron estrategias para darle mayor impacto desde la inducción específica de dirección médica a los procesos del área, de modo que en dos momentos al mes se realiza socialización de los procesos de psicología y trabajo social a todos los nuevos trabajadores de la institución, para mejorar la sensibilización frente a estos temas desde el primer contacto con las personas que ingresan a trabajar con nosotros.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

10 REGLAS DE ORO PARA SERVICIOS HUMANIZADOS

1. **Ofrece una sonrisa**, practica el MES (Mirar, Escuchar y Sentir) a nuestros usuarios y sus familias.
2. **Muestra una excelente actitud**, esfuerzate por dar lo mejor de ti.
3. **Brinda un trato digno**, amable sin discriminación.
4. **Desarrolla tu labor con compasión**, cada paciente tiene una realidad única y especial.
5. **Ponte en el lugar de otros**, interpreta su dolor y sus necesidades emocionales.
6. **Extiende tu mano** y muestra calidez al paciente y su familia.
7. **Garantiza espacios de privacidad e intimidad** para proteger la dignidad de nuestros usuarios y sus familias.
8. **Brinda información clara**, oportuna y atiende las inquietudes de nuestros usuarios.
9. **En cada atención que realices**, ofrece esperanza en el cuidado de la salud de nuestros usuarios.
10. **Recuerda que no sólo cuidamos la salud** de nuestros pacientes, también damos tranquilidad a los corazones de sus familias.



✓ **Actividades del programa de humanización dirigidas al cliente externo**

Enero - febrero 2022: Espacios de apoyo emocional por Psicología a través de la realización de vídeo llamadas a las familias de pacientes especialmente de las Unidades de Cuidados Intensivos 4º piso e Intermedios durante el tiempo de picos de pandemia por COVID-19 en los que el ingreso de la familia aún era limitado.

Cirugía cardiovascular: Reconocimiento a pacientes que culminan su proceso hospitalario con la especialidad de Cirugía Cardiovascular. Junto con Enfermera Jefe y Auxiliares de enfermería del servicio de hemodinamia y cirugía cardiovascular se coordinó la entrega de tarjeta de reconocimiento para celebrar con los pacientes y su familia la bienvenida a la vida y desear pronta recuperación.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

- ✓ **Cumpleaños de los pacientes dentro de los servicios:** Al identificar por parte de Psicología aquellos pacientes que cumplen años, se hizo entrega de globos identificativos de la clínica, tarjeta y se coordinó con el área de alimentos la entrega de postre, de acuerdo a la indicación de dieta prescrita previamente en la Historia Clínica. Con esta actividad se buscó elevar el estado emocional en esa fecha especial y fortalecer los lazos de afecto a nivel familiar.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Mayo 2022: CELEBRACIÓN DÍA DE LA MADRE. Por parte de Psicología se realizó actividad dirigida a las pacientes que se identificó que gozaban del rol de madres durante el mes de mayo de 2022. A 80 pacientes que se encontraban hospitalizadas en las diferentes unidades asistenciales de la institución se les entregó detalle que consistió en una tarjeta y un cup cake alusivo a la festividad. Lo anterior con el apoyo del área de compras y la dirección administrativa de la institución.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Junio 2022: CELEBRACIÓN DÍA DEL PADRE. En el mes de junio de 2022, le último viernes del mes, se realizó la búsqueda de los pacientes hospitalizados, padres de familia, a quienes desde el área de humanización se les celebró su día por medio de una tarjeta conmemorativa y la entrega de cup cakes. 80 pacientes que se encontraban en las diferentes unidades asistenciales fueron parte de esta actividad, en la cual se contó con el apoyo de auxiliares de la dirección médica.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Julio 2022: SEMÁFORO DE HUMANIZACIÓN (DIRIGIDO A USUARIOS Y FAMILIA): En esta actividad se realizó ronda por las unidades asistenciales con el semáforo humanizado y se preguntó a cada uno de los usuarios (pacientes y familiares) ¿cuál era su percepción del trato recibido al interior de la clínica y en los servicios donde habían sido atendidos? se indicó debía realizarse una calificación por colores: rojo, amarillo y verde siendo rojo una mala percepción para la cual se invitó a dar sugerencias de mejora y verde una percepción positiva de atención que se socializó posteriormente al servicio.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Agosto 2022: MÚSICA PARA SANAR. Con esa actividad se utilizó la música como una herramienta terapéutica que permite a nuestros usuarios y sus familias mitigar su ansiedad y descargar muchas de sus preocupaciones, a la vez que se aminoran los factores estresantes que tienden a incrementarse en el período de la hospitalización. Se identificaron diferentes tipos de piezas musicales que ayudaron al paciente y su familia a propiciar espacios de tranquilidad además de incluir prácticas de respiración y relajación con el fin de disminuir los niveles de estrés que se generan en las estancias hospitalarias.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Septiembre 2022: CELEBRACIÓN MES DEL AMOR Y LA AMISTAD. Se realizó celebración del amor y la amistad dirigido a nuestros pacientes en cada uno de los servicios de la Clínica. El último jueves del mes de septiembre se entregaron tarjetas y chocolates a los pacientes hospitalizados en las diferentes unidades asistenciales. 85 pacientes, previa confirmación de las indicaciones dietarias que tenían prescritas en la historia clínica, hicieron parte de la actividad en la que además se difundieron buenos deseos, pensamientos positivos en torno a valores como el amor y la amistad, el cuidado familiar y la importancia de las redes de apoyo en los entornos hospitalarios.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

❖ **LOGROS DE LA GESTIÓN DE DIRECCIÓN MÉDICA**

✓ **Posicionamiento del servicio de nutrición clínica.**

Desde el mes de septiembre de 2022 se realiza cambio de nutricionista y se logra nueva contratación de profesional en nutrición clínica, con maestría en fisiología, profesional que desde su ingreso ha generado cambios positivos en el proceso del área de acuerdo a los diferentes servicios y especialidades con que cuenta la institución mostrando la importancia de esta profesión en el abordaje de los pacientes para contribuir al éxito del tratamiento intramural. Lo anterior ha generado espacios de confianza entre los diferentes grupos de trabajo basado en el profesionalismo de la nueva nutricionista y su soporte clínico idóneo en todas las unidades.

Se realizó revisión al servicio de alimentación con las partes implicadas en todas las fases del proceso, generando modificaciones y propuestas de ajustes pertinentes a la minuta patrón y derivaciones dietarias proponiendo cambios de impacto en la garantía de la alimentación de los pacientes como ha sido el control de ingesta de sodio mediante la implementación de preparaciones sin sal añadida para posteriormente hacer entrega de sobres de sal de acuerdo a los requerimientos particulares de cada paciente, se ha propuesto realizar modificaciones a la dieta hipoglúcida lo cual está sujeto a la nueva contratación con el proveedor de este servicio, se ha hecho seguimiento al manual de dietas y a la minuta patrón, exigiendo cambios de acuerdo a la novedades evidenciadas con los productos que históricamente eran preparados para la institución, pero que habían sido motivo de insatisfacción por parte de usuarios y familiares por condiciones de no calidad lo cual se logró de forma exitosa.

Tras la revisión del listado de productos nutricionales disponibles en la institución se ha realizado un análisis con base científica para proponer cambios en los productos que adquirimos en relación a las patologías más comunes, la edad promedio de los pacientes que atendemos y las objeciones que diferentes aseguradoras nos ha radicado frente a la indicación y pertinencia del uso de los mismos. Lo anterior nos ha llevado a evidenciar la necesidad de incluir nuevos productos nutricionales y a proponer la consecución de suplementos en unidosos que faciliten el cumplimiento de las condiciones de calidad y salubridad en el manejo de los mismos.

✓ **Diferenciación de los lineamientos para código Lila y limitación de esfuerzos terapéuticos.**

Durante el año 2022 se identificaron conflictos en la determinación de casos de pacientes en código lila y su diferenciación con casos de limitación de esfuerzos terapéuticos por lo cual se viene realizando concientización a todos los servicios y profesionales de la institución que busca la unificación de conceptos y la activación efectiva de la ruta de atención que corresponde a cada uno de ellos.

Para mejorar la adherencia al protocolo y realizar una adecuada activación de la ruta, se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

1. Se creó por parte de la Coordinación de Enfermería grupo de WhatsApp conformado por esta área, Auditor Médico y Psicología para analizar aquellos casos de pacientes candidatos a Código Lila o Muerte Digna en las horas siguientes.
2. Jefes de Enfermería de cada uno de los servicios informan al área de Psicología la activación del protocolo y se coordina tanto con ellos como con los Médicos Generales hospitalarios el número de ingresos familiares a permitir.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



3. Una vez las Jefes de Enfermería coordinan con la recepción principal el número de ingresos, diligencian bitácora especificando el caso del paciente y flexibilizando el apoyo familiar.
4. Trabajo Social coordina apoyo espiritual horas previas al fallecimiento del paciente.
5. Psicología lleva estadística de los casos en los que se realizó activación del Código Lila.



Gráfica 68. Número de pacientes fallecidos con activación de código lila

Para mejorar la adherencia con respecto al protocolo de Código Lila se propuso realizar diferenciación de tarjetas, teniendo en cuenta que son 2 conceptos diferentes. Se propone entonces la creación de tarjeta que identifique aquellos pacientes a los que se les determina limitación de esfuerzos terapéuticos (disentimiento de reanimación, ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos, procedimientos invasivos, entre otros), la cual busca minimizar los errores en la ruta de atención que debe seguirse para cada caso.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **Afianzamiento del servicio de consulta externa.**

Desde la vinculación de la Jefe de consulta externa en el mes de abril del año 2022, luego de no contar con dicho cargo por más de 2 años, se han consolidado las actividades de la unidad y se ha dado organización al talento humano asignado y a las tareas del mismo, generando orden y organización tanto a los auxiliares como a los procesos del servicio. Esto ha permitido un crecimiento progresivo del número de servicios que se prestan desde la unidad y a minimizar el impacto económico que le genera al servicio la contratación del Contact Center para la centralización de todas las citas que se agendan en la institución.

Desde la jefatura del servicio se tiene línea directa con los diferentes especialistas que prestan atención por consulta externa para garantizar a través de seguimientos y elaboración de informes periódicos mantener abiertas las agendas de todas las especialidades que se tienen contratadas y promover la oportunidad y puntualidad deseada en los agendamientos de citas de todas las actividades que se realizan, con énfasis en las oportunidades de seguimiento por entes de control y aseguradoras. Al tener mayor contacto con los especialistas y mayor seguimiento a los resultados se logra gestionar de manera más fácil la productividad del servicio.

Durante el año se logró hacer un empalme adecuado entre el Contact Center y el área de consulta externa para darle solución oportuna a las novedades que se presentan, gestionar el agendamiento de pacientes en listas de espera, promover retroalimentaciones inmediatas a los fallos en agendamientos evidenciados y generar espacios para socializar los resultados y promover acciones de mejora de ambas partes. Lo anterior ha tenido impacto en la disminución de quejas al servicio de consulta externa radicadas en el área de SIAU y en buzones de sugerencias.

Tras el informe de oportunidad en la realización de tomas de Holter EKG se logró evidenciar la necesidad del servicio de cardiología de contar con más grabadoras Holter para mejorar la productividad del servicio por este concepto, pues las que se tenían disponibles no eran suficientes y venían generando objeciones con las aseguradoras por demoras en la toma de los mismos a pacientes hospitalizados. Este tema ha sido subsanado y adicional a ellos se logró también la consecución de una mesa basculante que ha permitido continuar ampliando el portafolio de servicios de la institución.

Adicionalmente el número de pacientes que desde la consulta externa se deben programar para procedimientos en salas de cirugía viene en crecimiento exponencial debido a que se tiene un control de los usuarios a los cuales se les ordena cirugía, por medio del registro en una base de datos en Excel y la realización de seguimiento por llamada telefónica de manera semanal, para validar la generación de autorizaciones las cuales se notifican directamente a las aseguradoras para garantizar que sean emitidas con oportunidad, agendamiento de citas de anestesiología tan pronto como sea posible e identificación de barreras que enlentecen el proceso de agendamiento para exigir respuestas a las EAPB con que se tiene contrato y mejorar el número de cirugías programadas desde la consulta externa mes a mes.

✓ **Estandarización al proceso de uso y reúso.**

Desde la central de esterilización se reorganizó y estandarizó el manual de esterilización y manual de reúso. Se clasificaron los dispositivos de reúso y su procesamiento de acuerdo a la ficha técnica de cada uno, información que se consolidó en una base de datos en Excel, avalada por calidad, la cuál ha sido un estándar para las diferentes instituciones de la organización.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Se ha realizado direccionamiento y reorganización al proceso de seguimiento a los grupos de trabajo tercerizados de red médica, principalmente con los servicios de urología y gastroenterología. Lo anterior ha permitido que desde la dirección médica, en cabeza de la coordinación de la central de esterilización, se exija cumplimiento a los procesos y protocolos que son recomendados desde las fichas técnicas de los dispositivos utilizados por terceros para los diferentes procedimientos que realizan, esto garantizando el uso adecuado de todos los dispositivos que se utilizan en la institución lo cual se ve reflejado en la disminución de eventos e incidentes adversos relacionados con los mismos.

✓ **Ampliación del portafolio de servicios.**

Durante el año 2022 se realizó la vinculación de profesional especialista en toxicología, medicina alternativa y fisioterapia para aumentar el portafolio de servicios y gineco-obstetricia para la realización idónea de las ecografías obstétricas y ginecologías en general. Se dio estabilidad al proceso de valoración por odontología de pacientes de cirugía cardiovascular para promover y agilizar la resolución de casos de esta especialidad, se centralizó la coordinación del servicio de cirugía cardiovascular en la jefe del servicio de Hemodinamia, profesional que cuenta con experiencia y conocimiento técnico suficiente para organizar el servicio, se consolidaron las realizaciones de juntas de cirugía cardiovascular para dar mayor soporte a las decisiones tomadas por el grupo interdisciplinario de especialistas del área, se realizó el primer cierre de auriculilla entre el servicio de Hemodinamia y electrofisiología, entre otros.

✓ **Gestión de archivo.**

En cabeza de la coordinadora de enfermería se logró centralizar el proceso de custodia de historia clínica con la persona asignada para el área de revisión, organización y escáner, de igual manera se logró descongestionar y organizar las historias clínicas represadas y en custodia del área de facturación que se encontraba en cajas en lugares no dispuestos para la custodia de las mismas. Así mismo se logró desde el 1 de junio 2022 hasta el 7 de diciembre 2022 entregar historias represadas desde el 2018 al 2021 escaneadas en la historia clínica de cada paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior, este proceso permitió organizar y custodiar las historias clínicas desde el 1 de enero del 2022 al 31 de diciembre del 2022 con la entrega completa del paquete documental con ayudas diagnósticas como electrocardiogramas, consentimientos informados de procedimientos, acompañamiento permanente, entre otros. Con esta estrategia se logró controlar la pérdida de soportes de historia clínica, la adherencia del personal a digitalizar en historia clínica, el adecuado diligenciamiento de consentimientos informados y la adherencia a que el personal de enfermería realice el consentimiento del área, el personal de facturación disminuyó cargas laborales ya que al encontrar todo digitalizado su trabajo es más rápido y con este proyecto logramos disminuir el uso de papel que se gasta en el área de facturación.

Este trabajo ha permitido identificar importantes brechas para interponer acciones de mejora y continuar promoviendo procesos seguros al interior de la institución, pues entre otros hallazgos, se ha encontrado que los formatos médico-legales: pruebas de embriaguez y lesiones personales no se estaban incluyendo en el proceso de custodia, siendo estos de alto valor social y judicial para las víctimas de supuestos delitos. Por lo anterior se definió e implementó un proceso de custodia adecuado con la participación del médico, el personal de referencia y el área de digitalización donde ya estos documentos se van a encontrar adjuntos en la historia del paciente y serán enviados por el área al archivo clínico, dejando en primera instancia subsanada esta debilidad.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Gestión de auditoría.**

Durante el año 2022 se logró la aprobación del cargo de auditor médico concurrente y se dio estabilidad al cargo de auditor médico que por años venía siendo frecuente abandonado por los profesionales que pasaron por el mismo. Se logró la vinculación de un profesional idóneo, capacitado, dispuesto y comprometido con las actividades de calidad, seguridad del paciente, apoyo a la gestión de PQRS y auditoría al diligenciamiento de historias clínicas del personal asistencial. Se espera que lo mismo ocurra con el cargo del concurrente para dar solución a debilidades que se presentan en las unidades asistenciales, apoyo al PROA, hemovigilancia y gestión de glosas.

Desde la dirección médica se han distribuido mes a mes turnos administrativos remotos para delegar responsabilidades en días no hábiles que permitan dar soporte a las unidades asistenciales que lo requieran. En esta modalidad uno de los auditores, la coordinadora de enfermería y la dirección médica da solución de forma rotativa durante los fines de semana y días festivos para no soltar los procesos en esos momentos de no presencialidad.

Desde la coordinación de enfermería se ha implementado con el personal de jefes de enfermería de los servicios, la conformación de grupos de WhatsApp donde se reporta turno a turno el estado de las unidades, la ocupación, las dificultades presentadas, los egresos realizados, la oportunidad de las rondas de especialistas y en general todas las novedades para promover acciones de solución de forma rápida y efectiva. De esta manera se realiza la asignación inmediata de camas para ser ocupadas por pacientes provenientes de otros servicios (UCI/UCIN cirugía, urgencias o remitidos) y se centralizan los pacientes según su patología en cada piso de hospitalización mejorando la dinámica de las revistas médicas.

✓ **Gestión de activos fijos.**

Desde el área de enfermería se modificó y se organizó el manual de activos fijos, se establecieron algunas estrategias de inventarios a responsabilidad del personal asistencial, disminuyendo la pérdida de activos fijos y la ubicación de los mismos. Este proceso dio como resultado una disminución tan radical en la pérdida de activos que llevó a que en la auditoría de revisoría fiscal los resultados fueran sobresalientes.

✓ **Resultados en la revisión de carros de paro.**

Para dar cumplimiento normativo y garantizar el contenido y semaforización de los carros de paro de toda la institución se planteó la elaboración de un cronograma mensual para revisión multidisciplinaria de los mismos con generación de informes por parte del químico farmacéutico asistencial con el consolidado de falencias para que cada área promueva la corrección de los mismos.

Este proceso que inicia con asignar un jefe de enfermería para la revisión de carros de paro de forma mensual, los cuales se entregan los 5 primeros días del mes con actualización de fechas de semaforización, limpieza, funcionamiento de equipos y custodia de los formatos de actas de apertura y contenidos de los carros de paro y kits de la clínica, ha mejorado el indicador de criterios cumplidos en la revisión de carros de paro, ha disminuido los hallazgos de sobrantes y faltantes (lo que finalmente impacta en disminuir pérdidas financieras), y ha permitido optimizar la custodia de los carros por parte de los jefes de enfermería a cargo de los servicios.

Se implementaron acciones de mejora en conjunto con lo químicos farmacéuticos para dar cumplimiento al contenido de carros de paro, semaforización correcta desde las áreas involucradas, seguimientos de medicamentos próximos a vencer, entre otros.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Gestor de salas de cirugía.**

Tras conseguir aprobación del cargo de gestor de salas de cirugía y el auxiliar de programación, se ha venido viendo un aumento progresivo en el número de procedimientos realizados mes a mes, alcanzando las metas propuestas de realizar más de 300 intervenciones en promedio al mes.

Se logró mejorar la productividad y la utilidad del servicio, se identificaron y centralizaron los procedimientos menores, los cuales no eran rentables para el servicio, por lo cual se dispuso una sala exclusiva de menor complejidad y con menor talento humano para la realización de los mismos.

Con la figura del gestor de salas de cirugía se ha logrado impactar en los tiempos quirúrgicos y de recambio de sala mediante el seguimiento riguroso a todos los actores del servicio: médicos especialistas, jefes de enfermería, médicos generales, auxiliares de enfermería, instrumentadores quirúrgicos, auxiliares de farmacia, auxiliar de programación de salas de cirugía, grupos de soporte externos, almacén, central de esterilización, grupo de facturación y personal de servicios generales.

Se realiza programación de procedimientos menores desde altas horas de la madrugada para disminuir la gestión del servicio durante el resto del día y mejorar la oportunidad de la atención.

Se centralizó con la jefe de consulta externa y el jefe de salas de cirugía el proceso de agendamiento de citas de posoperatorio, en aras de mejorar el proceso y disminuir las quejas de los usuarios al brindar la oportunidad de que al paciente se le asigne su cita de posoperatorio sin que tenga que llamar para su asignación.

Se realizó acercamiento con otras sedes para organizar el proceso de programación de cirugías de consulta externa asignando un auxiliar de enfermería para esta actividad.

Para la productividad del servicio de salas de cirugía por parte de la gerencia se realiza seguimiento de los procedimientos enviados por los profesionales por la consulta externa y el seguimiento al cumplimiento de la realización de los mismos identificando las barreras que demoran el proceso.

✓ **Tecnólogo de radiología en Hemodinamia.**

Con el asesoramiento continuo y permanente de los físicos médicos contratados para el programa de protección radiológica se ha avanzado de forma importante en dar cumplimiento a la normatividad vigente. De esta manera se logró la aprobación del tecnólogo de radiología para el área de Hemodinamia, quien además da cumplimiento a los seguimientos reglamentarios del área de imágenes ionizantes y hace soporte a la gestión de novedades del servicio.

✓ **Gestión del servicio farmacéutico.**

Desde la vinculación de una nueva profesional en química farmacéutica, hace ya más de un año, se han logrado avances importantes en los procesos del área. El soporte técnico del área se ha visto notoriamente respaldado por su experiencia y conocimiento, se lograron grandes avances en la gestión documental del servicio farmacéutico, en el soporte a los medicamentos faltantes en los servicios, en los ajustes de inventarios, la incidencia de eventos adversos y la respuesta ante los entes de control como el INVIMA y las secretarías de salud municipal y departamental.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



En diciembre de 2021 se solicitó de manera extemporánea la renovación de la Resolución que el FNE genera para poder manejar medicamentos de Control Especial y Monopolio del estado (tuvo que haberse solicitado entre sep.-oct 2021), ya que vencía al finalizar diciembre 2021. Por esta solicitud fuera de tiempos el proceso tuvo que realizarse no como renovación sino como Resolución Nueva, la cual fue expedida el 7 de febrero de 2022 y se encuentra vigente por 5 años más.

Desde inicios del mes de marzo 2022 se está realizando el proceso de dispensación y devoluciones en la farmacia principal, haciendo uso del lector de código de barras y se está solicitando al personal asistencial que recibe y entrega productos que firme el comprobante del sistema (tirilla o Boucher) para garantizar que el movimiento en sistema corresponde a los productos en físico.

Se lleva registro de la Recepción Técnica de las NPT que se realiza en el servicio farmacéutico a través del formato F-SF-895 MF Formato de Recepción Técnica y Control de nutriciones Parenterales.

Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU) con aprobación de los medicamentos (antibióticos) que van a empezar a adecuarse.

Durante todo el año se realizaron avances en el proceso de BPM de producción de gases medicinales, los documentos de soporte para dicho proceso han sido codificados y liberados y las capacitaciones en relación a esto se ha llevado a cabo con estricto cumplimiento.

❖ **LOGROS EN CALIDAD**

LOGROS EN EPIDEMIOLOGÍA

✓ **FORTALEZAS PROCESO DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES**

- Se inició para la vigencia 2022 Educación a los usuarios sobre lavado de manos y precauciones de aislamiento



Fuente Registro fotográfico Fuente epidemiología



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

- Actualización manual de prevención, detección y control de las infecciones asociadas a la atención en salud y protocolo de lavado de manos, teniendo en cuenta normatividad vigente.



- Retroalimentación del manual de IAAS, con metodología lúdica para mejor proceso de aprendizaje.



Fuente Registro fotográfico Fuente epidemiología



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

- Concientización importancia del lavado de manos (5 de mayo).



Fuente Registro fotográfico Fuente epidemiología

- Premiación Grupo con Mayor puntaje actividad lavado de manos



Fuente Registro fotográfico Fuente epidemiología



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

- Capacitación manual de prevención, detección y control de las infecciones asociadas a la atención en salud al personal asistencial (mantenimiento de dispositivos invasivos, aislamientos y lavado de manos).



Fuente Registro fotográfico Fuente epidemiología



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **FORTALEZAS SALUD PUBLICA**

- Se cierra el año 2022 con el 100% de ajustes solicitados por el ente de control con relación a los 1274 eventos de interés en salud pública reportados al SIVIGILA.
- Se notifican 182 eventos de agresión por animales potencialmente transmisores de rabia, de los cuales 99 corresponden al municipio de Facatativá y se ha realizado cierre completo de casos de acuerdo al seguimiento realizado en ficha SAS de Municipio.
- Durante el año en curso se realizaron 16 solicitudes de tratamiento antirrábico, 15 para Facatativá y 1 para el rosal, donde cada uno de los pacientes fueron direccionados a sus EAPB, como se estableció en la ruta de atención del municipio.
- Se reciben 2 casos de evento 300 con visita fallida reportada por la secretaria de salud Municipal al no contar con los datos para ubicación del canino, pendiente lineamiento del ente de control para la solicitud de tratamiento.
- Pendiente direccionar 4 pacientes para tratamiento antirrábico, relaciono identificación: 1074189701, 79138168,
- Se realiza entrega de RIPS a la Secretaria de Salud Municipal, pendiente revisión BAI mes de diciembre.
- Sistematización de fichas epidemiológicas en Indigo

✓ **FORTALEZAS AREA SIAU**

- **Grupo de voluntarios Clown: Narices azules**

Con la implementación de la estrategia clown en el año 2022 se ha obtenido un impacto positivo, ya que con la consolidación de nuestras seis voluntarias "Narices Azules" se han desarrollado actividades para la comunidad de Facatativá en la cual se hizo dos intervenciones con grupos de adulto mayor; igualmente dentro de los servicios hospitalarios se realizó nuestra primera actividad en la cual se obtuvo una muy buena participación por parte del personal asistencial, pacientes y acompañantes con un resultado significativo; teniendo en cuenta que crear estos espacios permiten que a través del poder de la risa, música, danza entre otras técnicas, podamos aportar a la recuperación de los pacientes y a un servicio humanizado.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



Fuente Registro fotográfico Fuente SIAU

✓ **Asociación de usuarios:**

Para el año 2022 se contó en la asociación de usuarios con la participación de diez integrantes quienes se encontraron activas para el desarrollo de veedurías, rondas por los servicios educando sobre deberes y derechos, acompañamiento en la apertura de buzones de sugerencias y a las diferentes actividades que se han desarrollado dentro de la institución.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **Entrega de Diploma a nuestra Asociación de usuarios por su compromiso en el 2022**



Fuente Registro fotográfico Fuente SIAU

✓ **Programa de deberes y derechos:**

Para el 2022 se obtuvo un resultado del 98% en el cumplimiento de las actividades de nuestro programa, fomentando estrategias lúdicas y educativas para la comprensión de deberes y derechos por parte de los usuarios:



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



Fuente Registro fotográfico Fuente SIAU

❖ **FORTALEZAS AREA CALIDAD**

1. DONACIÓN DE ORGANOS

Actualización del programa de donación de Órganos logrando articular las estrategias para promoción de la donación de órganos y capacitación al 90% de médicos generales sobre ruta de atención de pacientes con criterios de posibles donantes.

2. CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES DE CALIDAD PARA LABORATORIO CLINICO

Se realizó visita de laboratorio de salud pública del Departamento con una puntuación de cumplimiento del 85%.

3. UNIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y SISTEMATIZACIÓN DE FORMATO EN INDIGO

Se realizó actualización y unificación de formato de concurrencia de eventos adverso e incidentes donde se unifico para consolidación de programa de Tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivovigilancia y seguridad del paciente.

4. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Se realizó actualización de la gestión documental por medio del Share point institucional el cual se organizó con base a nuestro mapa de procesos



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



5. ACTUALIZACIÓN DE HORARIOS EN EL REPS

Se realizó actualización en el REPS de los horarios asistenciales con base a lo que se tiene habilitado y por estándar de talento humano según Resolución 3100 del 2019.

6. AUTOEVALUACIÓN 3100 DEL 2019

Se realizó auditoría al 100% de los estándares de habilitación para la totalidad de servicios que se tenían ofertado para la fecha de la verificación con un cumplimiento general del 61%

❖ **CAPACIDAD INSTALADA**

		CAPACIDAD INSTALADA				
		Medifaca - 2022				
URGENCIAS	RECURSO FÍSICO					
	SERVICIOS	No.	Horas Dia Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
	Consultorios Urgencias Generales	1	24	720	3	2.160
		1	24	720	3	2.160
		1	12	360	3	1.080
		1	12	360	3	1.080
	TOTAL URGENCIAS GENERALES	4	72	2.160	12	6.480
	Consultorios Triage	1	24	720	6	4.320
	TOTAL CONSULTORIOS	1	24	720	6	4.320
	Observación Adultos	12	24	8.640	NA	240
	Observación Pediátricas	2	24	1.440	NA	40
	TOTAL OBSERVACIÓN	14	48	10.080	-	280
	Sala de Reanimación	1	24	720	1	30
	Sala de Yesos	1	24	720	1	30
	Sala de Procedimientos	1	24	720	1	30
TOTAL SALAS	3	72	2.160	3	90	
APOYO DIAGNOSTICO	RECURSO FÍSICO					
	SERVICIOS	No.	Horas Dia Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
	Toma de Muestras	1	24	720	6	4.320
	Laboratorio Clínico	1	24	720	24	17.280
	Recepción muestras Patología	1	4	88	2	176
	Imagenología Convencional	1	24	720	4	2.880
	Imagenología Especializada	1	24	720	2	1.440
	Tomografía	1	24	720	2	1.440
	Ecografía	1	8	208	3	624
	Diagnóstico Cardiovascular	1	8	176	4	704
	Diagnóstico Invasivo (Hemodinamia, EEF, Vascular, N	1	8	176	2	88
	Servicio Farmacéutico	1	24	720	20	14.400
	Endoscopia Vias Digestivas	1	8	64	3	192
TOTAL	11	180	5.032	72	43.544	



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

CIRUGIA	RECURSO FÍSICO					
	SERVICIOS	No.	Horas Día Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
	Salas Cirugía Programada	2	12	624	NA	250
	Salas Cirugía Urgencias	1	24	720	NA	360
	Recuperación	8	24	5.760	NA	886
	Esterilización	1	24	720	6	4.320
	TOTAL	12	84	7.824	6	5.816

CUIDADO INTENSIVO	RECURSO FÍSICO					
	SERVICIOS	No Camas	Horas Día Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
	Intensivo Adultos - General	16	24	11.520	NA	137
	Intermedio Adultos - General	10	24	7.200	NA	100
	TOTAL	26	48	18.720	-	237

HOSPITALIZACIÓN	RECURSO FÍSICO					
	SERVICIOS	No Camas	Horas Día Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
	Hospitalización General Adultos	36	24	25.920	NA	338
	TOTAL	36	24	25.920	-	338

Tabla 77. Fuente: capacidad instalada Clínica MEDIFACA 2022

GESTIÓN FINANCIERA

❖ INDICADORES FINANCIEROS

✓ Ingresos Netos Operacionales



Gráfica 69.

Para el año 2022 clínica Medifaca obtuvo ingresos netos operaciones que ascienden a los \$50.868 millones, representando una reducción de 2 puntos porcentuales frente al valor del año 2021.

El deterioro que viene sufriendo el sector salud derivó una serie de riesgos previstos por la clínica quien a su vez adelantó acciones orientadas a minimizar el impacto en su funcionamiento, mantener su solvencia y garantizar su sostenibilidad financiera.



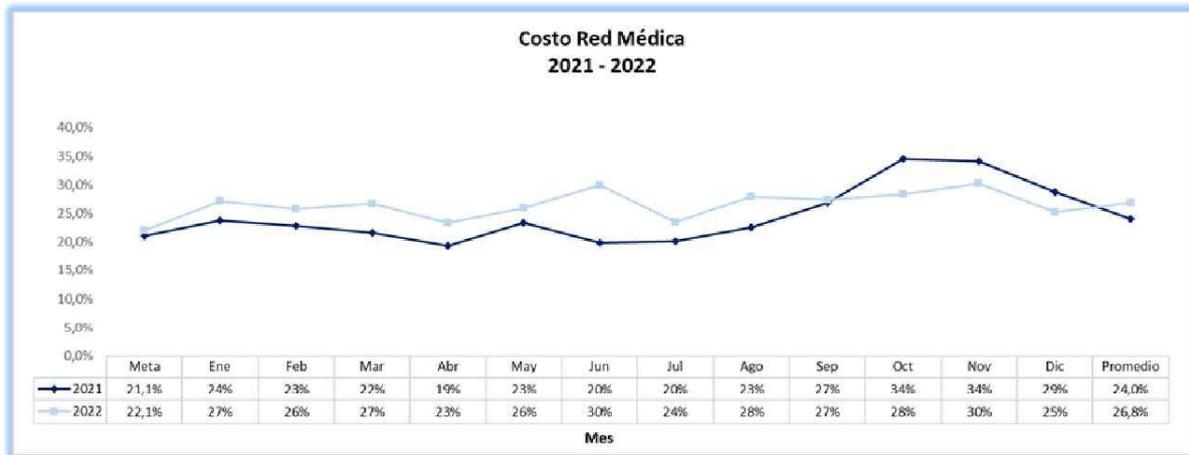
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Durante el año 2022 se diversificaron los servicios ofertados a las diferentes entidades administradoras de planes de beneficios, con el fin de garantizar el acceso a todos los usuarios con un enfoque integral en la prestación.

✓ **Costo Red Medica**



Gráfica 70.

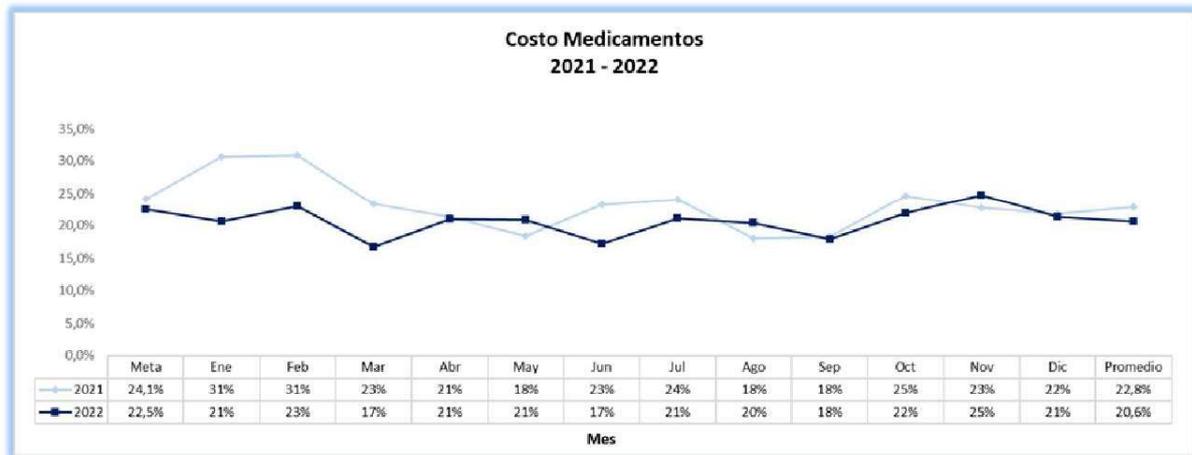
Meta sobresaliente del indicador	<22,1%
Resultado del periodo del indicador	26,8%
Brecha con la meta	4,7%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	24%
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	- Baja utilidad de especialidades como cirugía general, cirugía cardiovascular, neurointervencionismo y ortopedia
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	- Incremento de tarifas ofertadas a las EAPB. - Ajuste de tarifas con la red médica para incrementar el margen de ganancia.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Costo Medicamentos**



Gráfica 71.

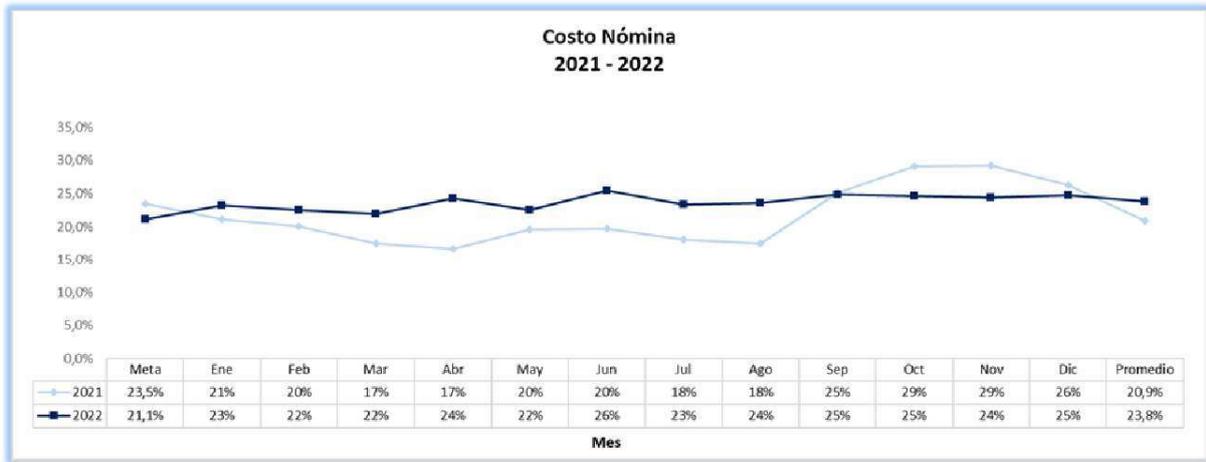
Meta sobresaliente del indicador	<=22,5%
Resultado del periodo del indicador	20,6%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	22,8%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuste de tarifas en productos desabastecidos. - Aprovechamientos desde los servicios asistenciales. - Acciones de mejora implementadas en el proceso de dispensación farmacéutica, para disminución de ajustes por faltantes.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> - N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener las políticas de utilidad establecidas para las ofertas de insumos y medicamentos. - Incrementar los aprovechamientos de inventario en los servicios. - Seguimiento a las acciones de mejora establecidas en las farmacias y almacenes para disminución de ajustes. - Capacitación y entrenamiento al personal nuevo del servicio farmacéutico para garantizar la adherencia a los procesos.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Costo Nómina**



Gráfica 72.

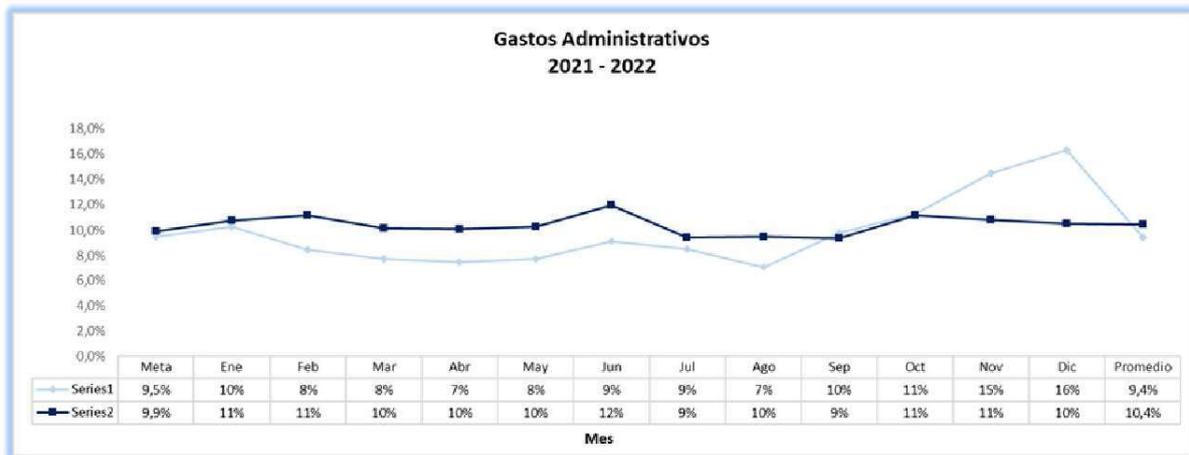
Meta sobresaliente del indicador	$\leq 21,1\%$
Resultado del periodo del indicador	23,8%
Brecha con la meta	2,7%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	20,9%
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> - Contratación de personal autorizado fuera de presupuesto. - Reubicaciones de personal.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento meta de facturación para que compense el costo que representa el personal contratado. - Diminución del costo por horas extras. - Contención del otros costos de personal, tales como dotación y bienestar.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Gastos Administrativos**



Gráfica 73.

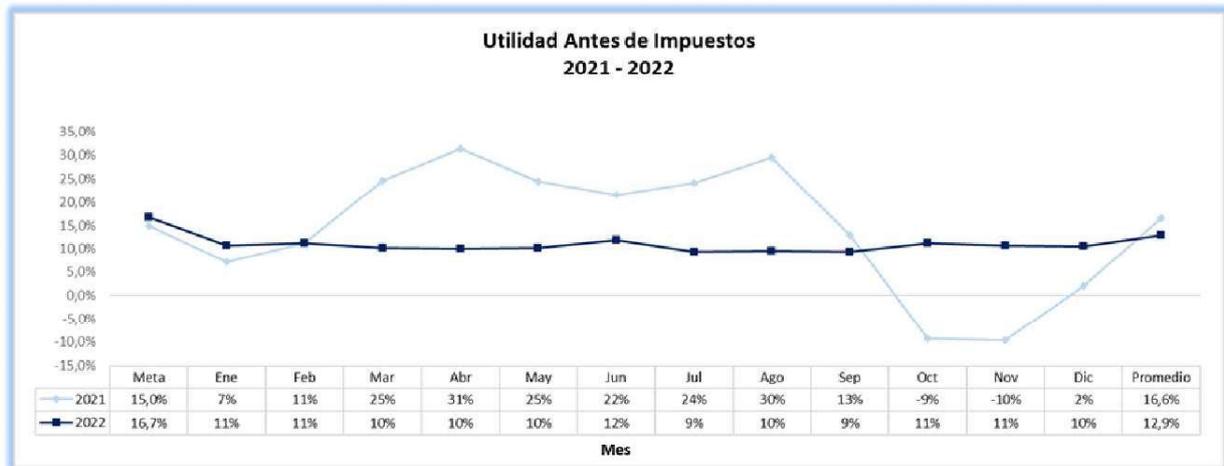
Meta sobresaliente del indicador	<=9,9%
Resultado del periodo del indicador	10,4%
Brecha con la meta	0,5%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	9,4%
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	- Desviación del rubro de mantenimiento por desgaste de los equipos, pólizas, ropa hospitalaria por deterioro, servicio de aseo y servicio de energía.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	- Cumplimiento meta de facturación para que compense los gastos fijos. - Contención del gasto en los rubros con la desviación más marcada.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Utilidad Antes de Impuestos**



Gráfica 74.

Meta sobresaliente del indicador	$\geq 16,7\%$
Resultado del periodo del indicador	12,9%
Brecha con la meta	3,8%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	16,6%
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> - No cumplimiento del indicador de ventas por restricciones establecidas para disminuir los riesgos inherentes a la recuperación de cartera. - Brechas negativas de los indicadores de costo médico, gastos generales y costo de nómina.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento meta de facturación para que compense los costos y gastos fijos. - Contención del gasto en los rubros con la desviación más marcada. - Incrementar el margen de ganancia de servicios a través de aumento de tarifas a EAPB y ajuste de tarifas de la red médica. - Diversificación de servicios ofertados. - Disminución del indicador de glosas aceptadas.

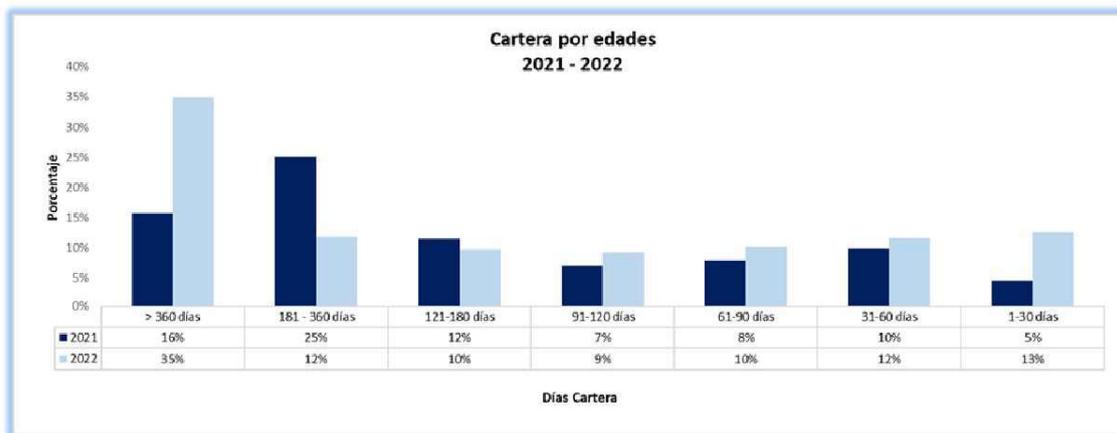


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



❖ **INDICADORES DE CARTERA**

✓ **Cartera por edades**

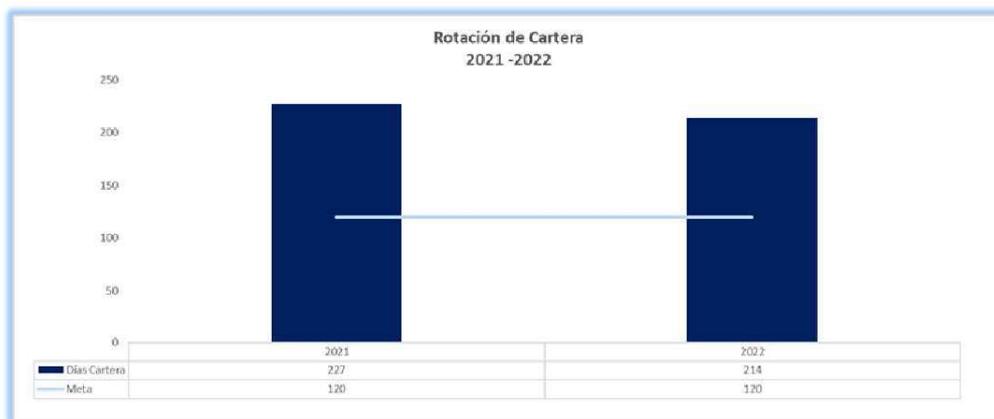


Gráfica 75.

Para el cierre del año 2022 el valor total de la cartera es de \$27.265 millones, lo que significó una disminución del 3,5% con respecto a la deuda reportada en el año 2021.

Según las categorías, la mayor participación en la deuda total corresponde a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo (52%), seguida por las EPS-S del Régimen Subsidiado (39%) y en tercer lugar las aseguradoras SOAT (5%). Estas tres categorías concentran el 95% de la deuda total registrada a diciembre de 2022.

✓ **Rotación de Cartera**



Gráfica 76.

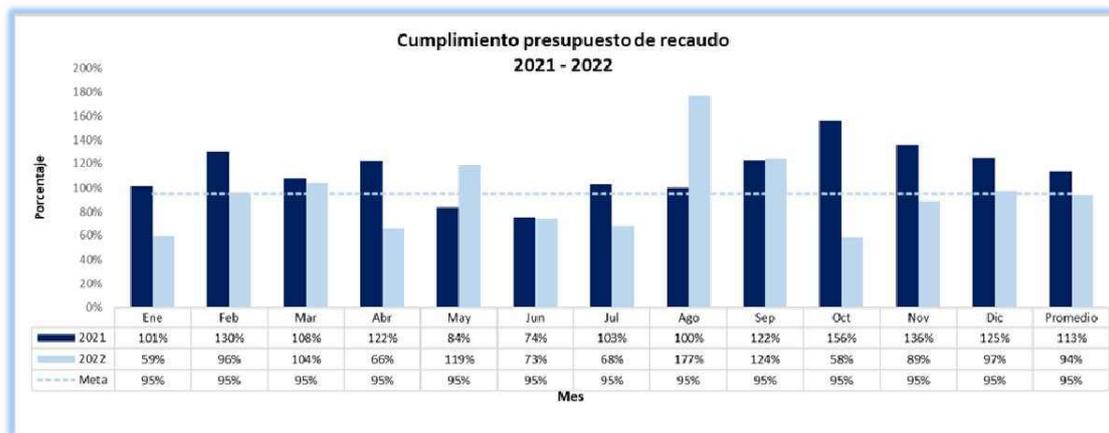


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Meta sobresaliente del indicador	<120 días
Resultado del periodo del indicador	214 días
Brecha con la meta	94 días
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	227 días
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Acuerdos de pago - Circularización de cartera - Conciliación de cartera trimestral - Legalización de pagos - Priorización en la gestión de cobranza de entidades con el mayor monto de cartera. - Seguimiento a conciliación de glosas.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> - Incumplimiento en el pago de EPS con volúmenes de facturación altos. - Los giros percibidos no son proporcionales a la facturación generada. - Intervención y liquidación de EPS que registran montos de cartera elevados. - Alto volumen de glosas generadas por las EAPB.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la cartera depurada con saldos claros. - Legalizar los pagos oportunamente. - Fortalecer el seguimiento realizado a la cartera de la totalidad de EAPB, en cuanto a tiempos y frecuencia. - Oportunidad en las conciliaciones de glosas, empleando mecanismos de presión para lograr el agendamiento de citas.

✓ **Recaudo**



Gráfica 76.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

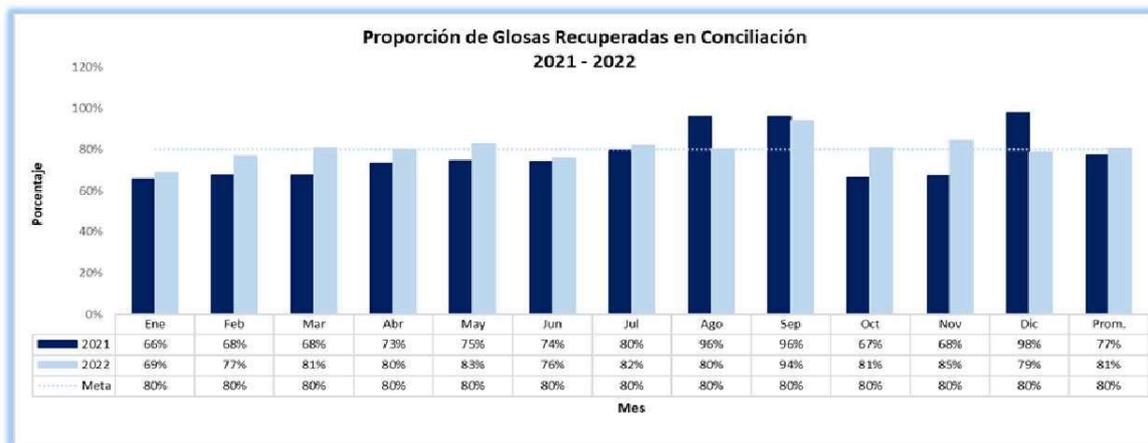


"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	94%
Brecha con la meta	1%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	113%
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> - Incumplimiento de acuerdos de pago con EAPB con las cuales se establecieron giros conformes al promedio de facturación generada. - Glosas generadas que ingresan como saldos pendientes por conciliar y por tanto no registran en las EPAB como pendiente de pago. - Demora en la asignación de citas tanto para conciliación de cartera como glosas. - Barreras administrativas por parte de las EAPB que bloquean y retrasan el proceso de cobro realizado por el analista de cartera.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el seguimiento realizado a la cartera de la totalidad de EAPB, en cuanto a tiempos y frecuencia. - Ejecutar mecanismos de presión en conjunto con el área jurídica para lograr la recuperación de cartera. - Conciliar la cartera de manera trimestral para garantizar saldos claros y de esta manera facilitar la gestión de cobro.

❖ **INDICADORES DE GLOSAS**

✓ **Proporción de glosas recuperadas en conciliación**



Gráfica 77.



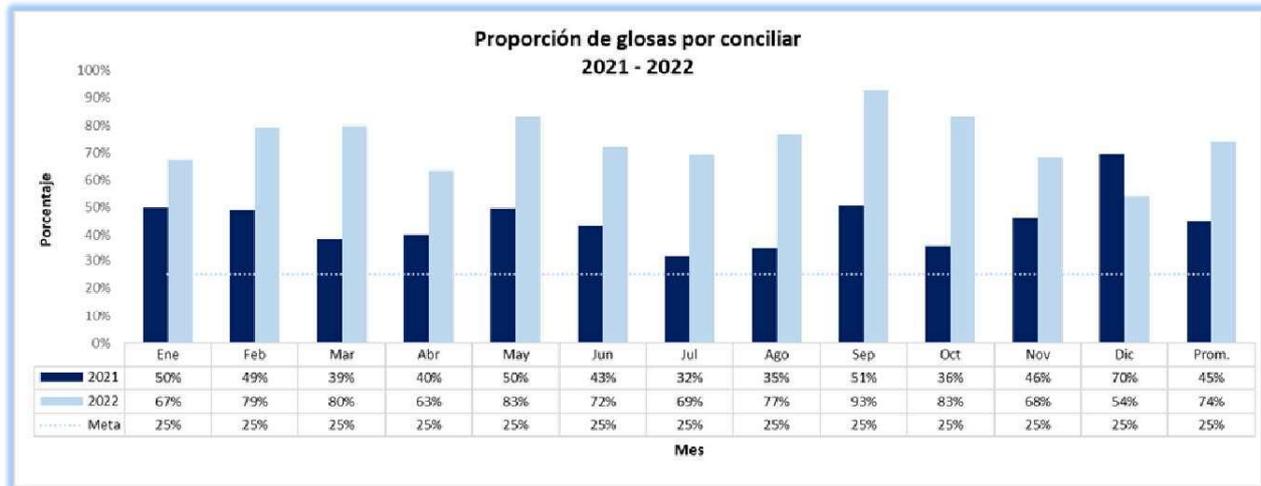
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Meta sobresaliente del indicador	>=80%
Resultado del periodo del indicador	81%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	77%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Conciliación de glosas uno a uno - Levantamiento de glosa en respuesta inicial, como resultado de la gestión realizada para subsanar estas objeciones y evitar que lleguen a última instancia en conciliación. - Apoyo del área de Auditoría Médica en respuesta, proyección y conciliación.
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar con las conciliaciones uno a uno y evitar los paretos. - Involucrar a los especialistas en la conciliación de glosas para que aporten conceptos técnicos que faciliten el levantamiento de las objeciones. - Pre auditoría de cuentas efectiva. - Socialización de glosa justificada con el personal responsable.

✓ **Proporción de glosas por conciliar**



Gráfica 78.



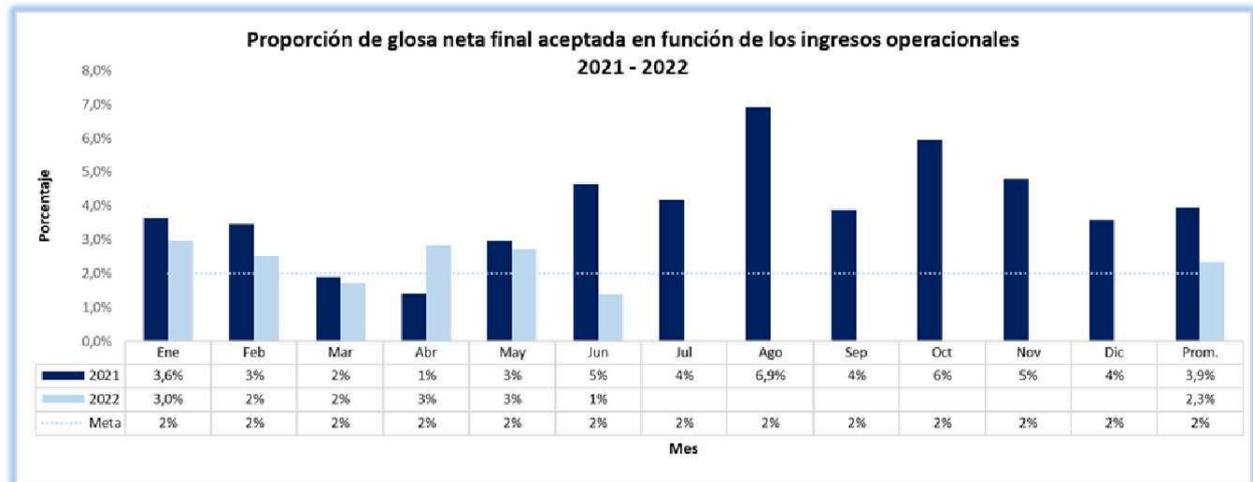
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Meta sobresaliente del indicador	<=25%
Resultado del periodo del indicador	74%
Brecha con la meta	49%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	45%
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> - No existe contrato con la totalidad de entidades, lo que genera un alto volumen de glosa por tarifas, dado que las EAPB manejan unos precios referentes distantes de los que maneja la clínica. - Demora en la asignación de citas de conciliación. - Glosa injustificada como estrategia de las EPS para dilatar los pagos.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Avanzar con la contratación de servicios, insumos y medicamentos. - Ejecutar mecanismos de presión en conjunto con el área jurídica para lograr la asignación de citas de conciliación. - Conciliar la cartera de manera trimestral, dado que la mayoría de entidades condicionan la asignación de citas para conciliar glosas a la depuración de cartera.

✓ **Proporción de glosa neta final aceptada en función de los ingresos operacionales**



Gráfica 79.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Meta sobresaliente del indicador	<=2% (Cálculo semestral)
Resultado del periodo del indicador	2,3%
Brecha con la meta	0,3%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	3,9%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Conciliación de glosas uno a uno, donde se identificó un monto importante de glosa injustificada posible de recuperar. - Apoyo del área de Auditoria Médica en respuesta, proyección y conciliación de glosa. - Ajuste de proceso de autorizaciones para disminuir las objeciones por este concepto. - Retroalimentación al personal de radicación respecto al tema de soportes que no se evidenciaban adjuntos a las cuentas o casos donde se identificaron documentos ilegibles. - Socialización de objeciones justificadas en grupos primarios de Facturación y al área médica a través del Auditor concurrente y mediante correo electrónico.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> - Conciliaciones administrativas realizadas durante algunos meses del año autorizadas para mejorar la rotación de cartera y el flujo de recursos hacia la clínica. - Errores de facturación, tales como insumos no facturables, definición de vías, tarifas mal parametrizadas. - Glosa justificada por pertinencia médica.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar con las conciliaciones uno a uno y evitar paretos. - Involucrar a los especialistas en la conciliación de glosas para que aporten conceptos técnicos que faciliten el levantamiento de las objeciones. - Pre auditoría de cuentas efectiva. - Socialización de glosa justificada con el personal responsable.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



❖ **INDICADORES DE COMPRAS**

✓ **Proporción de productos que llegaron de manera oportuna**



Gráfica 80.

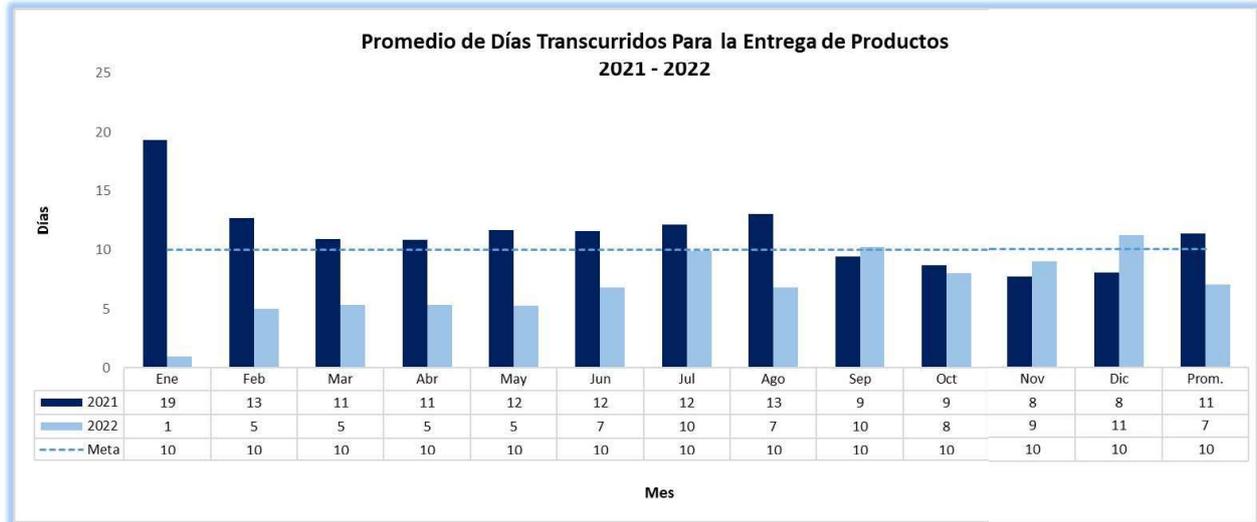
Meta sobresaliente del indicador	>=95%
Resultado del periodo del indicador	90%
Brecha con la meta	5%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	87%
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> - Desabastecimiento de productos. - Demora en generación de órdenes de compra por parte de central de compras. - Demoras en los despachos por parte de los proveedores
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar oportunamente el déficit de inventario para realizar seguimiento antes de que se agoten las existencias. - Reportar a central de compras los problemas relacionados con demanda insatisfecha para que tomen acciones de mejora directamente con los proveedores.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Promedio de días transcurridos para la entrega de productos**



Gráfica 81.

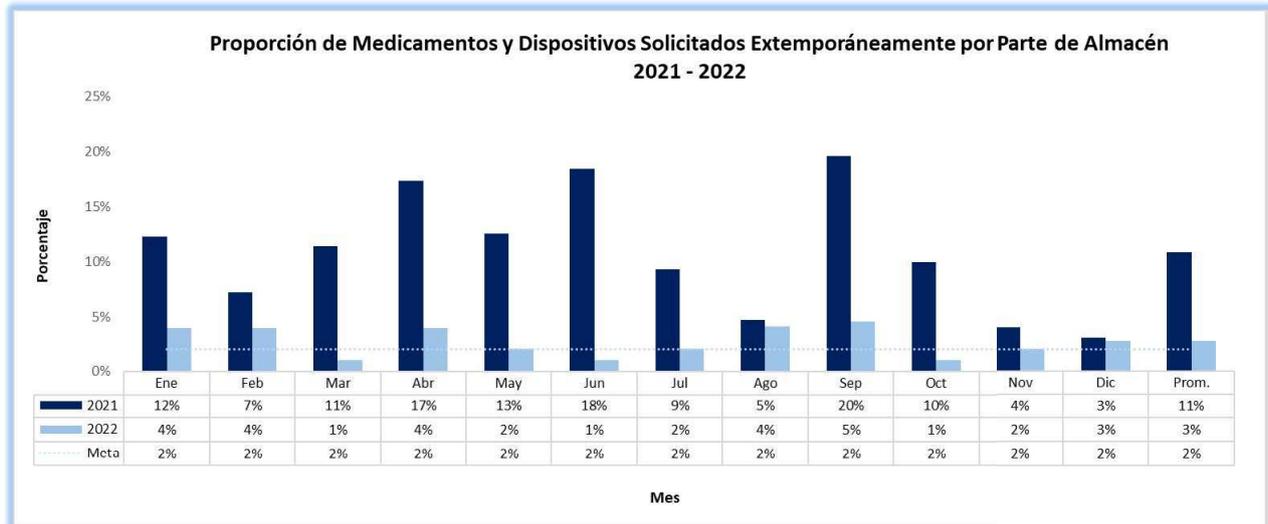
Meta sobresaliente del indicador	10 días
Resultado del periodo del indicador	7 días
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	11 días
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento a pedidos por parte del área de almacén - Entregas parciales - Reasignación de pedidos oportuno.
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento a pedidos por parte del área de almacén - Comunicación asertiva y oportuna con el analista de compras para que reasigne rápidamente los productos de difícil consecución o se generen alternativas.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Proporción de medicamentos y dispositivos solicitados extemporáneamente por parte de almacén**



Gráfica 82.

Meta sobresaliente del indicador	2%
Resultado del periodo del indicador	3%
Brecha con la meta	1%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	11%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del pedido en conjunto con la Dirección Médica y el Químico Farmacéutico para definir las cantidades suficientes para cada mes y de esta manera evitar compras extemporáneas. - Seguimiento a pedidos
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> - Inoportunidad en la entrega por parte de los proveedores.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento a pedidos por parte del área de almacén. - Continuar con la revisión del pedido con la Dirección Médica y el Químico Farmacéutico. - Comunicación asertiva y oportuna con el analista de compras para que reasigne rápidamente los productos de difícil consecución o se generen alternativas que eviten demanda insatisfecha.

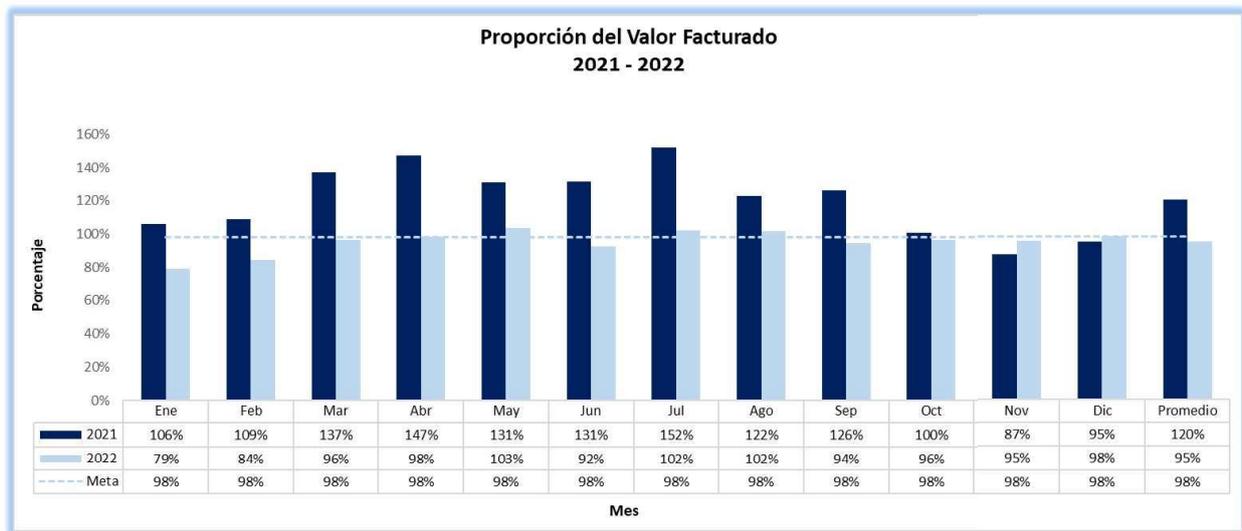


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



❖ **INDICADORES DE FACTURACIÓN**

✓ **Proporción del valor facturado**



Gráfica 83.

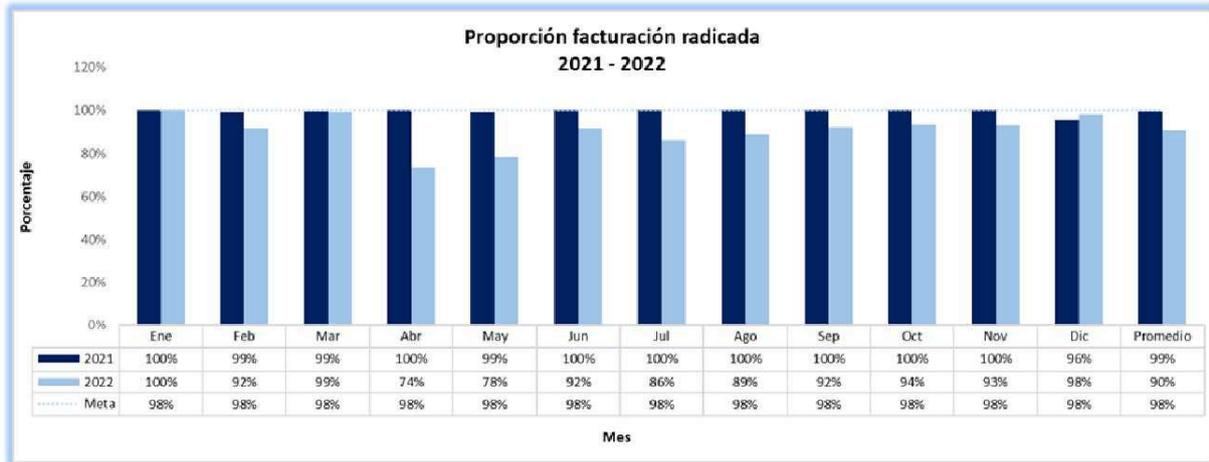
Meta sobresaliente del indicador	>98%
Resultado del periodo del indicador	95%
Brecha con la meta	3%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	120%
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas preventivas tomadas con algunas EPS para disminuir los riesgos de deterioro de cartera. - Intervención y liquidación de Entidades Promotoras de Salud que representaban un monto significativo en la facturación. - Problemas asociados con el direccionamiento de usuarios por parte de las EAPB.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Suscripción de nuevos contratos con EAPB para incrementar el direccionamiento de usuarios a Medifaca. - Ampliación del portafolio de servicios. - Facturación de la totalidad de atenciones con alta médica cada mes.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Proporción facturación radicada**



Gráfica 84.

Meta sobresaliente del indicador	>98%
Resultado del periodo del indicador	90%
Brecha con la meta	8%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	99%
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	- Demoras en la recepción de las cuentas por parte de EPS que cuentan con validaciones no definidas normativamente, generando barreras en la radicación de la facturación.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	- Adelantar acciones orientadas por el área jurídica para lograr la radiación oportuna de las cuentas.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



❖ **LOGROS DE LA GESTIÓN FINANCIERA**

✓ **Facturación y Glosas**

- Aumento del porcentaje de glosa recuperada en conciliación, paso del 77% (año 2021) al 81% para el cierre del año 2022.
- Se fortaleció el área de facturación con el proceso de pre-auditoría de cuentas para disminuir el porcentaje de glosas y devoluciones.
- Se alineó el proceso entre facturación, auditora y glosas para disminuir el porcentaje de objeciones.

✓ **Pagos y Tesorería**

- Ampliación de líneas de crédito para adquirir equipo médico, gracias al excelente comportamiento en los pagos a las entidades que otorgaron financiación a la clínica; durante el 2022 se adquirió el microscopio quirúrgico y se tramitó el crédito para la compra del resonador.
- Cumplimiento de la programación de pagos de acuerdo a planeación mensual realizada.

✓ **Contabilidad**

- Cumplimiento en el reporte de información financiera a la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades de control y vigilancia.
- Cumplimiento de todas obligaciones tributarias.

✓ **Inventarios**

- Disminución del porcentaje de ajustes de inventario por faltantes y sobrantes principalmente en el almacén y las farmacias, gracias al trabajo en conjunto de todas las áreas involucradas:
 - Almacén General, sobrantes (año 2021/0,3% - año 2022/0,1%) faltantes (año 2021/0,1% - año 2022 /0,0%)
 - Farmacia Principal, sobrantes (año 2021/2,5% - año 2022 /0,4%) faltantes (año 2021/3,3% - año 2022 /0,2%)
 - Farmacia Quirófano, sobrantes (año 2021/0,5% - año 2022/0,2%).

✓ **Cartera**

- Disminución del indicador de rotación de cartera (año 2021/227 días - año 2022/214 días).



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

❖ **PROCESO DE INDUCCIÓN**

✓ **Proporción de trabajadores que realizan la inducción general**



Gráfica 85. Fuente: Tablero de indicadores de talento humano

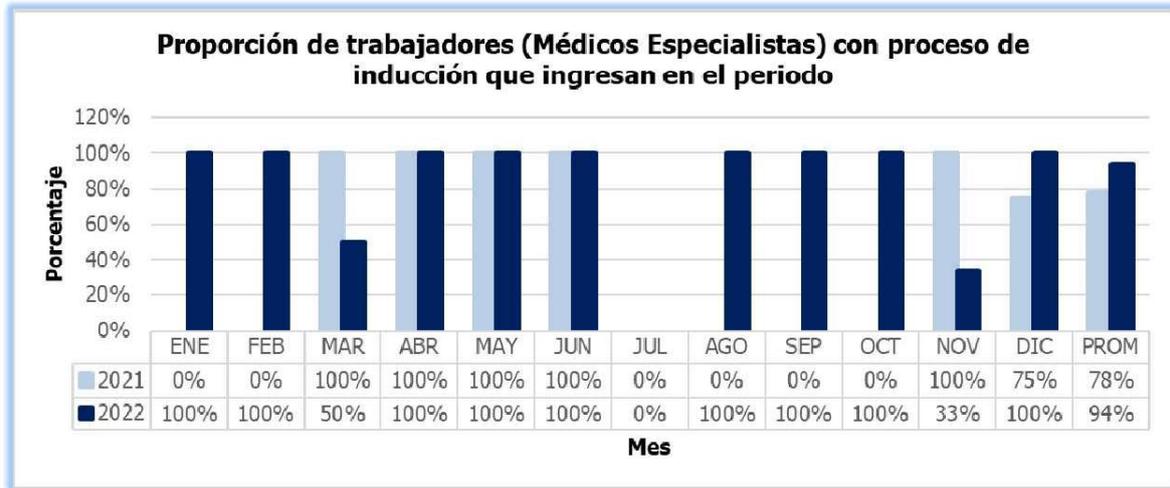
Meta sobresaliente del indicador	100 %
Resultado del periodo del indicador	99%
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2021: 99% Año 2022: 99% Brecha: N/A
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mayor control y seguimiento al personal que ingresa, solicitud de confirmación de programación de inducción a los líderes. ✓ No generar carnet ni autorizaciones de ingreso al biométrico hasta que los funcionarios no cumplan con el proceso de inducción. ✓ Sensibilización por parte de la gerencia en comité de gerencia a los directivos sobre el impacto en los funcionarios
Motivos de la desviación	Renuncia de una trabajador al día siguiente sin realizar la inducción
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Programación oportuna para el desarrollo de la inducción general, comunicación constante con los líderes de procesos para la realización de la inducción



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Proporción de terceros que realizan la inducción general**



Gráfica 86. Fuente: Tablero de indicadores de talento humano

Meta sobresaliente del indicador	100 %
Resultado del periodo del indicador	94%
Brecha con la meta	6 puntos porcentuales negativos
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2021: 78% Año 2022: 94% Brecha: 16 puntos positivos
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No generar carnet ni autorizaciones de ingreso al biométrico hasta que los funcionarios no cumplan con el proceso de inducción. ✓ Notificar a los interventores de contratos sobre los horarios de inducción y la necesidad de que las empresas contratistas notifiquen al área de talento humano los ingresos. ✓ Sensibilización por parte de la gerencia en comité de gerencia a los directivos sobre el impacto en los funcionarios
Motivos de la desviación	1 perfusionista 1 anestesióloga cardiovascular
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>Programación oportuna para el desarrollo de la inducción general, comunicación constante con los líderes de procesos para la realización de la inducción</p> <p>No se genera carnet al personal que no realice la inducción.</p> <p>Nueva estrategia: Se realizara el seguimiento de formar semanal por parte de la analista de talento humano encargada de bienestar y desarrollo.</p>



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





Gráfica 87. Fuente: Tablero de indicadores de talento humano

Meta sobresaliente del indicador	100 %
Resultado del periodo del indicador	95%
Brecha con la meta	5 puntos porcentuales negativos
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2021: 97% Año 2022: 95% Brecha: 2 puntos negativos
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No generar carnet ni autorizaciones de ingreso al biométrico hasta que los funcionarios no cumplan con el proceso de inducción. ✓ Notificar a los interventores de contratos sobre los horarios de inducción y la necesidad de que las empresas contratistas notifiquen al área de talento humano los ingresos. ✓ Sensibilización por parte de la gerencia en comité de gerencia a los directivos sobre el impacto en los funcionarios
Motivos de la desviación	Personal de Smart no realiza la inducción de manera oportuna.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>Programación oportuna para el desarrollo de la inducción general, comunicación constante con los líderes de procesos para la realización de la inducción</p> <p>No se genera carnet al personal que no realice la inducción.</p> <p>Nueva estrategia:</p> <p>Se realizará el seguimiento de formar semanal por parte de la analista de talento humano encargada de bienestar y desarrollo.</p> <p>Se garantiza con la coordinación de talento humano de Smart el seguimiento a estas personas que no realizan la inducción y el espacio adecuado para realizarlo</p>



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



❖ **EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO**

✓ **Proporción de funcionarios evaluados a término fijo**



Gráfica 88. Fuente: Tablero de indicadores de talento humano

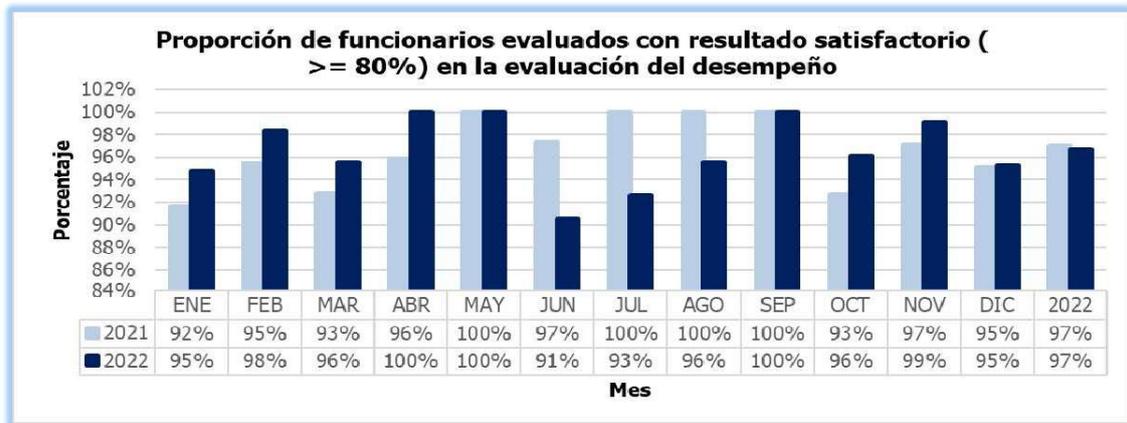
Meta sobresaliente del indicador	95 %
Resultado del periodo del indicador	100%
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2021: 98% Año 2022: 100% Brecha: 2 puntos porcentuales positivo
Estrategias implementadas	✓ Se realiza la programación de evaluaciones de desempeño por medio del aplicativo meta4
Motivos de la desviación	N..A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	✓ No se realiza solicitud de otro si de contrato a menos de que cuente con la evaluación de desempeño realizada



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



- ✓ **Proporción de funcionarios evaluados con resultado satisfactorio en la evaluación del desempeño**



Grafica 89. Fuente: Tablero de indicadores de talento humano

Meta sobresaliente del indicador	95 %
Resultado del periodo del indicador	97%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2021: 97% Año 2022: 97% Brecha: N/A
Estrategias implementadas	✓ Se realizan acciones de seguimiento de ser requerido para mejorar el desempeño
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	✓ Seguimiento a las acciones de mejora



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



❖ **Capacitación**

✓ **Proporción de actividad ejecutadas en el plan de capacitación**



Grafica 90. Fuente: Tablero de indicadores de talento humano

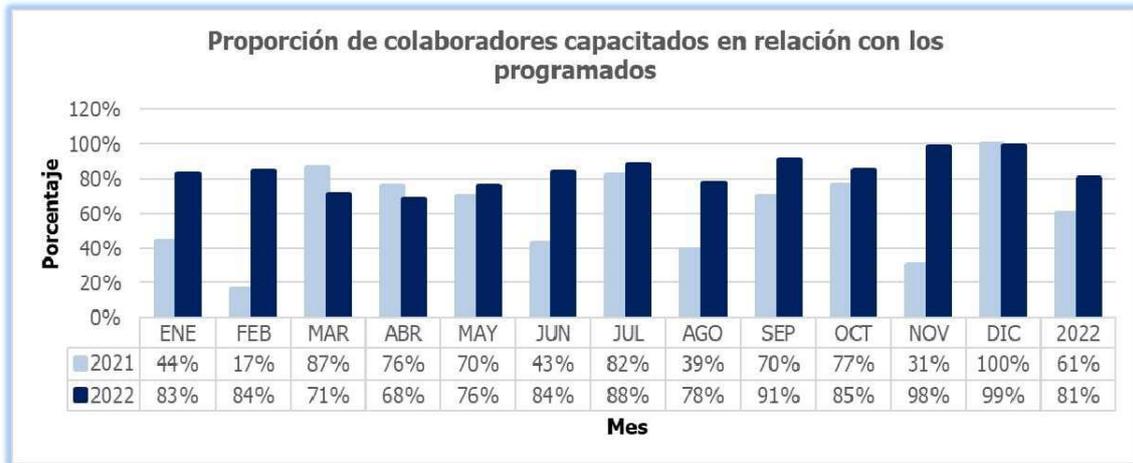
Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	98%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2021: 83% Año 2022: 98% Brecha: 44 puntos porcentuales positivos
Estrategias implementadas	✓ Se entregan oficios a inicio de mes recordando las capacitaciones programadas.
Motivos de la desviación	Se da un cumplimiento del 98%, con 8 capacitaciones realizadas de manera extemporánea.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se organiza el plan de capacitación para que no quede de forma recargada y poco viable de dar cumplimiento. ✓ Las capacitaciones reprogramas, se fija fecha desde su incumplimiento para dar cumplimiento posterior.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Cobertura del plan de capacitación institucional**



Grafica 91. Fuente: Tablero de indicadores de talento humano

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	81%
Brecha con la meta	14 puntos negativos
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2021: 61% Año 2022: 81% Brecha: 20 puntos porcentuales positivos
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se organizan las capacitaciones en diversos horarios para lograr su cumplimiento ✓ Se abre la oportunidad de poder capacitar por medio de Moodle
Motivos de la desviación	Se da un cumplimiento del 98%, con 8 capacitaciones realizadas de manera extemporánea.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se realizara entrega de trabajadores faltantes por capacitación, para que el líder de la misma, designe uno de los trabajadores faltante para que capacite al resto del personal faltante.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



❖ **Bienestar**

✓ **Proporción de actividades de bienestar laboral ejecutadas**



Gráfica 92. Fuente: Tablero de indicadores de talento humano

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	100%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2021: 97% Año 2022: 100% Brecha: 3 puntos positivos de año a año
Estrategias implementadas	✓ Se organizan las actividades con antelación
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	✓ Se ajusta el grupo de trabajo de talento humano, para que una persona lidere el proceso de bienestar y de cumplimiento a esto.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Proporción de funcionarios que participaron en las actividades del programa de bienestar laboral**



Gráfica 93. Fuente: Tablero de indicadores de talento humano

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	95%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2021: 79% Año 2022: 95% Brecha: 16 puntos porcentuales positivos
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se realizan las actividades en todos los turnos y en todos los servicios ✓ Se invita con antelación a las actividades para la participación
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se da cobertura a todos los servicios.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



❖ **Indicadores de Seguridad y salud en el trabajo**

✓ **Frecuencia de accidentes de trabajo global**



Grafica 94. Fuente: Tablero de indicadores sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

Meta sobresaliente del indicador	<2
Resultado del periodo del indicador	Global: 6,23 (28/450) Directos: 8,46 (27/319) Terceros: 0,77 (1/300)
Brecha con la meta	Se presenta brecha de 4,23 teniendo en cuenta que tiene la sumatoria del proceso de todo el año y la meta continua con el <2
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	En el 2022 disminuyo 11 accidentes en comparación con el 2021 Global: 8,67 (39/450) Directos: 9,71 (31/319) Terceros: 6,14 (8/130)
Estrategias implementadas	✓ Se realiza las respectivas investigaciones de accidentes y se genera plan de acción según el tipo de AT
Motivos de la desviación	Los accidentes presentados fueron ocasionados especialmente por falta de atención en las actividades que realizaban. Directos <ul style="list-style-type: none"> • Por tipo de personal: los 4 accidentes fueron presentados por personal asistencial. • Por tipo de riesgo: 1 biológico, 1 mecánico y 2 físicos. • Por servicio: Hemodinamia, estar de enfermería, farmacia y enfermería-urgencias. • Por cargo: 1 jefe de enfermería, 1 médico general, 1 auxiliar de farmacia y 1 auxiliar de enfermería • Por día: 2 lunes, 1 domingo y 1 martes.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar los planes de acción propuestos en las investigaciones de los AT. • Continuar realizando la socialización de lección aprendida por parte del trabajador accidentado.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL**



Grafica 95. Fuente: Tablero de indicadores sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

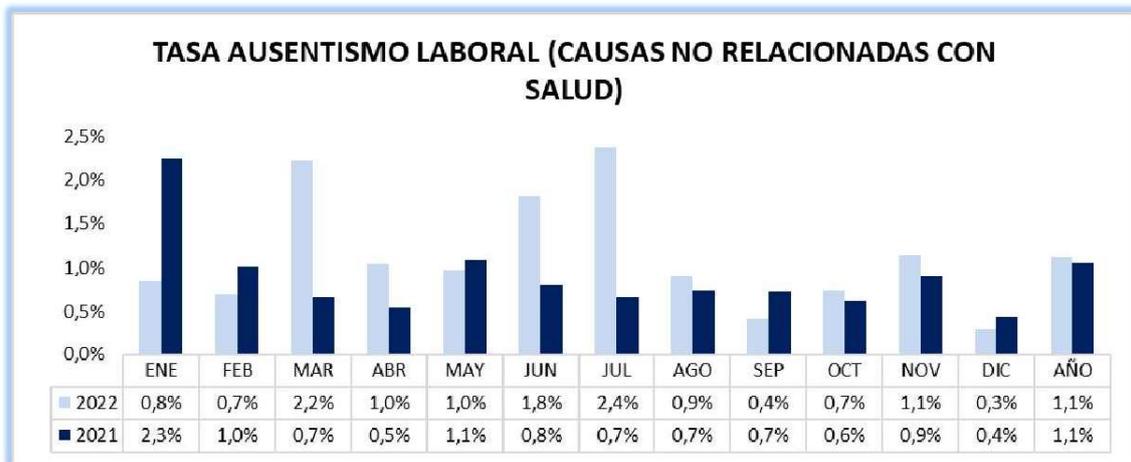
Meta sobresaliente del indicador	<2
Resultado del periodo del indicador	Global: 14,46 (65/450) Directos: 20,35 (65/319) Terceros: 0 (0/300)
Brecha con la meta	Se presenta brecha de 4,23 teniendo en cuenta que tiene la sumatoria del proceso de todo el año y la meta continua con el <2
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	Para el año 2022 se evidencio un número de días igual al 2021, esto muestra que en el 2022 la accidentalidad presento más ausentismo en el primer semestre comparado con el 2022. Global: 14,46 (65/450) Directos: 20,35 (65/319) Terceros: 0 (0/300)
Estrategias implementadas	Seguimiento al personal, inducción y reinducción, lesiones aprendidas del accidente de trabajo. Se debe revisar el tablero de indicadores para obtener un resultado de meta más exacto en trimestre, semestre y año, por ello se revisará con Nacional.
Motivos de la desviación	Se presenta desviación por los 30 día de incapacidad generados por fractura de radio y cubito por caída.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Continuar con el seguimiento de las actividades del plan de trabajo las cuales están enfocadas a la prevención de accidentes, control de riesgos y por ende control y disminución del ausentismo laboral por esta causa.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **TASA DE AUSENTISMO GLOBAL (CAUSAS NO RELACIONADAS CON SALUD)**



Grafica 96. Fuente: Tablero de indicadores sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

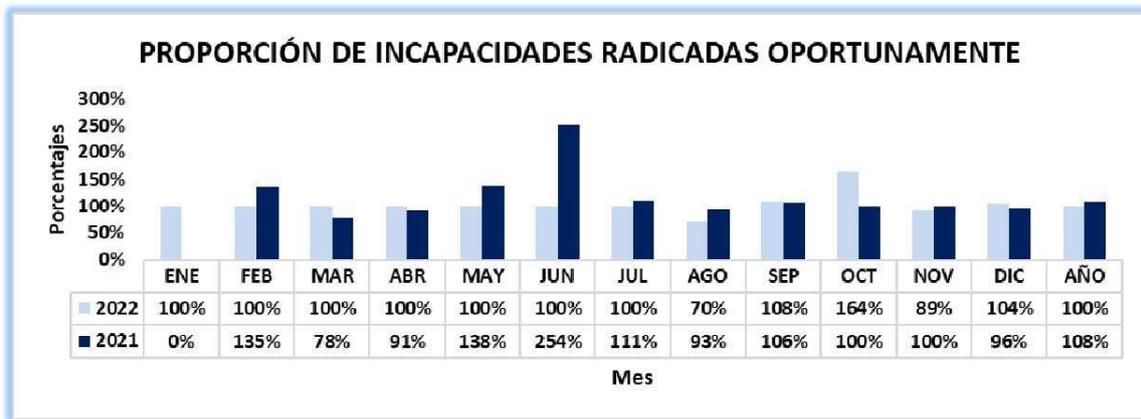
Meta sobresaliente del indicador	<2%
Resultado del periodo del indicador	1,12% (8210/735744)
Brecha con la meta	No se presenta brecha con la meta establecida.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	0.86% (5964/697344) En el año 2022 se reportaron más días de ausentismo, aunque no se pasa de la meta establecida el aumento es considerable.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza verificación de los permisos
Motivos de la desviación	Permisos compensados: 4544 horas Permisos por calamidad: 376 horas Permisos por horas: 3144 horas
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Este indicador se saca manualmente, dado que en el tablero de indicadores de SST no se calcula por horas hombres laboradas, sino que se calcula según lo actualizado por la Resolución 312 de 2019, es decir, por días trabajados.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **PROPORCIÓN DE INCAPACIDADES RADICADAS OPORTUNAMENTE**



Grafica 97. Fuente: Tablero de indicadores sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

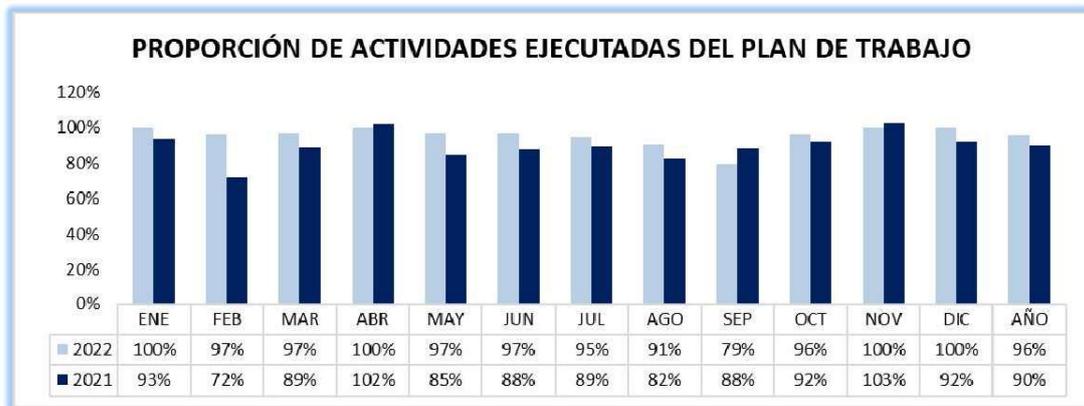
Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	Se cierra el año 2022 con un 100% de cumplimiento en las incapacidades radicadas a las EPS. 100% (232/232)
Brecha con la meta	No se presenta brecha en el indicador.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	Realizando comparación de los años 2021 y 2022 no se presentó brecha en los diferentes meses y se terminó el año con un cumplimiento favorable. 100% (225/226)
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Tramitar de manera inmediata las incapacidades que se pueden recaudar ante cada entidad. • Socializar desde la inducción el tiempo establecido para entrega de los soportes originales de las incapacidades en talento humano. • Realizar acercamiento vía WhatsApp, telefónico o personal con cada trabajador para solicitar los documentos requeridos de la incapacidad o licencia.
Motivos de la desviación	No se presentó desviación en el indicador
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Continuar realizando el procesamiento de las incapacidades tan pronto se reciban y seguimiento a la entrega de los soportes originales por parte de los trabajadores.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **PROPORCIÓN DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DEL PLAN DE TRABAJO**



Grafica 98. Fuente: Tablero de indicadores sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

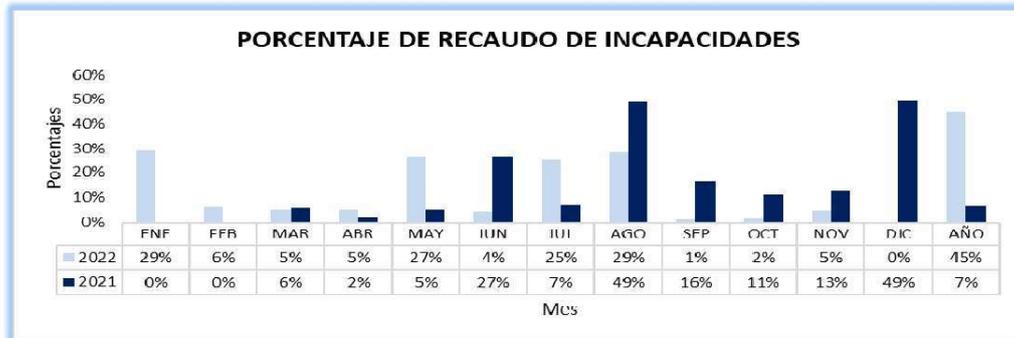
Meta sobresaliente del indicador	>100%
Resultado del periodo del indicador	96% (366/381)
Brecha con la meta	La brecha en el año fue de 4%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	90% (375/417) Para el año 2021 fue menor el porcentaje de cumplimiento comparado con el 2022
Estrategias implementadas	Continuar con el cumplimiento de las actividades del plan de trabajo.
Motivos de la desviación	<p>Durante el 2022 no se cumplió al 100% de las actividades, debido al cambio de coordinación de seguridad y salud en el trabajo, actividades que se realizaban de forma mensual no fue posible la realización.</p> <p>No se realiza la actividad en alianza con ARL</p> <p>No se realiza actualización de documentación requerida, por carga operativa</p> <p>Queda pendiente visita de asesor externo de SST para actividad de evaluación del sistema de gestión 2022</p> <p>No se logra acompañamiento de asesor ARL tiempo completo lo que recarga labores operativas en el coordinador de seguridad y salud en el trabajo</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>Análisis de la necesidad de las actividades a realizar para no recargar el plan de trabajo</p> <p>Solicitud de asesor de ARL tiempo completo (no ha sido posible concertar dentro del plan de trabajo)</p>



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **PORCENTAJE DE RECAUDO DE INCAPACIDADES**



Grafica 98. Fuente: Tablero de indicadores sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	45% (\$93.387.542/\$208.241.657)
Brecha con la meta	En el año 2022 la brecha llego a 55%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	49% (\$31.598.757/\$63.968.531) Durante los dos periodos comparados no se cumple con la meta establecida. Por fallas en el tablero del indicador, desde Nacional se decide no tomar comparativo del 2021 para este periodo.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Realizar seguimiento a través de las plataformas, correo electrónico, presencial o telefónico de las incapacidades que aún no han sido reconocidas. Solicitar al área de cartera la verificación de las incapacidades pagadas por las aseguradoras para dar cumplimiento al indicador.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> No se da cumplimiento del indicador debido a que los últimos 3 meses no fue posible realizar conciliación entre el área de cartera y seguridad y salud en el trabajo.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Acercamientos al área de cartera para el informe de pago por parte de las aseguradoras. Realización de plan de trabajo para conciliación de cartera pendiente por cobrar de incapacidades, entre seguridad y salud en el trabajo y el área de cartera. Realización de derechos de petición para el cobro de incapacidades que no se ha obtenido respuesta ni positiva ni negativa. Listado de cartera a castigar, para pasar informe a los abogados y dar visto bueno de cuales se aceptan. Seguimiento semanal por parte de cartera, sobre las incapacidades radicadas, y seguimiento por parte de seguridad y salud en el trabajo de las incapacidades rechazadas



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



❖ **Actividades de bienestar**

1. Celebración de cumpleaños

- 203 días compensatorios disfrutados
- 301 detalles entregados.



2. Día de la mujer y del hombre

- Mujeres 200
- Hombre 57



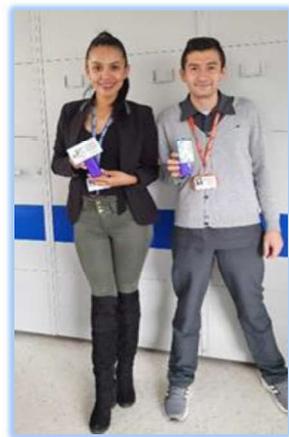
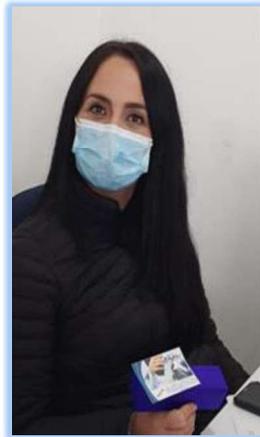
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





3. Día del profesional

- 305 detalles entregados



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

4. Celebración de nacimientos de hijos de los trabajadores

- 13 detalles entregados



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

❖ **Campañas y alianzas**

1. Campaña Visual

- 123 personas atendidas
- 1 personas adquirieron lentes



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

2. Stand de empresas aliadas

- 14 ferias programas y realizadas
- Participación de personal de planta y terceros



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

3. Campaña saludable

- 4 campañas saludables al año
- 1075 frutas entregadas



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

4. Acompañamiento a trabajadores en enfermedad prolongada

- 14 canastas de frutas entregadas



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

❖ **Logros de la gestión de talento humano**

1. Capacitaciones externas

- Comunicación asertiva – 108 personas capacitadas
- Manejo de tiempo y trabajo en equipo – 55 personas capacitadas
- Liderazgo – 50 personas capacitadas



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

2. Cursos de herramientas ofimáticas

- Certificados 29 trabajadores
Valor del curso: \$6.355.000

CARGO	CANTIDAD
ANALISTA ACTIVOS FIJOS	1
ANALISTA ADMINISTRATIVA	4
ANALISTA CONTABLE	1
ANALISTA DE COBRANZAS	1
ANALISTA DE GLOSAS	1
ANALISTA DE TALENTO HUMANO	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMPRAS	1
AUXILIAR DE ALMACEN	2
AUXILIAR DE ARCHIVO	1
CONTADORA	1
COORDINADOR DE SST	1
COORDINADOR TALENTO HUMANO	1
COORDINADOR TIC	1
COORDINADORA ENFERMERIA	1
COORDINADORA ETERILIZACION	1
DIRECTORA MEDICA	1
EPIDEMIOLOGA	1
ING SOPORTE I	1
JEFE DE ALMACEN	1
PSICOLOGA	1
TECNICO DE SISTEMAS	1
TECNICO AMBIENTAL	1
TESORERA	1
TRABAJADORA SOCIAL	1

TABLA 77. Fuente Registro talento Humano

3. Curso de servicio al cliente:

- Certificados 44 trabajadores
Valor del curso: \$9.400.000

CARGO	CANTIDAD
AUXILIAR ADMINISTRATIVA	2
ANALISTA DE FACTURACION	22
AUXILIAR DE ENFERMERIA	5
MENSAJERO	1
ORIENTADOR	14
RECEPCIONISTA	3

TABLA 78. Fuente Registro talento Humano



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



4. Curso de facturación en salud

- Certificados 31 trabajadores
Valor del curso: \$9.760.000

CARGO	CANTIDAD
ANALISTA ADMINISTRATIVA DIRECCION MEDICA	1
ANALISTA ADMINISTRATIVA GLOSAS	1
ANALISTA DE FACTURACION	20
ANALISTA DE GLOSAS	1
AUDITOR MEDICO	1
AUDITOR MEDICO CONCURRENTES	1
CONTADORA	1
COORDINADORA DE GLOSAS	1
COORDINADORA ENFERMERIA	1
DIRECTORA FINANCIERA	1
DIRECTORA MEDICA	1
JEFE FACTURACION	1
TESORERA	1

TABLA 79. Fuente Registro talento Humano

5. Curso de humanización en servicios de salud

- Certificados 167 personas
Valor del curso: \$33.400.000

CARGO	CANTIDAD
AUXILIAR DE ENFERMERIA	94
AUXILIAR DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	4
COORDINADORA ENFERMERIA	1
TERAPEUTAS	14
INSTRUMENTADORAS	6
JEFE DE ENFERMERIA	38
NUTRICIONISTA	1
PSICOLOGA	1
TECNOLOGO EN IMAGENOLOGIA	7
TRABAJADORA SOCIAL	1

TABLA 80. Fuente Registro talento Humano

6. Curso de auditoria en salud

- Certificados 18 personas
Valor del curso: \$8.100.000

CARGO	CANTIDAD
COORDINADORA GARANTIA DE LA CALIDAD	1
EPIDEMIOLOGA	1
JEFE SEGURIDAD DEL PACIENTE	1
QUIMICO FARMACEUTICO	1
TERAPEUTA RESPIRATORIO	14

TABLA 81. Fuente Registro talento Humano



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



7. Servicios especiales

Acceso a Servicios Clínica Tarifa Empleado

Servicios: 249
\$9.663.278

Convenio Crédito Por Libranza BBVA

Créditos: 12
\$399.619.000

8. Subsidios obtenidos para los trabajadores



Programa Subsidio de Arrendamiento por 2 años
Valor total del subsidio:
\$26.400.000
(2 beneficiados)



Programa de Habitabilidad
Hasta \$16.000.000
(1 beneficiado)



Programa Bienestar Nutricional
100 Beneficiados
\$15.000.000



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



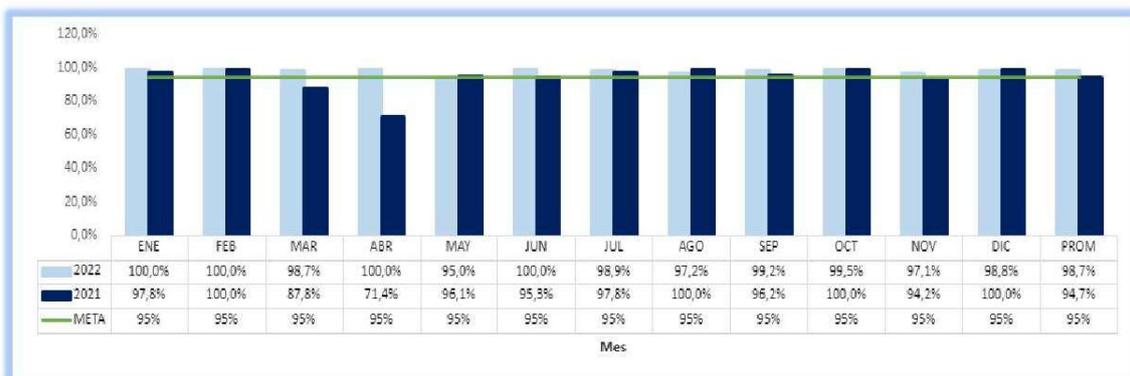
Programa Todos en LAGOSOL
(20 Beneficiados)



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

❖ **INDICADORES TRAZADORES AÑOS 2021 – 2022**

✓ **PROPORCION DE CUMPLIMIENTOS PREVENTIVOS REALIZADOS A EQUIPOS BIOMEDICOS**



Gráfica 100. Fuente de datos: Cronograma de Mantenimiento preventivos



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Proporción de mantenimientos preventivos realizados a equipos biomédicos												
AÑO 2022												
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PROM
100,0%	100,0%	98,7%	100,0%	95,0%	100,0%	98,9%	97,2%	99,2%	99,5%	97,1%	98,8%	98,7%
AÑO 2021												
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PROM
97,8%	100,0%	87,8%	71,4%	96,1%	95,3%	97,8%	100,0%	96,2%	100,0%	94,2%	100,0%	94,7%

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	98.76%
Brecha con la meta	+3.76%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Diciembre del 2021 100% Diciembre del 2022 98.8%
Estrategias implementadas	Seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivos. Plantificación de las actividades con antelación para hacer frente a posibles no conformidades que no permitan el cumplimiento de las metas.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> La ausencia de un cronograma de mantenimiento confiable, que permitiese el control continuo de la ejecución de dichos mantenimientos y la correcta semaforización de cada una de las actividades realizadas La rotación de personal, lo cual genera discontinuidad en el proceso de coordinación, entendiéndose que la correcta planificación y coordinación de funciones, permite un flujo de trabajo oportuno y el cumplimiento de cada una de las metas planteadas El represamiento de labores que no permite la planificación oportuna de cada una de las funciones de los integrantes del equipo de trabajo El inadecuado control documental, reflejado en la actualización tardía del cronograma de trabajo, hojas de vida incompletas y pérdida de reportes de mantenimiento



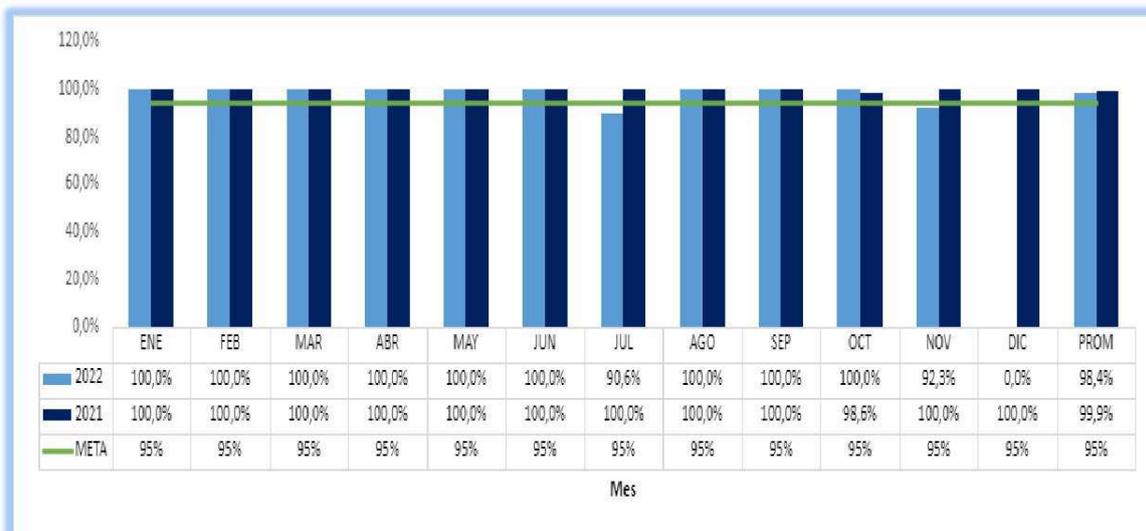
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- La actualización y revisión continua del cronograma de mantenimiento, garantizando el cruce de información constante con el personal de activos fijos para la correcta trazabilidad y ejecución oportuna de las funciones de mantenimiento.
- Continuidad del personal, garantizando un equipo de trabajo idóneo en donde cada uno de los integrantes comprenda la importancia del proceso para la institución y así mismo se forme en las competencias necesarias que den respuesta frente a cualquier emergencia
- Asignación de tareas a cada uno de los técnicos que permita liberar los represamientos administrativos que se tienen actualmente con el fin de que se logre cumplir el ciclo de gestión de la tecnología de forma constante

✓ **PROPORCIÓN DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS REALIZADOS A LOS EQUIPOS INDUSTRIALES**



Gráfica 101. Fuente: Cronograma de mantenimiento preventivo.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Proporción de mantenimientos Preventivos realizados a los equipos Industriales

AÑO 2022

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PRO M
100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	90,6 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	92,3%	100,0 %	98,6 %

AÑO 2021

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PRO M
100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	98,6 %	100,0 %	100,0 %	99,9 %

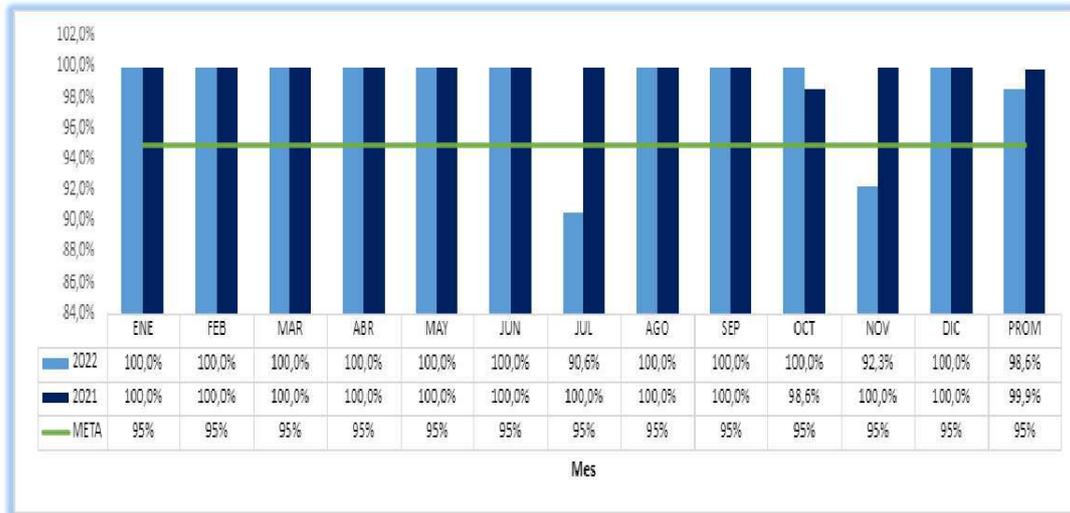
Meta sobresaliente del indicador	<95%
Resultado del periodo del indicador	98.6%
Brecha con la meta	1.4% Positiva
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	99.9%
Estrategias implementadas	Seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de equipos industrial. Contar con los contrato de mantenimiento preventivos vigentes.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> No se cumple con la totalidad de mantenimientos programados en los meses de julio y noviembre por parte del área de mantenimiento. El mes de julio es relacionado al equipo electrobomba sumergible, se realizó limpieza de esta mas no se deja operativa. El mes de noviembre se refiere a la red de incendios debido a que se realizó en el segundo día del mes de diciembre por lo tanto se da como no cumplimiento.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Realizar retroalimentación al personal de mantenimiento respecto a la ejecución de mantenimientos respecto a la fecha en cronograma. Realizar seguimientos o auditorias por parte del jefe de servicios administrativos al técnico de mantenimiento el cual es el encargado de ejecutar estos mantenimientos. El jefe de servicios administrativos realizara revisión semanal del cumplimiento de los cronograma.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **PROPORCIÓN DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS REALIZADOS A LAS INSTALACIONES LOCATIVAS**



Gráfica 102. Fuente: Cronograma de mantenimiento preventivo.

Proporción de mantenimientos Preventivos realizados a las instalaciones locativas

AÑO 2022

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PROM
100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	96,7 %	95,2 %	90,8 %	95,2%	90,0 %	98,4 %	96,6%	100%	96,9 %

AÑO 2021

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PROM
100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	95,2 %	92,7 %	98,9 %	100,0 %	97,1 %	98,4 %	100,0 %	100,0 %	98,5 %

Meta sobresaliente del indicador	<95%
Resultado del periodo del indicador	96,9%
Brecha con la meta	3,1% Positiva
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	98,5%
Estrategias implementadas	Seguimiento y monitoreo al cronograma de mantenimiento preventivo de infraestructura



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

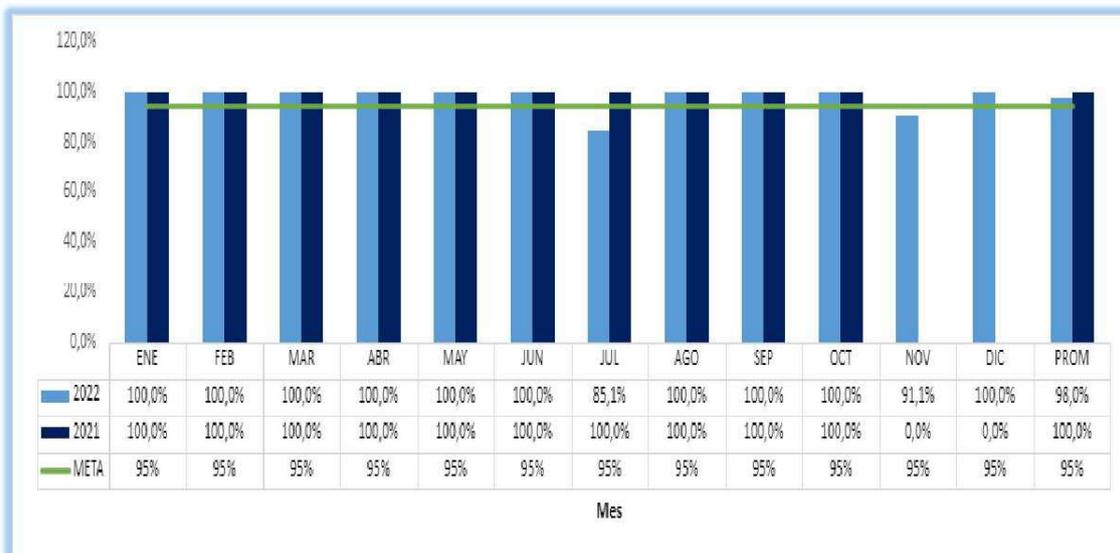
Motivos de la desviación

- No se cumple con la totalidad de mantenimientos programados en las fechas estipuladas. Reprogramando varias actividades.
- Mantenimiento de infraestructura (pintura de áreas) en los meses de mayo a noviembre del año 2022 correspondientes a las áreas de hospitalización 3 y 4 piso al igual que uci general. Esto se presentó debido a la disponibilidad de algunas áreas, acumulación de diferentes actividades por parte del personal de mantenimiento tomando como resultado un retraso de tiempo para cumplir con las fechas estipuladas en el cronograma.

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Manejos de tiempos y distribución de tareas específicas para cada uno de los auxiliares y técnico de mantenimiento.
- Reinducciones para personal de mantenimiento.
- Acompañamiento por parte del jefe de servicios administrativos para verificar cumplimiento de cronograma.

✓ **PROPORCION DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS REALIZADOS AL MOBILIARIO**



Gráfica 103. Fuente: Cronograma de mantenimiento preventivo



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Proporción de mantenimientos Preventivos realizados al mobiliario

AÑO 2022

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PROM
100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	85.1%	100,0 %	100.0 %	100.0 %	91.1 %	100,0 %	98.0%

AÑO 2021

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PROM
100,0 %	NA	NA	100,0 %									

Meta sobresaliente del indicador	<95,1%
Resultado del periodo del indicador	98 %
Brecha con la meta	2% Positiva
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	100.0 %
Estrategias implementadas	Se realiza seguimiento y monitoreo al cronograma de mantenimiento preventivo.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> No se realiza la totalidad de mantenimientos en los meses programados de julio y noviembre debido a que se realizaron fuera de las fechas estipuladas en el cronograma dando cumplimiento al mes pero no al día específico..
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Realizar seguimiento al personal de mantenimiento en la ejecución del cronograma Establecer tareas diarias con tiempos de ejecución para los auxiliares y técnico de mantenimiento.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



❖ **CAMPAÑAS AMBIENTALES**

De acuerdo al plan de trabajo de gestión ambiental y de nuestro eslogan PIENSA VERDE. A continuación, relacionare las actividades ejecutadas:

CAMPAÑAS Y JORNADAS AMBIENTALES		
ITEM	Actividad	Resultado
Campaña Ambiental Piensa Verde	1. Capacitación sobre manejo de residuos hospitalarios, residuos aprovechables y residuos no Aprovechables.	Concienciación sobre manejo de residuos hospitalarios. Pautas para reciclar en el hogar. Participación de 50 Funcionarios Asistenciales
Jornada Ambiental y de SST	1. Campaña para minimizar accidentalidad por riesgo biológico, aprovechamiento y clasificación de residuos hospitalarios.	Promover practicas seguras para reducir accidentalidad por riesgo biológico. Participación de 126 funcionarios
Jornada Ecológica	1. Jornada ecológica para siembra de árboles en el jardín de la clínica.	Promover practicas sostenibles. Participación de 10 Funcionarios (Entre administrativos y asistenciales).
Reciclación	1. Jornada Reciclación para aprovechamiento de residuos reciclables. Se logró recibir un total de 96,9 kg de aprovechables.	Promover practicas sostenibles. Mitigación de impacto ambiental por residuos que no son dispuestos en el relleno sanitario. Menor cantidad de emisiones de CO2 emitidas al medio ambiente (4,2 kg). Participación de 22 Funcionarios.

Tabla 104. Fuente: Actividades realizadas



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





Imágenes de soporte



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **LOGROS DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA**

Dentro de la gestión realizada por la administración podríamos concretar el alcance de los siguientes logros:

LOGROS ALCANZADOS		
LOGRO	IMPACTO	BENEFICIO
Puesta en marcha del sistema de recirculación de agua del esterilizador	*Ahorro en consumo de agua cercano a 1.036.800 litros al año (1036.8 metros cúbicos). *Un ahorro económico anual estimado en \$4.286.836 pesos por concepto de alcantarillado y acueducto	*Reducción del consumo de agua contribuyendo con la responsabilidad social de la clínica. *Reducción del gasto administrativo.
Implementación contrato de fumigación	Con este nuevo contrato se logra un ahorro en el gasto administrativo de \$ 2.880.000 durante la vigencia del contrato	*Mejora en el protocolo de control de plagas. *Reducción del gasto administrativo
Implementación de sistemas de aromatizantes para áreas comunes e higienizados de los baños público.	*Mejorar la imagen institucional.	* Aportar en el alcance del objetivo de contar con ambientes humanizados y agradables para los usuarios.
Implementación del convenio con Urbaser para la poda del césped de la área externa	*Reducción en el gasto administrativo aproximadamente de 5 millones en la vigencia 2022	*Mantenimiento de las áreas verdes de la institución. *Reducción del gasto administrativo
Compra e instalación de televisores en la uci	*Inversión de : \$ 8.500.000. *Bienestar de los pacientes	Contribuir con el bienestar de todos nuestros pacientes.

Tabla 82. Fuente Gestión administrativa

✓ **LOGROS DE LA GESTIÓN AMBIENTAL O RESPONSABILIDAD SOCIAL**

✓ **Logros de la gestión ambiental.**

- En el año 2022 se cumple el logro de certificarnos y participar en el Programa de la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, creando el compromiso voluntario de trabajar en los siguientes pilares:

1. Producción de residuos hospitalarios,
2. Consumo de recurso hídrico y consumo de energías



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





- La gestión ambiental también estuvo enfocada en el seguimiento y cumplimiento de las campañas ambientales enfocadas en:

Publica infografía alusiva al día mundial del reciclaje, uso del Bici parqueadero, aprovechamiento del papel.

Se instala señalización en las salas de espera con tips para reducir el consumo de agua, reducir consumo de energía y con indicaciones para el correcto almacenamiento de la ropa hospitalaria sucia y contaminada.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



Imágenes de soporte

✓ **LOGROS RESPONSABILIDAD SOCIAL**

De acuerdo a las políticas ambientales y al manual de responsabilidad social, durante la vigencia 2022 se alcanzaron las siguientes metas, la cuales redundaron en la reducción del impacto ambiental de nuestra actividad económica.

Responsabilidad Social - Actividades Campaña ambiental Piensa Verde		
Ítem	Actividad	Beneficio Ambiental
Agua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recirculación del agua del autoclave. 2. Implementación llaves tipo Push. 3. Instalación de Válvulas para sanitario. 	<p>Buenas prácticas ambientales. Ahorro de 888,48 M³ (888.480 Litros) de agua durante el año 2022.</p> <p>Se dejó de verter al alcantarillado publico 888,48 M³ de agua. (Menor contaminación de fuentes hídricas).</p>



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Emisiones de CO2	1. Tratamiento de desactivación de alta eficiencia (Autoclave) para residuos biosanitarios.	Se dejó de emitir 0,97 toneladas de CO2 al medio ambiente por medio del tratamiento de desactivación de alta eficiencia de los residuos peligrosos biosanitarios (NO COVID-19).
	1. Funcionamiento del Bici parqueadero (Proyecto Rueda Verde) 2. Instalación de Reflectores LED de luz solar.	Gracias a la habilitación del bici parqueadero se dejó de emitir 0,40 toneladas de CO2 al medio ambiente durante el año 2022. En esta actividad actualmente participan 18 personas y se realizan actividades continuas para incentivar el uso de la bicicleta como medio de transporte.
Reciclaje	1. Clasificación y aprovechamiento de residuos en la clínica.	Se aprovecharon 13.887 kg de residuos aprovechables. Se dejó de emitir al medio ambiente 0,33 toneladas CO2 a razón de que estos residuos se incorporaron en un proceso productivo y no se desecharon al relleno sanitario.

Tabla 83. Fuente Gestión administrativa

✓ **LOGROS DE LA GESTIÓN MANTENIMIENTO**

En la siguiente tabla se podrán conocer los logros alcanzado por el área de mantenimiento y su equipo de trabajo.

LOGROS ALCANZADOS		
LOGRO	IMPACTO	BENEFICIO
Mantener por encima de la meta del 95% , los indicadores de infraestructura , enseres , mobiliario	Mantener una buena imagen física de la institución	Disminuir los eventos e incidentes respecto a la atención del usuario
Adecuación de aire acondicionado inoperante de sala de partos a cirugía cardiovascular	Se estima un ahorro cercano a los \$100.000.000 que costaría la instalación de un equipo nuevo.	Mantener una temperatura adecuada para los diferentes procedimientos quirúrgicos que se ejecutan en la sala 2

Tabla 84 Fuente Gestión administrativa



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

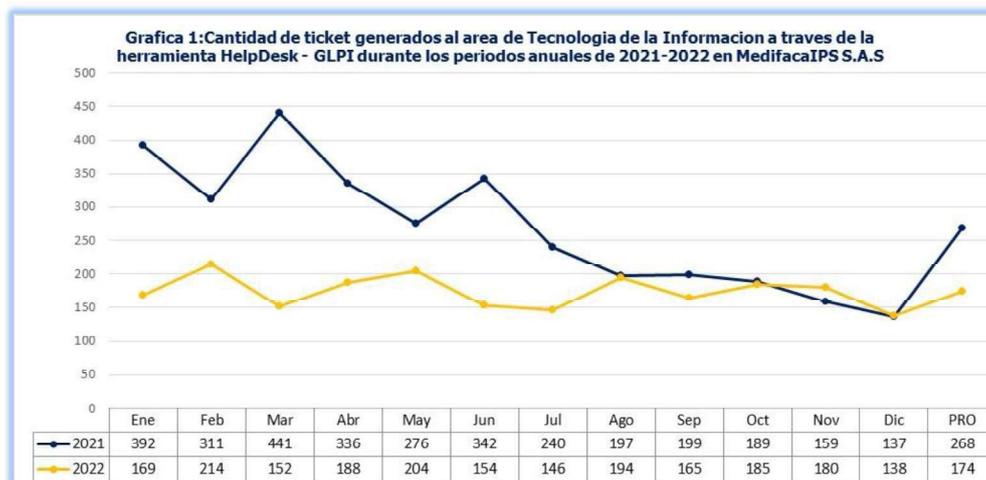


GESTIÓN TIC

- ✓ **INDICADORES TIC**
- ✓ **Cantidad de tickets generados**

AÑO	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	PRO
2021	392	311	441	336	276	342	240	197	199	189	159	137	268
2022	169	214	152	188	204	154	146	194	165	185	180	138	174

Tabla 85: Cantidad Tickets generados Fuente: Presentación Informe TIC 2022 - Medifaca



Gráfica 104: Cantidad Tickets generados Fuente: Presentación Informe TIC 2022 – Medifaca

Análisis

Meta sobresaliente del indicador	N/A
Resultado del periodo del indicador	174
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	268
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	N/A



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

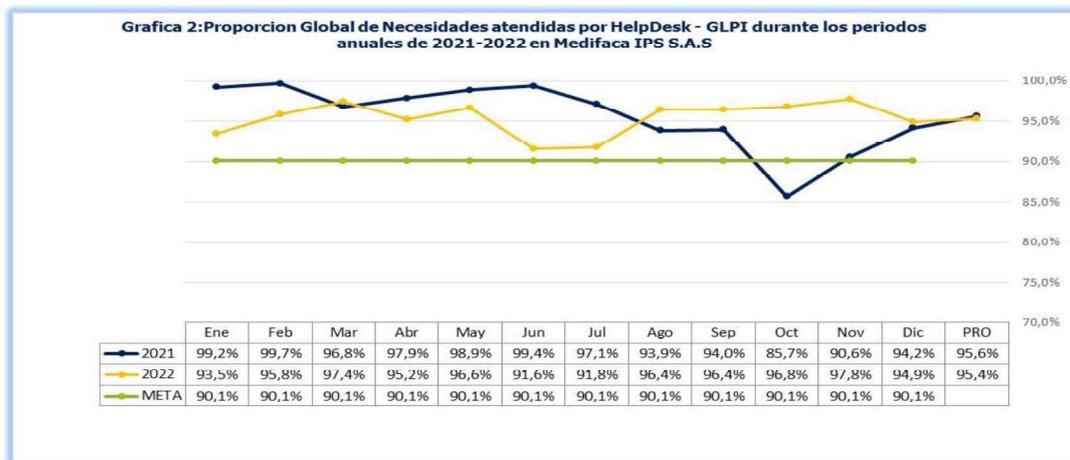


"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **Proporción Global de Necesidades Atendidas por HelpDesk – GLPI**

AÑO	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	PRO
2021	99,2%	99,7%	96,8%	97,9%	98,9%	99,4%	97,1%	93,9%	94,0%	85,7%	90,6%	94,2%	95,6%
2022	93,5%	95,8%	97,4%	95,2%	96,6%	91,6%	91,8%	96,4%	96,4%	96,8%	97,8%	94,9%	95,4%
META	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	

Tabla 86: Proporción global necesidades atendidas TIC Fuente: Presentación Informe TIC 2022 – Medifaca



Gráfica 105: Proporción global necesidades atendidas TIC Fuente: Presentación Informe TIC 2022 – Medifaca

Análisis

Meta sobresaliente del indicador	>90%
Resultado del periodo del indicador	95,4%
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	95,6%
Estrategias implementadas	Seguimiento diario a los requerimientos generados
Motivos de la desviación	N/A.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Mantener el seguimiento diario a los requerimientos



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **Proporción de mantenimientos preventivos realizados a los equipos informáticos**

Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PRO
Pogramados	12	35	43	30	32	18	17	10	18	6	4	2	19
Realizados	12	35	42	30	32	18	17	10	18	6	4	2	19
2022	100%	100%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2021		100%	100%	100%	100%	100%	100%	31%	100%	100%	100%	100%	94%
2019	100%	100%	75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97%	100%	100%	95,1%
Meta	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%

Tabla 87: Proporción de mantenimientos realizados Fuente: Presentación Informe TIC 2022 - Medifaca



Gráfica 106: Proporción de mantenimientos realizados Fuente: Presentación Informe TIC 2022 - Medifaca

Análisis

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	100%
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	94%
Estrategias implementadas	Cumplimiento a cronograma establecido.
Motivos de la desviación	N.A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Dar cumplimiento al cronograma establecido.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **Índice de mantenimientos correctivos**

Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PRO
No Equipos	188	188	187	187	186	188	188	187	187	196	197	197	190
Realizados	5	3	2	4	5	11	3	4	5	5	8	12	6
2022	2,7%	1,6%	1,1%	2,1%	2,7%	5,9%	1,6%	2,1%	2,7%	2,6%	4,1%	6,1%	3%
2021	4,8%	0,6%	4,2%	6,7%	1,2%	3,6%	6,7%	1,8%	0,6%	0,0%	2,7%	1,6%	3%
Meta	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%

Tabla 88: Índice mantenimientos correctivos Fuente: Presentación Informe TIC 2022 – Medifaca



Gráfica 107: Índice mantenimientos correctivos Fuente: Presentación Informe TIC 2022 - Medifaca

Análisis

Meta sobresaliente del indicador	<10%
Resultado del periodo del indicador	3%
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	3%
Estrategias implementadas	Realizar mantenimientos preventivos
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Realizar mantenimientos preventivos

PLACA	TIPO EQUIPO	SERIAL	OFICINA	FECHA PROGRA	FECHA REALIZA
CLG2036	IMPRESORA CONVENCIONAL	LPD5839141	FARMACIA PRINCIPAL	06-dic-22	06-dic-22
CLG2055	MULTIFUNCIONAL	LZK6154520	UCI INTERMEDIOS ESTACION ENFERMERIA	06-dic-22	06-dic-22



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

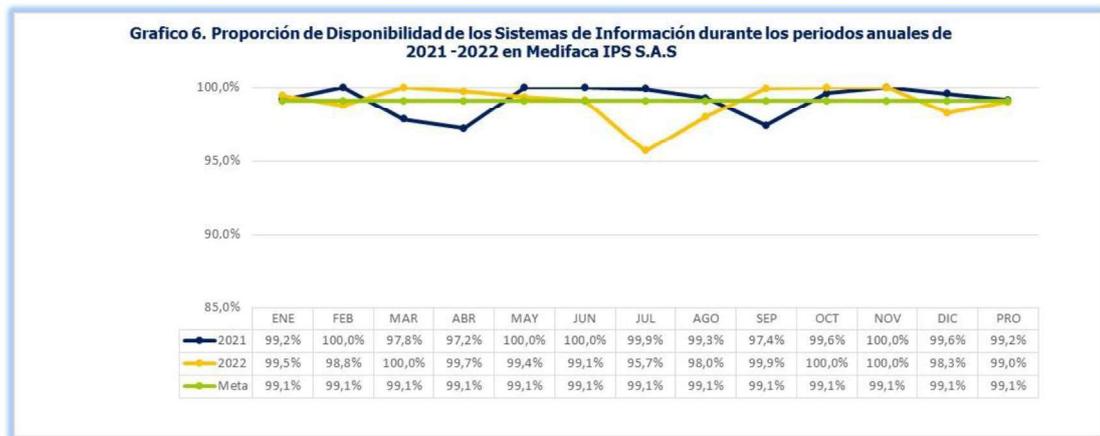


"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **Proporción de disponibilidad de los servicios TIC**

Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PRO
Horas Mes	744	672	744	720	744	720	744	744	720	744	720	744	730
Horas de disponibilidad	740	663,7	744	718	739,2	713,7	711,7	729,2	719,5	744	720	731	723
2022	99,5%	98,8%	100,0%	99,7%	99,4%	99,1%	95,7%	98,0%	99,9%	100,0%	100,0%	98,3%	99,0%
2021	99,2%	100,0%	97,8%	97,2%	100,0%	100,0%	99,9%	99,3%	97,4%	99,6%	100,0%	99,6%	99,2%
Sobresaliente	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%
Aceptable	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95,0%
No Cumple	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94,0%

Tabla 89: Proporción de disponibilidad de los servicios TIC Fuente: Presentación Informe TIC 2022 - Medifaca



Gráfica 108: Proporción de disponibilidad de los servicios TIC Fuente: Presentación Informe TIC 2022 – Medifaca

Análisis

Meta sobresaliente del indicador	>99%
Resultado del periodo del indicador	99%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	99,2%
Estrategias implementadas	Contar con antivirus instalado en los servidores – Seguimiento a alertas Tener implementado un sistema de hiperconvergencia para los servicios más relevantes.
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	N/A



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **Inventario de Equipos de Cómputo por centro de costo**

CENTRO_COSTO	CLASIFICACION	TOTAL	ESTADO
K01-URGENCIAS	ALL IN ONE	15	ASIGNADO
K01-URGENCIAS	IMPRESORA	1	ASIGNADO
K02-CONSULTA EXTERNA	ALL IN ONE	1	ASIGNADO
K02-CONSULTA EXTERNA	IMPRESORA	1	ASIGNADO
K03-HOSPITALIZACION GENERAL	ALL IN ONE	19	ASIGNADO
K03-HOSPITALIZACION GENERAL	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	3	ASIGNADO
K04-UCI ADULTOS GENERAL	ALL IN ONE	5	ASIGNADO
K04-UCI ADULTOS GENERAL	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	1	ASIGNADO
K04-UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	ALL IN ONE	6	ASIGNADO
K04-UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	1	ASIGNADO
K101-ADMINISTRACION	ALL IN ONE	22	ASIGNADO
K101-ADMINISTRACION	IMPRESORA	2	ASIGNADO
K101-ADMINISTRACION	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	2	ASIGNADO
K101-ADMINISTRACION	LAPTOP	4	ASIGNADO
K101-ADMINISTRACION	LAPTOP	1	SIN ASIGNAR
K102-GERENCIA	ALL IN ONE	3	ASIGNADO
K102-GERENCIA	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	2	ASIGNADO
K102-GERENCIA	LAPTOP	3	ASIGNADO
K103-MEDICA	ALL IN ONE	11	ASIGNADO
K103-MEDICA	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	1	ASIGNADO
K103-MEDICA	LAPTOP	4	ASIGNADO
K104-FINANCIERA	ALL IN ONE	23	ASIGNADO
K104-FINANCIERA	IMPRESORA	3	ASIGNADO
K104-FINANCIERA	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	6	ASIGNADO
K104-FINANCIERA	LAPTOP	8	ASIGNADO
K105-TIC	ALL IN ONE	5	ASIGNADO
K105-TIC	LAPTOP	1	ASIGNADO
K105-TIC	LAPTOP	3	SIN ASIGNAR
K106-TALENTO HUMANO	ALL IN ONE	5	ASIGNADO
K106-TALENTO HUMANO	IMPRESORA	1	ASIGNADO
K106-TALENTO HUMANO	LAPTOP	1	ASIGNADO
K10-QUIROFANO	ALL IN ONE	14	ASIGNADO
K10-QUIROFANO	IMPRESORA	1	ASIGNADO
K10-QUIROFANO	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	1	ASIGNADO
K15-RAYOS X Y MAMOGRAFIA	ALL IN ONE	3	ASIGNADO
K15-RAYOS X Y MAMOGRAFIA	IMPRESORA	1	ASIGNADO
K24-HEMODINAMIA	ALL IN ONE	2	ASIGNADO
K24-HEMODINAMIA	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	1	ASIGNADO
K37-CARDIOLOGIA NO INVASIVA	ALL IN ONE	8	ASIGNADO

Tabla 90. Fuente Inventario



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **proporción equipos licenciados con Windows**

Proporción de equipos Licenciados con Windows													
Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PRO
Cantidad de Equipos de cómputo Licenciados con Windows	155	155	154	154	154	154	156	155	155	164	167	167	157,5
Total de Equipos de cómputo	155	155	154	154	154	154	156	155	155	164	167	167	157,5
2022	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%
2021	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%
META	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%

Tabla 91: proporción equipos licenciados con Windows Fuente: Presentación Informe TIC 2022 – Medifaca



Gráfica 109: proporción equipos licenciados con Windows- Fuente: Presentación Informe TIC 2022 - Medifaca

Análisis

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	100%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	100%
Estrategias implementadas	Toda compra de equipos de cómputo se realiza con sistemas operativos licenciados
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Comprar siempre equipos con sistemas operativos licenciados



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **Inconsistencia de la información producida**

Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	PRO
Nro Inconsistencias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reportes Generados	278	289	292	293	299	303	309	317	319	323	323	331	306
Índice de inconsistencia información producida 2021	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Índice de inconsistencia información producida 2020	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
META	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%

Tabla 92: Inconsistencia de la información producida Fuente: Presentación Informe TIC 2022 – Medifaca



Grafica 110: Inconsistencia de la información producida Fuente: Presentación Informe TIC 2021 – Medifaca

Análisis

Meta sobresaliente del indicador	<5%
Resultado del periodo del indicador	0%
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	0%
Estrategias implementadas	Análisis detallado cuando solicitan la implementación de un reporte o vista
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Mantener los análisis cuando se implemente un reporte o vista solicitada



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

GESTIÓN COMERCIAL

✓ **Políticas específicas de la gestión de mercadeo.**

MEDIFACA IPS S.A.S tendrá dentro de su modelo de atención una estrecha relación con sus clientes para brindar transparencia en la atención integral a los pacientes, regulándolos a través de los mecanismos contractuales y normados en nuestra legislación.

✓ **Directrices comerciales - Operatización de la política**

- La propuesta de tarifas debe asegurar los resultados establecidos en el presupuesto para la vigencia de cada año, cuyo piso tarifario en mediana y alta complejidad hospitalaria para el año, será ISS 2001 más el 35%. En los servicios ambulatorios diagnósticos y de apoyo terapéutico, el piso tarifario será ISS 2001 pleno más el 5%.
- La propuesta de tarifas debe asegurar los resultados establecidos en el presupuesto para la vigencia de cada año, cuyo piso tarifario en mediana y alta complejidad hospitalaria para el año, será ISS 2001 más el 15%. En los servicios ambulatorios diagnósticos y de apoyo terapéutico, el piso tarifario será ISS 2001 pleno.
- Todo servicio de consulta externa especializada y sub-especializada, el piso tarifario pactado se establecerá en SOAT vigente menos el 10%.
- Las contrataciones que involucre toda la empresa y que se realicen con clientes de cubrimiento Nacional, tales como: Coomeva, Nueva EPS, Saludcoop; serán realizadas directamente por las Gerencias y sus acuerdos tarifarios se realizarán teniendo en cuenta los indicadores de resultados establecidos en los presupuestos de las clínicas, los costos y gastos en asegurar la prestación de esos servicios. Lo anterior indica que existirá diferencia de tarifa de acuerdo a las dificultades en la prestación de algunos servicios en nuestras clínicas por los costos en honorarios e insumos (especialidades, subespecialidades, medicamentos e insumos), así como se tendrá en cuenta la competencia en la prestación de servicios que se tomará como una amenaza en asegurar el éxito de la gestión en cada ciudad.
- Para los procedimientos que requieran material de osteosíntesis, prótesis u otro insumo de alto costo, que sea suministrado directamente por el asegurador, sólo será autorizado por la Dirección Médica y la Dirección Financiera, previa condición contractual con un AIU mínimo del 10% del valor comercial.
- Todo servicio de consulta externa especializada básica (ortopedia, cirugía general y medicina interna), se pactará como piso tarifario a SOAT VIGENTE.
- Todo servicio de consulta externa especializada y sub-especializada, el piso tarifario pactado se establecerá en SOAT vigente pleno.
- Para los procedimientos que requieran material de osteosíntesis, prótesis u otro insumo de alto costo, que sea suministrado directamente por el asegurador, sólo será autorizado por la Dirección Financiera y gerencia, previa condición contractual con un AIU mínimo del 12% del valor comercial.
- Para la aplicación de SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS se pactará a tarifa SOAT VIGENTE.
- Se debe dejar como anexo técnico de la relación contractual, la lista de precios de medicamentos e insumos que se tendrán en cuenta al momento de facturar los servicios.
- Toda prestación de servicios sin contrato, se debe realizar de acuerdo al Decreto 2423 de 1996 o la norma que lo modifique, y su cancelación debe estar sujeto al artículo 67 de la ley 715 de 2001.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



- Sin embargo, los anteriores pisos tarifarios podrán ser modificados de acuerdo a la negociación realizada entre las partes, bajo previa solicitud del Gerente a los accionistas de la Institución, cuyo órgano impartirá su aprobación o desaprobación.

✓ **Estrategia comercial**

MAPA POLÍTICO DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA



Fuente: página google provincias de Cundinamarca

El Departamento de Cundinamarca cuenta con 15 provincias, en las que se agrupan 116 municipios, no se incluye la capital Bogotá D.C.

De las 15 provincias, se toma como nicho de mercado las cuatro (4) provincias en donde el municipio de Facatativá actúa como corredor vial:

- Tequendama - Capital La Mesa
- Gualivá - Capital Villeta
- Magdalena Centro - Capital San Juan de Río Seco
- Sabana Occidente - Capital Facatativá (Bojacá, el Rosal, Funza, Madrid, Mosquera, Subachoque y Zipacón).

El mercado objeto de análisis por provincias es el régimen contributivo, subsidiado, ARL y accidentes de tránsito; para el régimen contributivo y subsidiado, se toma como nicho de mercado las EAPB más representativas en cada municipio en donde se puede evidenciar que:



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



- Provincia del Tequendama**



Fuente: página google provincias de Cundinamarca

La Provincia del Tequendama está conformada por diez (10) municipalidades, cuenta aproximadamente con 160.000 habitantes* ¹

Número de afiliados por régimen:

AFILIACIONES POR RÉGIMEN

ENTIDAD	RÉGIMEN		TOTAL USUARIOS
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	
Famisanar	20.817	15.591	36.408
compensar	4.572	4.053	8.625
Nueva Eps	7.405	12.301	19.706
Salud Total	6	143	149
Sanitas	44		44

Tabla 93

NFuente: https://3.bp.blogspot.com/YgrmSnPe1cM/V4aBgSA_UI/AAAAAAAAANu4/EG7446u75rof8KReCuHxrdGwPAmkOIRvwCLcB/s1600/Tequendama-19.png

La tabla 93 evidencia que existen 5 EAPB, de las cuales las que tienen mayor número de afiliados son Famisanar, Compensar y Nueva EPS; entidades con las cuales la Clínica Medifaca tiene contrato vigente.

¹ Tomado de Registro Dane 2.021.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

• **Provincia de Gualivá**



Fuente: página Google provincias de Cundinamarca

La Provincia de Gualivá está conformada por doce (12) municipalidades, cuenta aproximadamente con 99.108 habitantes*

Número de afiliados por régimen:

TABLA 94. AFILIACIONES POR RÉGIMEN

ENTIDAD	RÉGIMEN		TOTAL USUARIOS
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	
Famisanar	11.714	8.047	19.761
compensar	542	767	1.309
Nueva Eps	6.474	3.825	10.299
Salud Total	2	1	3
Sanitas	11.755	531	12.286

Tabla 94.

Fuente: https://3.bp.blogspot.com/YgrmSnPe1cM/V4aBgSA_UI/AAAAAAAAANu47/EG7446u75rof8KReCuHxrdGWPAmkOIRvwCLcB/s1600

La tabla anterior evidencia que existen 5 EAPB, de las cuales las que tienen mayor número de afiliados son Famisanar, Compensar y Nueva EPS, entidades, con las cuales la Clínica Medifaca tiene contrato vigente.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

• **Provincia de Magdalena Centro**



Fuente: página google provincias de Cundinamarca

La Provincia del Magdalena Centro está conformada por siete (7) municipalidades, cuenta aproximadamente con 28.000 habitantes *

Número de afiliados por régimen:

AFILIACIONES POR RÉGIMEN

ENTIDAD	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL USUARIOS
NUEVA EPS	1141	370	1511
CONVIDA		16715	16715

Tabla 95

Fuente: https://3.bp.blogspot.com/YgrmSnPe1cM/V4aBgSA_UI/AAAAAAAAANu4/EG7446u75rof8KReCuHxrdGwPAmkOIRvwCLcB/s1600

La tabla Número 95 evidencia que existen 2 EAPB con usuarios, de las cuales la que tiene mayor número de afiliados es convida, entidad con la que Medifaca no tiene contrato en la actualidad.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

• **Provincia Sabana Occidente**



Fuente: página google provincias de Cundinamarca

La Provincia Sabana Occidente está conformada por ocho (8) municipalidades, cuenta aproximadamente con 1.153.459 habitantes*

Número de afiliados por régimen:

AFILIACIONES POR RÉGIMEN

ENTIDAD	RÉGIMEN		TOTAL USUARIOS
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	
Famisanar	202.893	25.874	228.767
compensar	39.539	2.952	42.491
Nueva Eps	45.314	4.823	50.137
Salud Total	21.560	1.736	23.296
Sanitas	36.707	1.341	38.048

Tabla 96. Fuente: https://3.bp.blogspot.com/-YgrmSnPe1cM/V4aBgSA_U-I/AAAAAAAAANu4/EG7446u75rof8KReCuHxrdGwPAmkOIRvwCLcB/s1600

La tabla anterior evidencia que existen 5 EAPB con usuarios, de las cuales las que tienen mayor número de afiliados son Famisanar, Nueva EPS, Compensar, Salud Total y Sanitas, entidades, con las cuales la Clínica Medifaca tiene contrato solo con las 3 primeras entidades.

Para las entidades como Salud Total y Sanitas, se está realizando gestión comercial desde el año 2.018, sin tener respuesta positiva por parte de las EAPB.



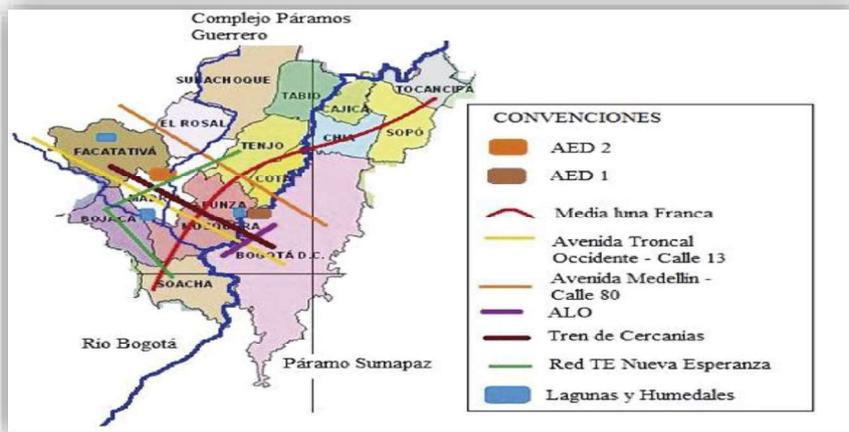
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **NUEVOS MERCADOS POR ACCEDER**

✓ **Accidentes de Tránsito**

Teniendo en cuenta que Facatativá cuenta con dos vías de acceso nacionales que son la calle 13 y calle 80.



Fuente: Google imagen ingreso Facatativá

Se promueve una campaña con las Concesiones Viales, Policía de Carreteras, ambulancias, Defensa Civil y Bomberos, donde se presenta el portafolio de servicios de la Clínica Medifaca, enfocado en lo relacionado a ortopedia de trauma y neurocirugía, informando la importancia, de la primera atención en el momento que la tripulación realiza el cuidado al accidentado.

Cabe resaltar que los sectores críticos de accidentalidad están dados en la vía Fontibón – Funza. Mosquera - Madrid - Subachoque y Facatativá, en donde la principal vía de acceso es el Hospital San Rafael de Facatativá, siendo éste el principal centro para la atención de los siniestros por accidentes; los accidentes que se generen en la calle 80 cubre los municipios de Chía, Cota, El Rosal- Sasaima- Tobia- Villeta- La Vega y Nocaima, para los siniestros de los municipios que se ingresa por la calle 80, se evidencia una afluencia importante de los municipios de El Rosal, Villeta y la Vega, para la clínica Medifaca.

✓ **Accidentes Laborales**

De acuerdo con la guía de empresas en la sabana occidente de Cundinamarca se cuenta con:

- Mosquera 2.283 empresas
- Facatativá 1.580 empresas
- Madrid 1.201 empresas
- Subachoque 157 empresas
- Bojacá 71 empresas

La denominación está entre fábricas, industrias y empresas comerciales, llevando esto a que un gran porcentaje de la población tenga un contrato laboral, contribuyendo a la economía de la provincia y aporte para las Aseguradoras de Riesgos labores; entre las más importantes esta ARL Positiva y ARL Sura, empresas con las



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



que Medifaca tiene contrato y a partir de la activación económica después del Covid, se está realizando un trabajo comercial para la presentación del portafolio de servicios a las aseguradoras y posteriormente visitar las empresas más grandes de los municipios que conforman la provincia de la sabana occidente.

Para ello se está ofertando los nuevos servicios que son:

- Ortopedia de Mano
- Terapia Física
- Terapia Alternativa
- Terapia de Choque
- Y se está trabajando en la propuesta de Toxicología, teniendo en cuenta que la región cuenta con fincas floricultoras que utilizan químicos.

✓ **Panorama de Contratación vigente septiembre 2.022**

En el software Neón contratos e Indigo Vie se controla el proceso de las etapas que habla El Manual de Contratación y supervisión al contratista codificado (M-GJ-065 MF versión 2, vigencia de marzo de 2021), los cuales se encuentran en proceso de actualización.

✓ **Indicadores de gestión Comercial**

Los indicadores de gestión comercial no se encuentran en el Manual de contratación, los actos administrativos de comités ni en el tablero de control, que permitan evaluar la gestión de la eficiencia de las acciones de la clínica Medifaca.

El área de TIC crea una herramienta en Forms de office 365 para que las áreas de comercial de las EAPB diligencien la encuesta para la evaluación de la satisfacción del cliente externo EAPB.

A continuación, se da a conocer los resultados obtenidos con las encuestas de satisfacción aplicadas de manera virtual a las EAPB:

De acuerdo a la metodología implementada, a continuación, se da a conocer el resultado por cada una de las preguntas de la encuesta diligenciada por las EAPB:

✓ **Cumplimiento de los compromisos contractuales que asume Clínica MEDIFACA IPS S.A.S con las EAPB.**

Se divulga encuesta virtual el día 21 de octubre del 2022 mediante correo electrónico a las siguientes entidades: ARL sura, ARL positiva, Colmedica medicina Prepagada, Compensar, Coomeva medicina Prepagada, Emcosalud, Famisanar, Mundial de seguros, Medplus, Nueva EPS, Seguros bolívar, Servisalud y testigos de jehová.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



De acuerdo a lo anterior únicamente se evidenció diligenciamiento anónimo de una entidad, por lo cual se reitera a las entidades de manera telefónica la importancia de diligenciamiento de encuesta para conocer su satisfacción y también se reenvía link el día 29 de noviembre 2022.

Finalmente se obtuvo participación de tres entidades: EPS Famisanar, Seguros Bolívar y anónimo. Cumplimiento de los compromisos contractuales que asume Clínica MEDIFACA IPS S.A.S con las EAPB Su aplicación se realiza a través del siguiente link

https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=jNscxfZ98UCInKvs4ZUKM8gpI1u2LLBDk3t_gS82AdJUODFJMzYzRDZYQIA1UUIPVFIMNERXVTFGWC4u



Gráfica 114. Fuente Encuesta de satisfacción

En cuanto al cumplimiento de los compromisos contractuales que asume la clínica se obtiene un resultado del 100% por parte de las entidades Famisanar y Seguros Bolívar y por parte de anónimo del 80%, en términos generales el promedio de calificación es bueno.

- ✓ **Oportunidad en la entrega de documentación (informes, facturas, reportes de cuentas, etc.)**



Gráfica 115 Fuente: Encuesta de EAPB



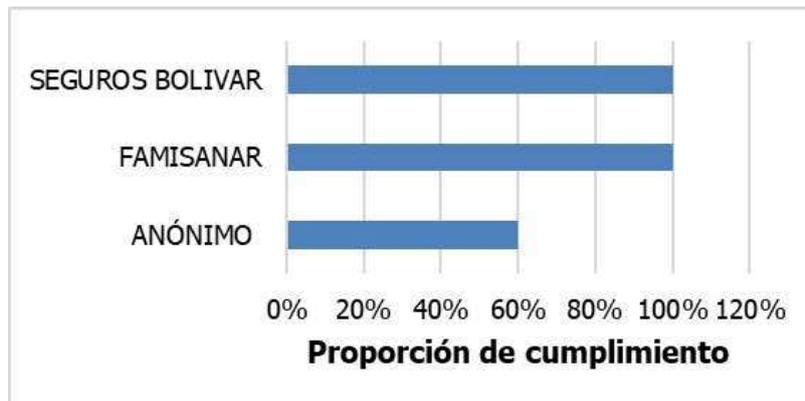
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Referente a la oportunidad en la entrega de documentación relacionada con informes, facturas, reportes de cuenta, etc. Se evidencia un resultado del 100% por parte de EPS Famisanar y Seguros Bolívar y por anónimo de 80%.

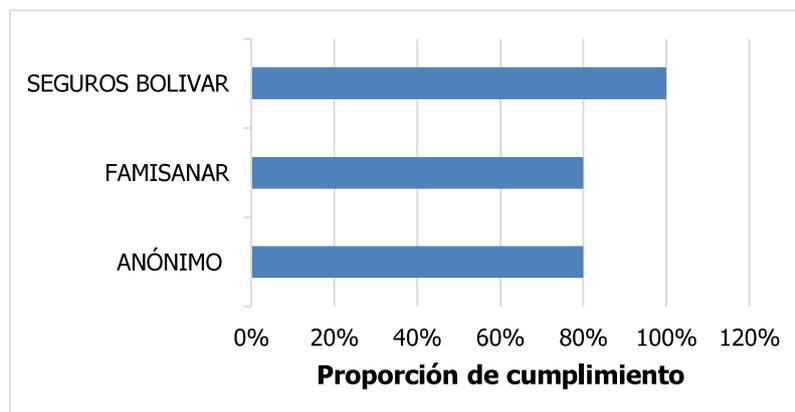
✓ **Accesibilidad en la comunicación con las áreas de interés con la Clínica.**



Grafica 116 Fuente: Encuesta de EAPB

En cuanto a la accesibilidad en la comunicación con las áreas de interés con la clínica se obtiene un resultado por EPS Famisanar y Seguros Bolívar del 100%; sin embargo, se presenta por anónimo resultado del 60%, lo cual permite analizar la importancia de seguir fortaleciendo los canales de comunicación que se cuenta con las EAPB.

✓ **Respuesta oportuna y eficaz de las Glosas y devoluciones generadas por la EAPB.**



Grafica 117 Fuente: Encuesta de EAPB



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Con respecto a la respuesta oportuna y eficaz de las glosas y devoluciones generadas por las EAPB se obtuvo como resultado por parte de EPS Famisanar y Seguros Bolívar un 100% y por parte de anónimo del 80%, por lo cual la calificación es buena.

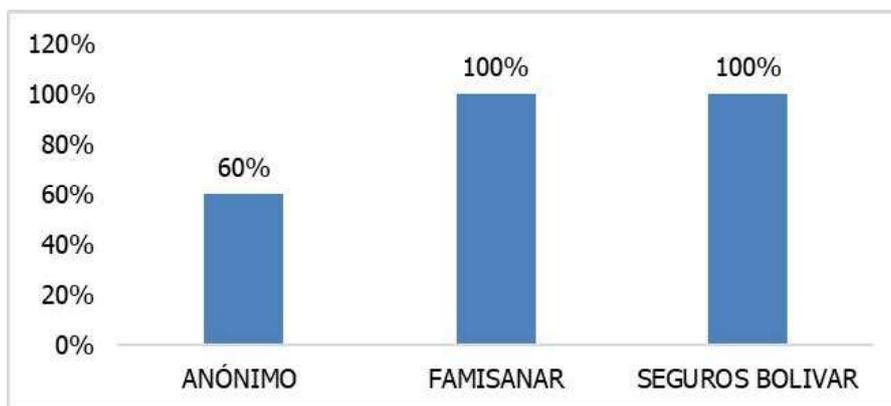
✓ **Coordinación de reuniones y el control de supervisión al contrato suscrito con la EAPB.**



Grafica 118 Fuente: Encuesta de EAPB

En cuanto a la coordinación de reuniones y el control de supervisión al contrato suscrito con las EAPB se obtiene un resultado del 100% por EPS Famisanar y Seguros Bolívar y por anónimo de 60%, por lo cual es importante seguir realizando seguimiento a dicho ítem para establecer una comunicación frecuente con ambas partes.

✓ **Respuesta oportuna y eficaz de los requerimientos realizados por la EAPB.**



Grafica 119 Fuente: Encuesta de EAPB

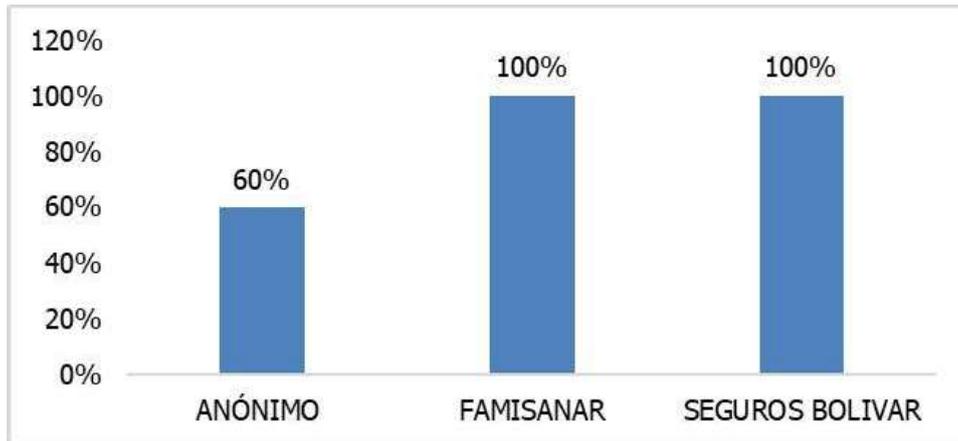


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Con respecto a la respuesta oportuna y eficaz de los requerimientos realizados por las EAPB se evidencia un resultado del 100% por las entidades de EPS Famisanar y Seguros Bolívar y por anónimo del 60%, a lo cual se analiza la importancia de seguir brindando una gestión oportuna de las solicitudes por parte de las EAPB.

✓ **Tratamiento oportuno y eficaz de peticiones, quejas y reclamos realizada por LA EAPB.**



Grafica 120 Fuente: Encuesta de EAPB

En cuanto al tratamiento oportuno y eficaz de peticiones, quejas y reclamos realizada por las EAPB se evidencia un resultado del 100% por las entidades de EPS Famisanar y Seguros Bolívar y por anónimo del 60%, a lo cual dicha calificación conlleva a seguir dando un trámite oportuno a las PQRS interpuestas en las EAPB.

✓ **Discreción y confidencialidad de los funcionarios de Clínica MEDIFACA IPS S.A.S Con los usuarios de las EAPB.**



Grafica 121 Fuente: Encuesta de EAPB

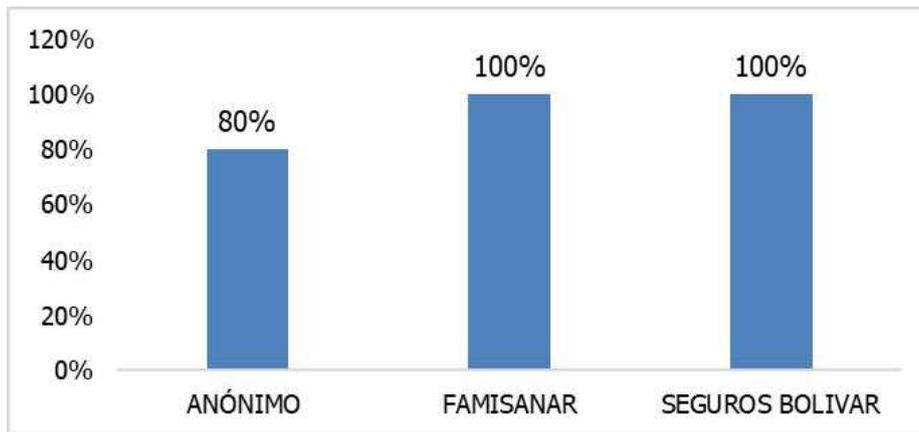


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Se obtiene resultado del 100% por EPS Famisanar y Seguros Bolívar y un 80% por anónimo con respecto a la discreción y confidencialidad de los funcionarios Clínica MEDIFACA IPS S.A.S Con los usuarios de las EAPB, en lo que se evidencia un buen promedio.

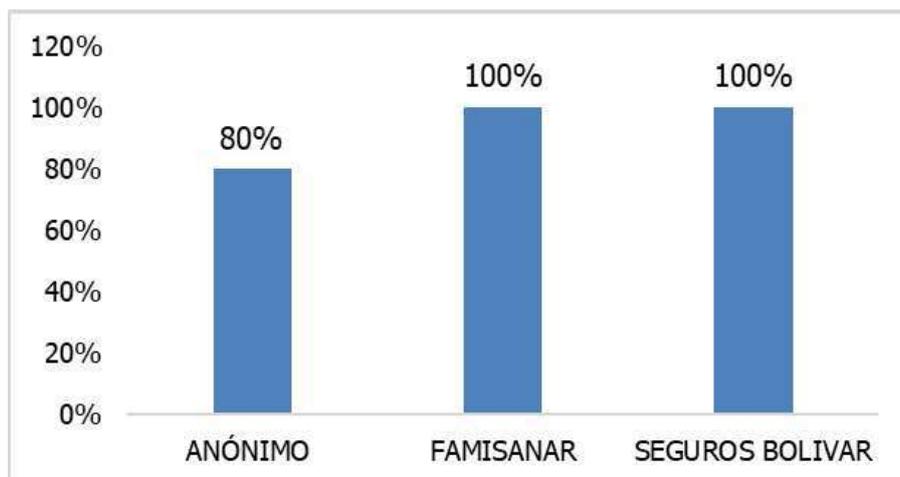
✓ **Instalaciones Seguras y Condiciones de privacidad para la atención de los usuarios.**



Grafica 122 Fuente: Encuesta de EAPB

Para la EPS Famisanar y Seguros Bolívar se obtuvo un resultado del 100% y de anónimo del 80% con respecto a las instalaciones de la institución, considerándose estas seguras y en condiciones de privacidad para la atención de los usuarios.

✓ **Limpieza y aseo de las instalaciones.**



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Grafica 123 Fuente: Encuesta de EAPB

Se obtuvo un resultado del 100% por las entidades de Famisanar y Seguros Bolívar; y un 80% de anónimo con relación a la limpieza y aseo de las instalaciones.

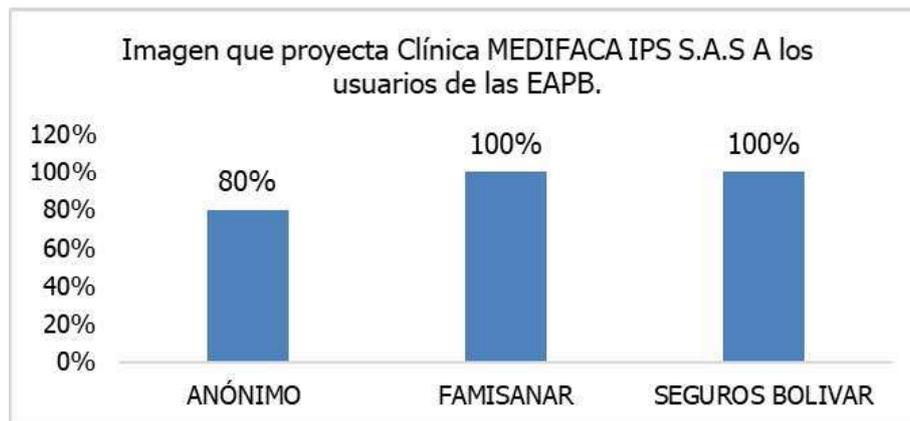
✓ **Comodidad de las instalaciones.**



Grafica 124 Fuente: Encuesta de EAPB

En cuanto a la comodidad de las instalaciones se obtuvo un resultado del 100% por EPS Famisanar y Seguros Bolívar y de un 80% por anónimo.

✓ **Imagen que proyecta Clínica MEDIFACA IPS S.A.S A los usuarios de las EAPB.**



Grafica 125 Fuente: Encuesta de EAPB

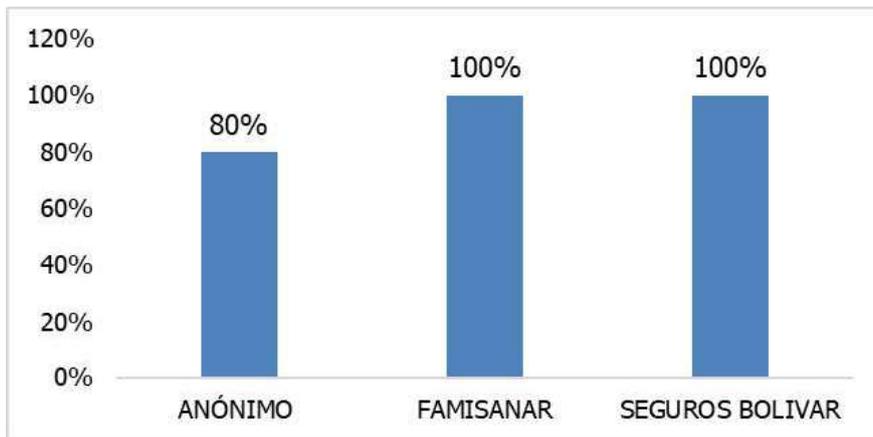


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Con respecto a la imagen que proyecta la IPS a los usuarios de las EAPB, se obtuvo un resultado del 100% por EPS Famisanar y Seguros Bolívar, sin embargo, por anónimo se evidencia un resultado del 80%.

✓ **Calidad en la prestación del servicio.**



Grafica 125 Fuente: Encuesta de EAPB

En cuanto a la calidad en la prestación de los servicios se obtuvo un resultado del 100% por EPS Famisanar y Seguros Bolívar; y por parte de anónimo del 80%.

GESTIÓN ESTRATÉGICA

MODELO DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA CLÍNICA MEDIFACA

✓ **PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 2019-2022**

En el año 2019 el equipo planificador conformado por: Un miembro de la asamblea de accionistas, asesores externos, Gerencia, Director Médico, Director Administrativo, Director Financiero, Coordinador de Talento Humano, Coordinador Tic y Coordinador Garantía de Calidad; lideró la planeación estratégica en el análisis interno y externo para formular e implementar estrategias y así dar cumplimiento de la misión y visión a través del seguimiento a indicadores.

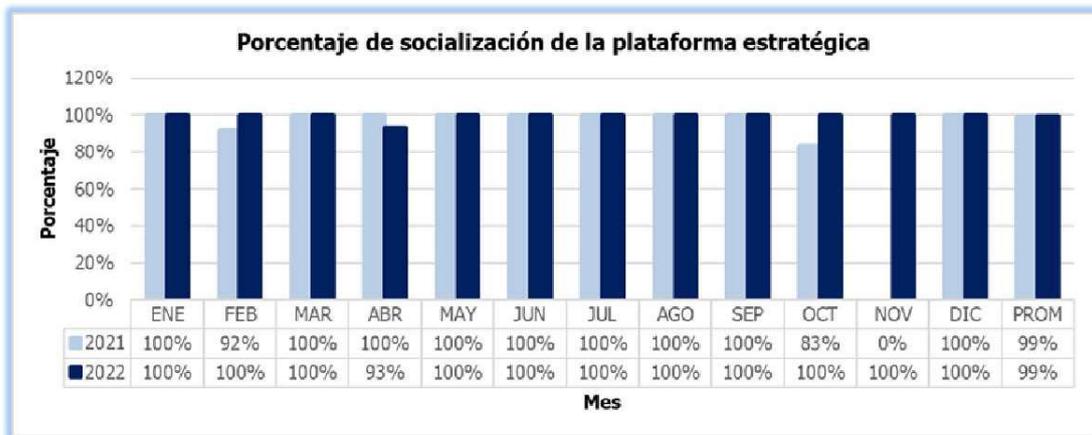
✓ **Despliegue de la planeación estratégica.**

En las actividades de inducción y reinducción de nuevos colaboradores y del personal contratado, se hace la difusión no solamente con el contenido, sino en la reflexión sobre el aporte de cada funcionario al logro de la misión y visión de la clínica y las conductas que reflejan el cumplimiento de los valores en el día a día de la institución.



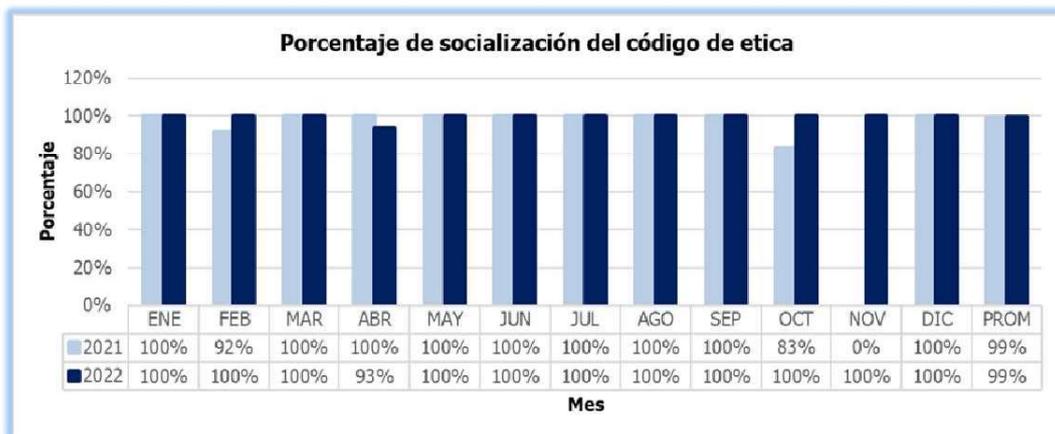
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





Gráfica127 Fuente: Bases de datos Talento Humano

En la gráfica N° 127 se evidencia una tendencia progresiva positiva en el cumplimiento de la socialización de la plataforma estratégica, se ha logrado un avance paulatino mediante la implementación de estrategias encaminadas a la socialización de la misma en procesos de reinducción, evaluación de desempeño entre otras.



Gráfica 128. Fuente: Bases de datos Talento Humano

En la gráfica N° 128 se evidencia un aumento progresivo del porcentaje de cumplimiento de la meta, comparado a agosto del año 2022 con los años anteriores.

✓ **Monitoreo y seguimiento a la planeación estratégica**

La planeación estratégica de la Clínica Medifaca año 2019 -2021, no ha cumplido en su totalidad con los resultados esperados, ya que no se evidencia un monitoreo de manera periódica y sistemática por parte del nivel estratégico y operativo a través del Cuadro de Mando Integral (CMI).



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



En el año 2021, en el comité de Gerencia del 14 de mayo con acta número 04; se realiza por parte de Gerencia la divulgación del plan de direccionamiento estratégico a los integrantes del comité, coordinadores y jefes de áreas operativas. A partir de esa fecha se da apertura a las capacitaciones y formación para el diligenciamiento del Cuadro de Mando Integral (CMI); es así que se hace cierre a 31 de diciembre de 2021 con el análisis de los indicadores del cuadro de control que quedaron en rojo llamados indicadores críticos y éstos se plasman dentro del Cuadro de mando integral (CMI) para ser monitoreados trimestralmente en el comité de gerencia, tal como se evidencia en el plan de trabajo año 2022 del comité de Gerencia.

✓ **Consolidado de la plataforma estratégica**

En el mes de junio de 2021, se hizo entrega al equipo Directivo de la plantilla diseñada en Excel, en donde se plasmaron los objetivos estratégicos orientados a la mejora de la actividad y rendimiento de la clínica Medifaca para el cumplimiento de la misión.

Los indicadores estratégicos con los cuales se miden los objetivos se tomaron del tablero de control generado de los comités mensuales implementados por la clínica; para ello se determina analizar solamente los indicadores críticos, para lo cual se implementan estrategias para convertir el plan estratégico en acción.

❖ **SEGUIMIENTO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA MEDIFACA IPS S.A.S**

✓ **Sistema de seguimiento a indicadores.**

Trimestralmente en el comité de gerencia se analiza el cuadro de mando Integral (CMI) determinar en qué punto nos encontramos frente al cumplimiento de las actividades.

● **MAPA ESTRATÉGICO- SEGUIMIENTO ABRIL 2022**

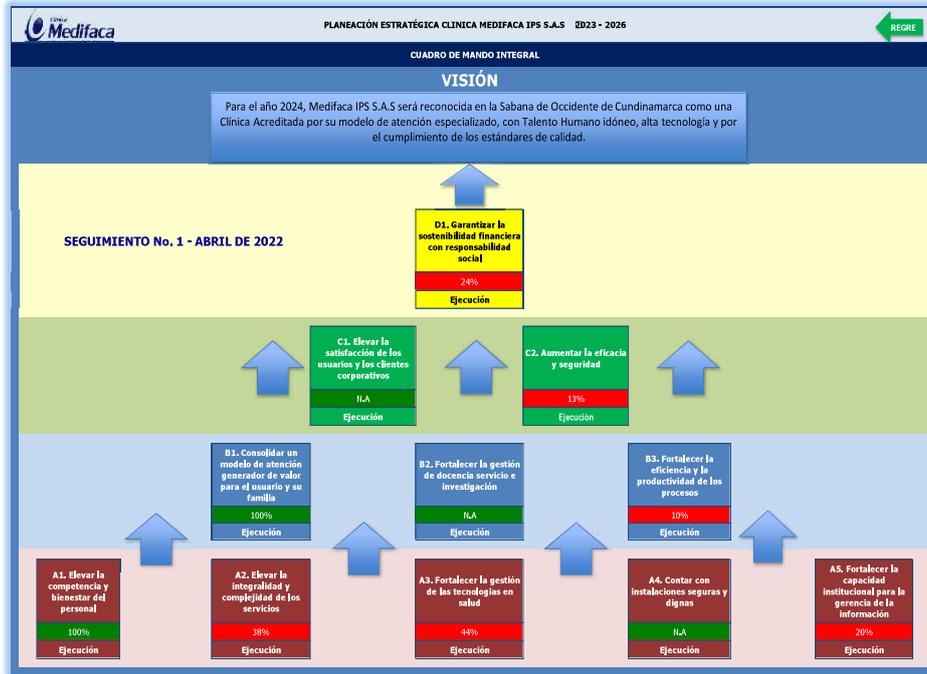


Tabla 96. Fuente: Diseño en Excel plataforma estratégica 2019-2022



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

• **MAPA ESTRATÉGICO- SEGUIMIENTO JULIO 2022**

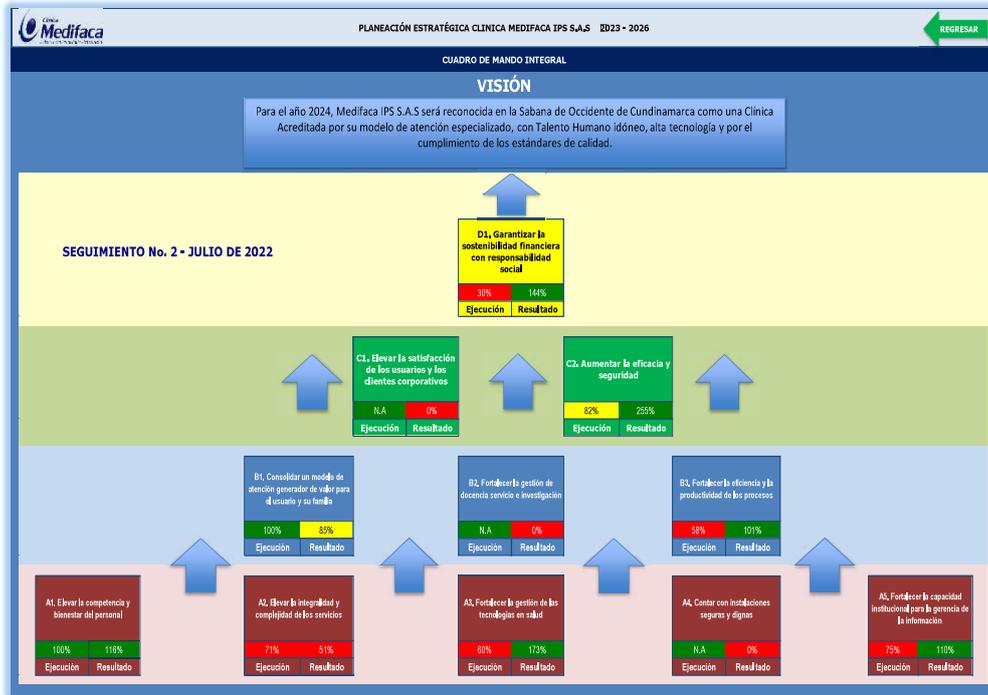


Tabla 97. Fuente: Diseño en Excel plataforma estratégica 2019-2022

• **MAPA ESTRATÉGICO- SEGUIMIENTO OCTUBRE 2022**

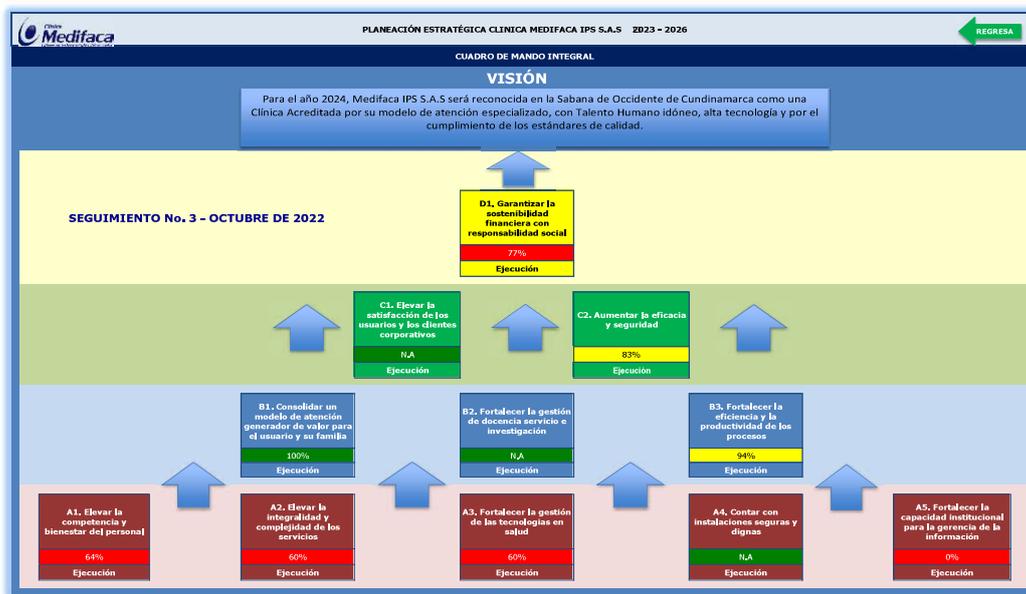


Tabla 98. Fuente: Diseño en Excel plataforma estratégica 2019-2022



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

• **MAPA ESTRATÉGICO- SEGUIMIENTO FINAL 2022**

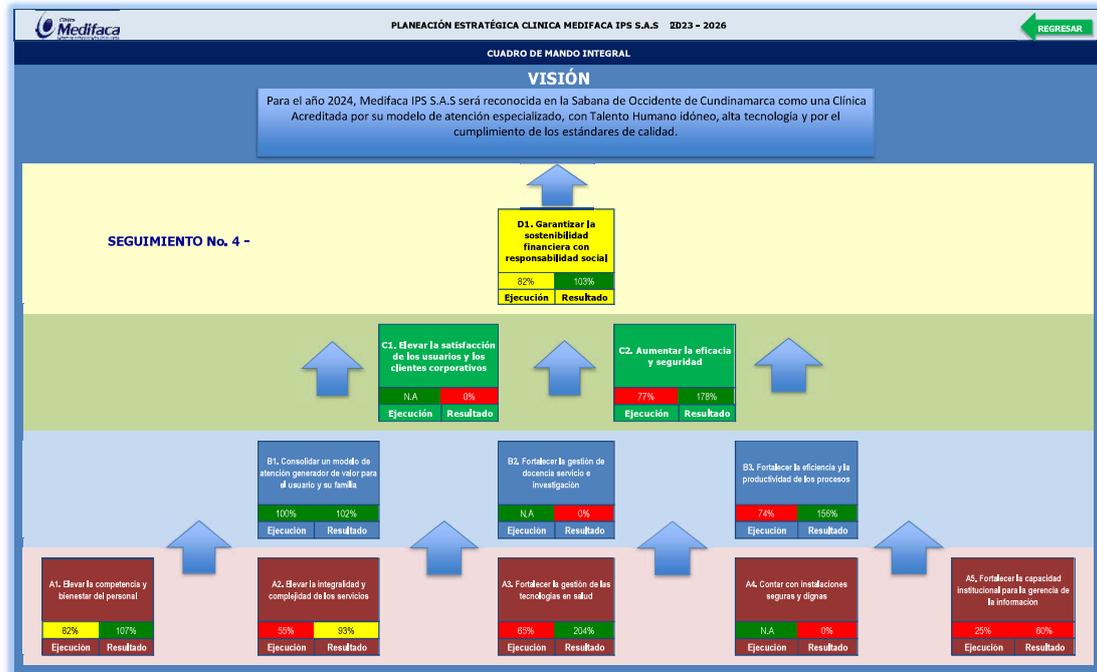


Tabla 99. Fuente: Diseño en Excel plataforma estratégica 2019-2022

❖ **Propuesta estratégica anual y plurianual**

El diseño de la propuesta anual de la clínica Medifaca no ha dejado proyectados recursos financieros para implementar planes estratégicos encaminados al logro de los objetivos estratégicos.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

❖ Evaluación final de la planeación estratégica 2019-2022

RESULTADO DE INDICADORES CONSOLIDADO POR OBJETO ESTRATÉGICO 2019-2022

OBJETIVO ESTRATÉGICO		INDICADORES		UF	TIPO	SEGUIMIENTO No. 1 - DICIEMBRE DE	SEGUIMIENTO No. 2 - SEPTIEMBRE DE	SEGUIMIENTO No. 3 - DICIEMBRE DE 2022	PROMEDIO		
						META 2021	META 2022	META 2022	PROMEDIO		
A1. Elevar la competencia y bienestar del personal	Proporción de colaboradores capacitados con relación a los programados.	TH	>	95%	62%	95%	80%	95%	84%	75%	
	Proporción de actividades ejecutadas en el plan de capacitación. <small>Número de</small>	TH	>	95%	75%	95%	90%	95%	87%	84%	
	Proporción de funcionarios que participaron en las actividades del programa de bienestar laboral. <small>Número de</small>	TH	>	95%	77%	95%	95%	95%	96%	89%	
	Índice de rotación de personal. <small>Número de trabajadores retirados en el periodo x</small>	TH	<	2%	3%	2%	3%	2%	3%	3%	
	Porcentaje de recaudo de incapacidades. <small>Valor del recaudo por cartera de las</small>	TH	>	95%	11%	95%	14%	95%	10%	12%	
	Proporción de actividades ejecutadas del plan de seguridad y salud en el trabajo. <small>Número de actividades cumplidas del plan de Seguridad y Salud en el Trabajo Total, de</small>	TH	>	95%	83%	95%	97%	95%	95%	92%	
	Proporción de funcionarios otros terceros con proceso de inducción que ingresan en el periodo. <small>No. Total</small>	TH	>	100%	50%	100%	96%	100%	88%	78%	
A2. Elevar la integridad y complejidad de los servicios	Proporción de Clientes internos con renuncia voluntaria por insatisfacción en la institución.	TH	<	2%	8%	2%	20%	2%	17%	15%	
	Promedio días estancia en el servicio de unidad de cuidado intensivo.	DM	<	4,5	12,2	4,5	4	4,5	4	6,73	
	Porcentaje de ocupación en el servicio de unidad de cuidado intensivo.	DM	>	82%	72%	82%	65,00%	82%	67,60%	68%	
	Número de cirugías.	DM	>	280	235	280	303	280	304	281	
	Número de procedimientos de electrofisiología.	DM	>	10	10	10	11	10	12	11	
	Número de procedimientos endovasculares de cirugía vascular.	DM	>	6	3	6	5	6	4	4	
	Número de procedimientos de endoscopia Gastro.	DM	>	188	12	188	107	188	115	78	
A3. Fortalecer la gestión de las tecnologías en salud	Número de órdenes de patología.	DM	>	98	77	98	235	98	243	185	
	Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de las guías de práctica clínica. <small>Número de criterios cumplidos en la aplicación de las guías de práctica clínica x 100</small>	DM	>	95%		95%	61,6%	95%	82,8%	72%	
	Proporción de cumplimiento de funcionarios capacitados en el manejo de equipos biomédicos. <small>Número</small>	DA	>	90%	77,0%	90%	94,0%	90%	100,0%	90%	
	Proporción de funcionarios reentrenados en el manejo de equipos biomédicos. <small>Número de funcionarios re-entrenado en el manejo de equipos biomédicos x 100</small>	DA	>	90%	77,0%	90%	66,0%	90%	74,0%	72%	
	Proporción de cumplimiento de equipos biomédicos etiquetados y conocimiento del contenido de las fichas técnicas. <small>Número de equipos</small>	DA	>	95%	13,0%	95%	56,0%	95%	56,0%	42%	
A4. Fortalecer la capacidad institucional para la gerencia de la información	Proporción de colaboradores que realizan la inducción.	TH	>	100%	89,0%	100%	100,0%	100%	100,0%	96%	
	Proporción de equipos tecnológicos (Biomédicos) sin uso mayor a 3 meses.	DA	<	2%	13,2%	2%	15,8%	2%	15,3%	15%	
	Proporción de activos fijos que cumplen con el total de lineamientos establecidos por la organización. <small>Número de activos</small>	DA	>	95%	96,30%	95%	93,3%	95%	93,3%	94%	
B1. Consolidar un modelo de atención generador de valor	Proporción historias clínicas archivadas. <small>Número de historias clínicas archivadas en el mes x 100</small> Total, de historias clínicas entregadas al archivo	DA	>	80%	88,0%	80%	48,1%	80%	45,0%	60%	
	Proporción de usuarios que comprenden al menos dos deberes y dos derechos. <small>Número de usuarios que comprenden al menos dos deberes x 100</small> Total, de usuarios encuestados.	GC	>	95%	80,5%	95%	96,8%	95%	96,3%	91%	
	Proporción de hemoderivados caducados. <small>Número de hemoderivados caducados x 100</small> Total, de existencias de hemoderivados.	DM	<	5%	9,80%	5%	4,10%	5%	3,50%	6%	
	Proporción de hemocomponentes transfundidos por servicios (genera). <small>Nº de hemocomponentes transfundidos en todos los servicios x 100</small> Total, de hemocomponentes solicitados.	DM	>	80%	57,2%	80%	71,30%	80%	72,10%	67%	
	Proporción de hemocomponentes transfundidos sobre la reserva. <small>Nº de hemocomponentes transfundidos x 100</small> Total, de hemocomponentes reservados.	DM	>	80%	57,2%	80%	71,30%	80%	72,10%	67%	
	Proporción de unidades transfundidas sin pruebas pre transfusionales. <small>Nº de unidades transfundidas sin pruebas pre transfusionales x 100</small> Total, de unidades transfundidas.	DM	<	1%	2,40%	1%	1,60%	1%	1,60%	2%	
	Porcentaje de cumplimiento de entrega de hemocomponentes del banco de sangre.	DM	>	100%	44,9%	100%	77,40%	100%	80,70%	68%	
B3. Fortalecer la eficiencia y la productividad de los procesos	Oportunidad en la asignación de cita para la realización de ayudas diagnósticas (TAC- Radiología Convencional). <small>Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha</small>	DM	<	Días	3	2	3	3,1	3	4,1	3,1
	Oportunidad en la asignación de citas para la realización de ayudas diagnósticas radiología intervencionista. <small>Sumatoria de los días</small>	DM	<	Días	7	4,38	7	17,59	7	15,83	12,6
	Oportunidad en la asignación de citas para la realización de ayudas diagnósticas ecografía ambulatoria. <small>Sumatoria de los días</small>	DM	<	Días	3	3	5	17,9	5	18,0	13,0
	Oportunidad en la asignación de citas para la realización de ayudas diagnósticas cardiología no invasiva ambulatoria. <small>Sumatoria de los</small>	DM	<	Días	3	2,9	3	8,5	3	7,9	6,4



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

C2 Aumentar la eficacia y seguridad	Promedio de tiempo transcurrido entre la orden de la remisión y la aceptación de la remisión del paciente. Sumatoria del tiempo transcurrido entre la solicitud de la remisión y la aceptación de la remisión Total, de remisiones generadas.	DM x Hora	6	13,26	6	14,41	6	14,73	14,13333333	
	Promedio de tiempo transcurrido entre la aceptación de la remisión y la salida del paciente.	DM x Hora	2	28,92	2	31,71	2	39,25	33,3	
	Promedio de tiempo transcurrido entre la admisión y triaje. Sumatoria del tiempo transcurrido para el inicio de la atención de la consulta por parte del médico.	DM Minut	20	58,09	20	50,06	20	50,44	52,9	
	Opportunidad de la atención triaje II.	DM Minut	15	43,05	15	58,95	15	30,3	44,1	
	Promedio de horas de estancia en sala de observación del servicio de urgencias. Sumatoria del tiempo de estancia de los pacientes en el servicio de observación de urgencias.	DM x Hora	20	31	20	48,51	20	39,02	37,8	
	Promedio de horas de estancia en sala de observación del servicio de urgencias. Sumatoria del tiempo de estancia de los pacientes en el servicio de observación de urgencias.	DM x Hora	6	34,77	6	25,52	6	25,43	28,6	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Número de historias clínicas evaluadas con un cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas Médicos generales.	DM >	95%	83,30%	95%	82,90%	95%	84,60%	84%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Número de historias clínicas evaluadas con un cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas Médicos generales.	DM >	95%	59,90%	95%	86,70%	95%	87,90%	78%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Número de historias clínicas evaluadas con un cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas Enfermería.	DM >	95%	30,00%	95%	37,00%	95%	37,00%	35%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Número de historias clínicas evaluadas con un cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas auxiliar de enfermería.	DM >	95%	15,00%	95%	26,00%	95%	26,00%	22%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Número de historias clínicas evaluadas con un cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas Terapia.	DM >	95%	54,70%	95%	81,40%	95%	84,30%	73%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Número de historias clínicas evaluadas con un cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas Intensivistas.	DM >	95%	65,00%	95%	67,30%	95%	71,60%	68%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Número de historias clínicas evaluadas con un cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas Anestesiólogos.	DM >	95%	48,00%	N.A	N.A	N.A	N.A	48%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Número de historias clínicas evaluadas con un cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas Cirujía general.	DM >	95%	35,00%	N.A	N.A	N.A	N.A	35%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Número de historias clínicas evaluadas con un cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas Ortopedia.	DM >	95%	28,00%	N.A	N.A	N.A	N.A	28%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Número de historias clínicas evaluadas con un cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas neurocirujía.	DM >	95%	46,70%	N.A	N.A	N.A	N.A	47%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Número de historias clínicas evaluadas con un cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas Urología.	DM >	95%	16,00%	N.A	N.A	N.A	N.A	16%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Número de historias clínicas evaluadas con un cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas Cirujía plástica.	DM >	95%	28,00%	N.A	N.A	N.A	N.A	28%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Número de historias clínicas evaluadas con un cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales igual o mayor al 90% X 100 Total, de Historias clínicas evaluadas en el mes.	DM >	95%	28,00%	N.A	N.A	N.A	N.A	28%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Número de historias clínicas evaluadas con un cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas Cardiología.	DM >	95%	68,30%	N.A	N.A	N.A	N.A	68%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Número de historias clínicas evaluadas con un cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas Gastroenterología.	DM >	95%	10,00%	N.A	N.A	N.A	N.A	10%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Número de cancelaciones de procedimientos de cirugía. Número de cancelaciones de procedimientos de cirugía x 100 Total, de Cirugías Programadas.	GC <	2%	10,40%	2%	4,30%	2%	4,30%	6%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Opportunidad de cirugía general. Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita para ser atendido en la consulta médico especialista y la fecha para la cual es asignada la cita.	DM <	25 Días	3,8	25 Días	7,9	25 Días	9,9	7,2	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Promedio de tiempo transcurrido para el recambio de cama. Sumatoria del tiempo transcurrido entre la orden de egreso y la salida efectiva del paciente.	GC <	1,5	9,14	1,5	7,42	1,5	8,99	8,51666667	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Promedio de tiempo transcurrido para respuesta a interconsulta a especialidades presenciales en pacientes hospitalizados. Sumatoria del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas de especialidades presenciales en pacientes hospitalizados. Total, de respuestas a interconsultas de especialidades presenciales en pacientes hospitalizados.	GC : Hora	2	6,9	2	7	2	10,1	8	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Proporción de resultados de imagenología con correlación de hallazgos clínicos. Número de resultados de imagenología con Correlación positiva con hallazgos clínicos X 100 Total, de casos revisados.	DM >	90%	51,80%	90%	74,00%	90%	78,30%	68%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de la guía de traslado de pacientes con aislamiento. Número de criterios cumplidos en la aplicación de la guía de traslado de pacientes con aislamiento x100	GC >	95%	85,10%	95%	96,80%	95%	96,20%	91%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de las precauciones de aislamiento por el personal de salud.	GC >	95%	87,80%	95%	96,00%	95%	96,00%	93%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Tasa de infección de vías urinarias asociada a catéter vesical. Número de pacientes con infección de vías urinarias asociada al uso de catéter vesical x1000 Total, de días paciente con exposición a catéter vesical en el mismo periodo.	GC <	5x1000	17,86	5x1000	6,75	5x1000	6,35	8,62	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Adherencia a las barreras de seguridad del lavado de mano. Proporción de prescripciones pertinentes de antibióticos.	GC >	95%	55,10%	95%	93,80%	95%	92,40%	80%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Proporción de criterios cumplidos en la adherencia a la profilaxis antibiótica. No adherencia.	GC >	95%	73,40%	95%	79,60%	95%	80,70%	78%	
	Proporción de criterios cumplidos en el manejo de carros de paro. Proporción de adherencia al reporte voluntario de eventos adversos, incidentes o indicios de atención no segura. Número de eventos adversos reportados.	GC >	95%	56,30%	95%	76,60%	95%	78,40%	70%	
	D1. Garantizar la sostenibilidad financiera con responsabilidad social	Proporción de glosa neta final aceptada.	DF <	15%	21,58%	15%	15,50%	15%	14,30%	17%
		Proporción de valor de glosas radicadas.	DF <	5%	22,30%	5%	15,70%	5%	15,60%	18%
		Proporción de glosas por conciliar.	DF <	25%	44,99%	25%	76,00%	25%	74,10%	65%
		Proporción de glosa neta final aceptada en función de los ingresos operacionales. (Valor de glosa neta final aceptada por la IPS)	DF <	2%	3,91%	2%	2,90%	2%	2,70%	3%
		Proporción de valor de devoluciones radicadas. (Valor de las devoluciones radicadas)	DF <	2%	6,59%	2%	3,20%	2%	2,90%	4%
		Proporción de devoluciones por gestionar. (Valor de devoluciones por gestionar)	DF 0%	1,86%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
		Proporción de glosas recuperadas en conciliación. (Valor de glosas levantadas en conciliación y en respuesta)	DF >	80%	77,45%	80%	76,90%	80%	80,70%	78%
		Ventas por servicios. Ingresos por Servicios x 100	DF	\$ 3.700	\$ 4.450	\$ 4.600	\$ 24.424	\$ 4.600	\$ 32.723	\$ 20.532

Tabla 100 Fuente: Diseño Excel plataforma estratégica 2019-2022



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE PSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

❖ **Tablero de control – Indicadores**

✓ **INDICADORES CRÍTICOS DE CLÍNICA MEDIFACA**

NOMBRE INDICADOR	2022
Ingresos netos operacionales	● \$ 42.182
Costo red medica	● 26,8%
Costo medicamentos	● 20,1%
Costo nomina	● 23,8%
Gastos administrativos	● 10,40%
Gastos Financieros	● 1,8%
Utilidad antes de impuestos	● 12,9%
Promedio dias estancia en el servicio de hospitalizacion	● 5,91
Porcentaje de ocupacion en el servicio de hospitalizacion	● 121,3%
Giro cama en el servicio de hospitalizacion	● 6,2
Promedio dias estancia en el servicio de unidad de cuidado intensivo	● 4,0
Porcentaje de ocupación en el servicio de unidad de cuidado intensivo	● 67,6%
Giro cama en el servicio de unidad de cuidado intensivo	● 5,2
Numero de cirugias	● 304,0
Numero de procedimientos de hemodinamia	● 47,0
Numero de procedimientos de electrofisiologia	● 12,0
Numero de procedimientos de endovasculares de cirugia vascular	● 4,0
Numero de procedimientos de neurointervencionismo	● 7,0
Numero de procedimiento de endoscopia gastro	● 115,0
Numero de radiografias convencionales realizadas	● 2340,0
Numero de ecografias	● 806,0
Numero de procedimientos de radiologia intervencionista	● 25,0
Numero de laboratorios	● 16486,0
Numero de unidades transfundidas	● 142,0
Numero de ordenes de patologia	● 243,0
Numero de consultas especializadas	● 916,0
Numero de consulta de urgencias	● 2288,0
Proporción de mantenimientos Preventivos realizados a las instalaciones locativas	● 96,9%
Proporción de mantenimientos preventivos realizados a los equipos industriales	● 98,6%
Proporción de mantenimientos preventivos realizados al mobiliario	● 98,0%
Proporción de mantenimientos correctivos realizados a los equipos industriales	● 0,9%
Proporción de mantenimientos preventivo efectivo de equipos industriales	● 97,7%
Proporción de equipos industriales improductivos	● 0,5%
Proporción de equipos tecnológicos (industriales) sin uso mayor a 3 meses	● 1,2%
Proporción de cumplimiento de rondas de verificación según cronograma de instalaci	● 96,3%
Índice de eventos adversos asociados al uso de equipos tecnológicos en salud (indus	● 0,0%
Índice de incidentes asociados al uso de equipos tecnológicos en salud (industriales)	● 0,0
Proporción de mantenimientos preventivos realizados a equipos biomédicos	● 98,7%
Proporción del mantenimiento preventivo efectivo de equipos biomédicos	● 99,9%
Proporción de mantenimiento correctivo realizados a los equipos biomédicos	● 1,5%
Proporción de equipos biomedicos improductivos	● 1,0%
Proporción de equipos tecnológicos (Biomédico) sin uso mayor a 3 meses	● 15,3%
Proporción de ejecución de inventario	● 100,5%
Proporción de activos fijos que cumplen con el total de lineamientos establecidos por	● 93,3%
Proporción de activos que están por fuera de inventarios	● 0,4%
Proporción del valor total indemnizado	● 20,2%
Promedio de días transcurrido de los recobro por siniestros	● 68,5
Índice de rotación de personal	● 3,0%
Proporción de actividad ejecutadas en el plan de capacitación	● 87,0%
Proporción de colaboradores capacitados en relación con los programados	● 84,0%
Proporción de colaboradores con calificación satisfactoria en la evaluación de Capaci	● 94,0%
Proporción de funcionarios evaluados con contrato a termino fijo	● 100,0%

Tabla 101. Fuente: Indicadores Actos administrativos comités institucionales



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Los Indicadores Estratégicos se evalúan mensualmente en los comités institucionales, de ahí salen los indicadores críticos que son los que no cumplen la meta quedando en color rojo, para ser analizados trimestralmente en el Cuadro de Mando Integral.

En la tabla anterior se evidencian los indicadores críticos de la clínica Medifaca con corte a 31 de diciembre de 2.022 y se analizan junto con las estrategias, para ir evaluando el grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos.

1.1. Otros Aspectos Relevantes de la Gestión

1.2. Dificultades presentadas en la ejecución

2. CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

ANEXOS.

Responsable del informe: María Cristina Vargas Urazán

Cargo: Gerente



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"