

INFORME DE SOSTENIBILIDAD 2018

Congregación de Dominicas de Santa Catalina de Sena Clínica Nueva

Bogotá, Colombia. Marzo 2019

Elaborado por:

SUBDIRECCIÓN MÉDICA Y GESTIÓN CLÍNICA (E)

Rodrigo Ignacio Quijano Vargas

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Norman Felipe Ríos Rodríguez

SUBDIRECCIÓN FINANCIERA

Sara Milena bolívar Torres

COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO

Edith Andrea Topia Uscategui

COORDINADORES DE AREAS Y SERVICIOS



Aprobado por:

DIRECCIÓN GENERAL

Rodrigo Ignacio Quijano Vargas

VEEDORA DE LA CONGREGACION PARA CLINICA NUEVA

Sor Olga Nidia Gómez

COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO

Edith Andrea Topia Uscategui

Contenido

De la Dirección General

Mensaje de la Veedora Congregacional

Generalidades de la institución

Quienes somos

Nuestros principios

Valores corporativos

Constitución de la Congregación Dominicas de Santa Catalina de Sena / Clínica Nueva

Estructura Orgánica y Funcional Clínica Nueva

Perfil institucional

Alcance y Cobertura del informe

Capacidad instalada

Modelo de atención

Ruta crítica de atención del Paciente

DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

Subdirección financiera

- Cuentas médicas

- Admisiones y Facturación
- Cartera
- Contratación y Mercadeo
- Tesorería
- Contabilidad
- Indicadores financieros

Subdirección Administrativa

- Gestión Humana
- Seguridad y salud en el trabajo
- Gestión ambiental
- Jurídica
- Compras y suministros
- Sistemas
- Biomédica y mantenimiento

Subdirección Médica y Gestión clínica

- Cirugía
- Hospitalización
- Urgencias
- Cuidado Intensivo e intermedio
- Laboratorio clínico
- Radiología e imágenes diagnósticas
- Servicio farmacéutico
- Terapias y cuidados respiratorios
- Consulta Externa
- Enfermería

Calidad y control interno

- Auditoria Calidad
- Vigilancia Epidemiológica y control de infecciones
- Acogida al usuario
- Programa de seguridad del paciente



- Programa de higiene de manos
- Educación al paciente, familia y cuidador

De la Dirección General

Quiero expresar a Ustedes mi saludo de presentación a este Informe de sostenibilidad 2018; segundo que me corresponde como Director General de la Clínica y nuevamente ante circunstancias cambiantes ejerciendo simultáneamente el cargo de subdirector médico y gestión Clínica.

Llegamos a los 60 años de vida institucional y con el lema de curando el alma y sanando el alma lo celebramos con vigor, alegría y gran confianza en el futuro; renovándonos y siguiendo en el proyecto actual de cumplir con nuestra visión al año 2020 de auto sostenibilidad financiera, humanización permanente, atención siempre segura Y empeñados en el mejoramiento continuo siempre trabajando en grupo. Dando esta consolidación por la integración del personal antiguo y nuevo en las áreas asistencial, financiera y administrativa. Todos comprometidos en la inmensa responsabilidad con la Congregación y su obra la Clínica e igualmente en lo social y lo económico.

El 2018 fue un año donde se dio el cumplimiento y afianzamiento en una nueva estructura y organigrama institucional. Reingeniería en todas las áreas, proyectando una renovación en la imagen institucional, haciendo la institución más visible y mostrando sus fortalezas y servicios.

Continúan dificultadas dadas por el entorno, circunstancias y características de nuestro sistema de salud que no se han modificado sustancialmente; ante todo en la forma de contratación con las aseguradoras o entidades responsables de pago, las tarifas, las posiciones dominantes, la cartera acumulada tanto interna como externa y un flujo de caja y corriente muy malo.

Se dio cambio en la subdirección financiera, orientándose fundamentalmente al cobro de cartera, saneamiento de cuentas, acuerdo con proveedores y continuar con los cambios solicitados por normatividad. Igualmente inicio un cambio e intervención más proactiva y temprana en el área de cuentas médicas.

La subdirección administrativa continuó en el trabajo de recuperación, mantenimiento y proyección de las áreas físicas, biomédicas e industriales de la clínica. Se determinó cambio del Software que pasara de ser propio de la clínica a uno comercial con miras a mejorar todos los procesos ante todos los administrativos y de gestión de almacén e inventarios. La subdirección médica y gestión clínica continuó implementado acciones de gobernanza y adecuación de horarios de trabajo a las expectativas de los médicos, contratos laborales de los mismos, cumplimiento de normatividad laboral / tributaria y las necesidades de la institución.

Desde la Dirección General y en conjunto con Talento humano a principios del año se caracterizaron los puestos de trabajo, de dio nivelación salarial y aumento de los mismos según las medias de instituciones como la nuestra. Continuamos interviniendo todas las áreas con miras a ser una empresa autosostenible, eficiente y productiva sin dejar nuestra misión, valores y principios institucionales y congregacionales.

Mensaje de la Veedora Congregacional

ATENCION CON SENTIDO HUMANO.

“La Buena Nueva para su salud”.

La Congregación de Dominicas de Santa Catalina de Sena, fundada en 1880, en Villa de Leiva (Boyacá), por el religioso dominico Fray Saturnino Gutiérrez Silva, O.P. y la Madre Gabriela Durán Párraga, fiel a su Carisma de servicio a la Palabra en la opción por la vida, fundó el 12 de octubre de 1958, en Bogotá, la CLINICA NUEVA, con el ideal de **“defender la vida, recuperarla, propiciar condiciones óptimas para su crecimiento y desarrollo, asistirle cuando decae y darle esperanza en Jesús que es la plenitud de la vida(...)”**(Constituciones de la Congregación, Art. 18).

Desde entonces ha prestado el servicio a la salud, tratando de dar respuesta a las necesidades de cada época, fiel a su compromiso de ser presencia de la Iglesia Católica en el cuidado de la vida, sin perder de vista que “el combate a la enfermedad tiene como finalidad lograr la armonía física, psíquica, social y espiritual para el cumplimiento de la misión recibida (CONFERENCIA EPISCOPAL DE AMÉRICA LATINA Documento de Aparecida, 417, 2007).

La Clínica Nueva despliega su atención con sentido humano y ético, contando con personal idóneo, calificado y comprometido, desarrollando procesos eficientes con atención cálida y competencia científica, dentro de una cultura de seguridad en torno a algunos ejes fundamentales: el paciente y su familia, el trabajador de la salud y el medio ambiente, en un esfuerzo constante por hacer de esta institución un lugar donde se experimenta la sensación de un milagro permanente.

Solidez, confianza y reconocimiento ha adquirido nuestra Institución en 60 años de servicio de salud. Sesenta años es el referente de una entidad sólida que, a pesar de la crisis del sector salud, se mantiene y se proyecta hacia la sostenibilidad financiera, la renovación y un modelo de atención reconocido por su calidez y sentido de humanización, proceso y camino hacia el mejoramiento con avances en el enfoque del Sistema de Gestión de Calidad, así como en el Mejoramiento de Procesos y Resultados, en temas como: la evaluación de atención y el uso de herramientas de verificación e instrumentos de seguimiento a la gestión clínica; procesos que, a pesar de la complejidad de los retos que ofrece el sistema de salud, el personal de la Clínica los implementa y ejecuta para servir a quien más lo necesita: los pacientes.

La Clínica Nueva se encuentra en constante evolución y crecimiento para adaptarse a los retos del futuro y sus cambios dinámicos e innovadores buscan lo esencial para ser cada día mejores, sin perder la esencia misional que motiva la ardua labor de las directivas para lograr un objetivo común y enfrentar los desafíos de cada uno de los proyectos.

Generalidades de la institución

La Clínica Nueva es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, perteneciente a la Congregación de Dominicas de Santa Catalina de Sena, como institución religiosa y según lo expresado en su Misión: el servicio a los enfermos responde al carisma y vocación de entrega, presentes en los valores y principios que la rigen; siempre propendiendo por los derechos de sus pacientes, enmarcados en la consolidación constante de la visión integral del ser humano, el humanismo, un marco científico médico, adecuada gestión clínica, gestión de riesgos y en la búsqueda de la mejoría constante en todas sus áreas y servicios. Siguiendo las enseñanzas de Cristo, los principios morales de la iglesia católica y el cumplimiento de las normas de la ética personal y profesional enmarcadas dentro de la espiritualidad dominicana.

La Clínica Nueva está regida por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia dentro del decreto 1011 de 2006 en sus cuatro componentes. Así mismo, consciente de la responsabilidad social que se deriva de sus actuaciones, se compromete a velar para que sus miembros expresen conductas éticas y morales en cada uno de sus actos, a fin de fortalecer su credibilidad y confianza ante la sociedad, sus colaboradores, sus usuarios y demás partes interesadas.

Con el fin de dar alcance a estos compromisos la Clínica Nueva adopta el código de ética y buen gobierno, en el cual consolida su plataforma estratégica, su cultura organizacional y su renovado estilo de dirección, expresando a través de éste, el compromiso de la institución con el cuidado de la salud de manera respetuosa y responsable con el medioambiente, la sociedad y la sostenibilidad institucional.

El código de ética y buen gobierno de la Clínica Nueva se constituye en el orientador de la actuación de sus colaboradores, consagrando simultáneamente los mecanismos e instrumentos tendientes a garantizar que desde los lineamientos impartidos por la Congregación de Dominicas de Santa Catalina de Sena y por la alta dirección de la institución, se promueva el compromiso permanente con la gestión eficiente, integral y transparente; constituyéndose en un marco ético y moral para cada una de las partes interesadas de la institución y a su vez el marco normativo por el cual se evalúe el comportamiento de sus funcionarios.

El mejoramiento continuo de los procesos hace parte del día a día de las organizaciones enfocadas en la prestación de servicios con calidad, lo cual permite un reconocimiento por parte de sus usuarios, fortalece el talento humano como factor clave de éxito para el logro de los objetivos propuestos y permite la alineación de las áreas y actividades para alcanzar los resultados esperados y con una medición clara en el tiempo.

Quienes somos

MISIÓN

Somos una institución socialmente responsable que presta servicios de salud cálidos y seguros con un equipo humano calificado y comprometido, gestionando eficientemente procesos especializados, basados en alto conocimiento científico y tecnológico competitivo, respondiendo al carisma y vocación de servicio de la Congregación de Dominicas de Santa Catalina de Sena.

VISIÓN

Para el 2020, la Clínica Nueva será una institución auto-sostenible financieramente, reconocida en el sector salud por su atención humanizada y segura, brindada a través de personal fidelizado, competitivo y socialmente responsable.

Nuestros principios

Estos principios buscan que todos los colaboradores de la Clínica Nueva tengan el mismo objetivo y persigan una única meta: “la excelencia institucional a través de la humanización de la atención”. Trabajar en equipo implica que cada miembro del mismo se sienta responsable, coopere y aporte todos sus recursos personales para lograr un objetivo común.

Trabajo en equipo

Este principio busca garantizar una atención segura, en un ambiente amable con relaciones cordiales y colaboradores comprometidos. A través de la comunicación asertiva, la Clínica Nueva propende para que cada uno de sus integrantes se exprese y de a entender dé forma clara, concreta y respetuosa su punto de vista, sus necesidades y expectativas.

Comunicación asertiva

Es el principio institucional que promociona la inclinación de ayuda al otro. Mediante la vocación de servicio, la Clínica Nueva incentiva a sus colaboradores a servir con desprendimiento, sensibilidad y pasión para lograr el bienestar general.

Vocación de Servicio

Este principio busca guiar al personal en la consecución de los resultados esperados por la institución. A través de la orientación al logro se compromete a cada colaborador y a cada equipo de trabajo a enfocar sus esfuerzos para lograr los objetivos planteados por la institución.

Orientación al logro (resultados).

De la vida y por la palabra, mediante la educación en su más amplio sentido y la asistencia en el campo de la salud, imitando a Santo Domingo de Guzmán, a Santa Catalina de Sena y a los padres fundadores de la Congregación, en la permanente búsqueda del bien espiritual y del servicio al prójimo, se trazan los siguientes principios de la Clínica Nueva.

Cumplimiento de compromisos

Es el principio que determina el éxito de nuestros objetivos. Con éste, la Clínica Nueva alienta a sus colaboradores a ser firmes, responsables y consistentes para cumplir oportunamente con los compromisos adquiridos.

Valores corporativos

Nuestros valores son las virtudes que caracterizan a cada uno de los colaboradores de la organización para orientar el cumplimiento de la misión y el alcance de la visión de la organización, éstos deben ser adoptados y aplicados por cada uno de sus miembros.

Humanidad

Es la virtud que representa el trato cálido y compasivo no sólo al paciente, sino a toda la comunidad institucional (familiares, compañeros, visitantes...) e implica “dar lo que quiero recibir”: solidaridad, respeto, consideración, misericordia, amor por el paciente, por el prójimo y por el oficio.

Constancia Superación

Virtud que nos alienta a continuar con perseverancia y firmeza ante los obstáculos que se interponen para alcanzar nuestras metas. Los colaboradores de Clínica Nueva somos constantes para ofrecer el mejor de los servicios buscando la satisfacción de nuestros usuarios.

Superación

Es el valor que nos invita a extremar los esfuerzos para ser cada vez mejores en todo aspecto (humano, espiritual, profesional, económico etc.); la superación exige organización, planeación, perseverancia y trabajo continuo y es el valor que impulsa el aprendizaje y crecimiento de la organización.

Honestidad

Es el valor que nos invita a vivir guardando coherencia entre cómo pensamos y cómo actuamos; la honestidad está orientada por la verdad y la justicia, conduciéndonos a una vida de integridad, que exige respeto por nosotros mismo y por nuestros semejantes.

Ética

Constituye el conjunto de normas y principios que orientan nuestro correcto actuar. Cada uno de nuestros actos como miembros de la Clínica Nueva, está gobernado por principios éticos, reflejados a través del cumplimiento de los deberes, la búsqueda del mayor beneficio y el respeto por las leyes y por la moral del medio.

Constitución de la Congregación Dominicas de Santa Catalina de Sena / Clínica Nueva

Consejo General de la Congregación

Sor Cecilia del Socorro Aristizabal Superiora General de la Congregación

Sor María Edilma González Vallejo Vicaria General de la Congregación

Sor María Luisa Rojas Zafra Segunda Consejera de la Congregación

Sor Judith Chaparro Figueredo Tercera Consejera de la Congregación

Sor Inés Ramírez Betancourt Cuarta Consejera de la Congregación

Comunidad Hermanas Clínica Nueva

Sor Rosa Esperanza Olarte Rodríguez

Sor Ana Rosa Muñoz Muñoz

Sor Paulina María Segura Triana

Sor Elizabeth Gámez Segura

Sor Graciela del Carmen Joya Bociga

Sor Olga Nidia Gómez Alonso

Sor Atala María Ponte Gutiérrez

Sor Martha Isabel Pamplona Vega

Comité directivo

Sor Olga Nidia Gómez Alonso Veedora de la Congregación para la Clínica

Sor Rosa Esperanza Olarte Rodríguez Superiora de la Comunidad Clínica Nueva

Sor Graciela Joya Bociga Ecónoma Local

Sor Gilma Henao Salazar Ecónoma General Delegada de la Casa General

Rodrigo Ignacio Quijano Vargas M.D. Director General de la Clínica Nueva

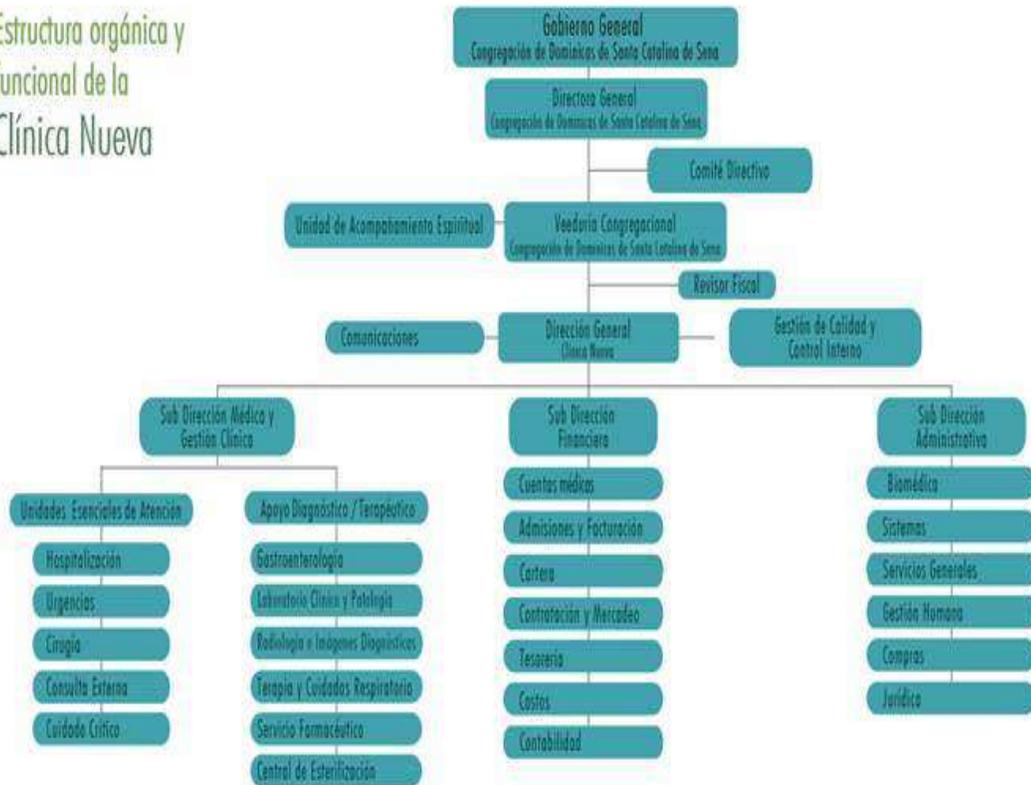
Sara milena Bolívar Torres Sub directora Financiera Clínica Nueva

Norman Felipe Ríos Rodríguez Subdirector Administrativo Clínica Nueva

Alejandro Sánchez Revisor Fiscal

Estructura Orgánica y Funcional Clínica Nueva

Estructura orgánica y funcional de la Clínica Nueva



Fuente: Estructura Orgánica y Funcional Clínica Nueva, Documentos ESAC

Perfil institucional

La Clínica Nueva es una obra de la Congregación de Dominicas de Santa Catalina de Sena, fundada el 12 de octubre de 1958, ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., en la Calle 45F # 16A 11 del barrio Palermo; es una entidad privada sin ánimo de lucro de tercer nivel de atención. Cuenta con un grupo de especialistas calificados y una infraestructura dispuesta para su atención y cuidados en donde se prestan servicios de salud para adultos como: hospitalización, cuidado intermedio e intensivo, cirugía, consulta externa, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.

Alcance y cobertura del informe

La Clínica Nueva extendió sus canales de diálogo permanente con los diferentes grupos de interés y de forma sistemática sensibiliza a sus colaboradores en responsabilidad social con el objetivo de generar conciencia frente al compromiso en toda la comunidad corporativa. Para la vigencia 2017 se identificaron y priorizaron seis grupos de interés, velando por la comunicación permanente para lo cual se establecen diversos canales de diálogo:

Gobierno Corporativo

- Comité directivo
- Revisión de la Gestión
- Comité de indicadores
- Rendición de cuentas a consejo directivo
- Capítulo general de la Congregación
- Informe de gestión

Colaboradores

- Dirección de puertas abiertas
- Servicio de acogida al usuario
- Comité de convivencia
- Unidad de acompañamiento espiritual
- Evaluación por competencias
- Comité de salud ocupacional
- Mecanismo de escucha de la voz del usuario interno Correos internos

Usuarios

- Comité de acogida al usuario
- Asociación de usuarios Unidad de acompañamiento espiritual
- Mecanismo de escucha de la voz del usuario
- Proceso de gestión de comentarios.

Programa de educación al paciente y su familia.

Página web.

Proveedores y contratistas.

Comunidad

Área de comunicaciones

Acogida al usuario

Mecanismos de escucha de la voz del usuario

Proceso de gestión de comentarios

Página web

Proveedores

Proceso de gestión de comentarios del cliente externo

Mecanismos de la escucha de la voz del cliente externo

Evaluación de proveedores

Medio Ambiente

GAGA- Grupo Administrativo de Gestión Ambiental-

Programa de uso eficiente de recursos

Comités Intersectoriales

Capacidad instalada

La capacidad instalada de nuestra Clínica permite brindar una atención integral a nuestros pacientes:

80 Camas hospitalarias

15 Camas UCIS

7 Salas de cirugía

16 Especialidades quirúrgicas

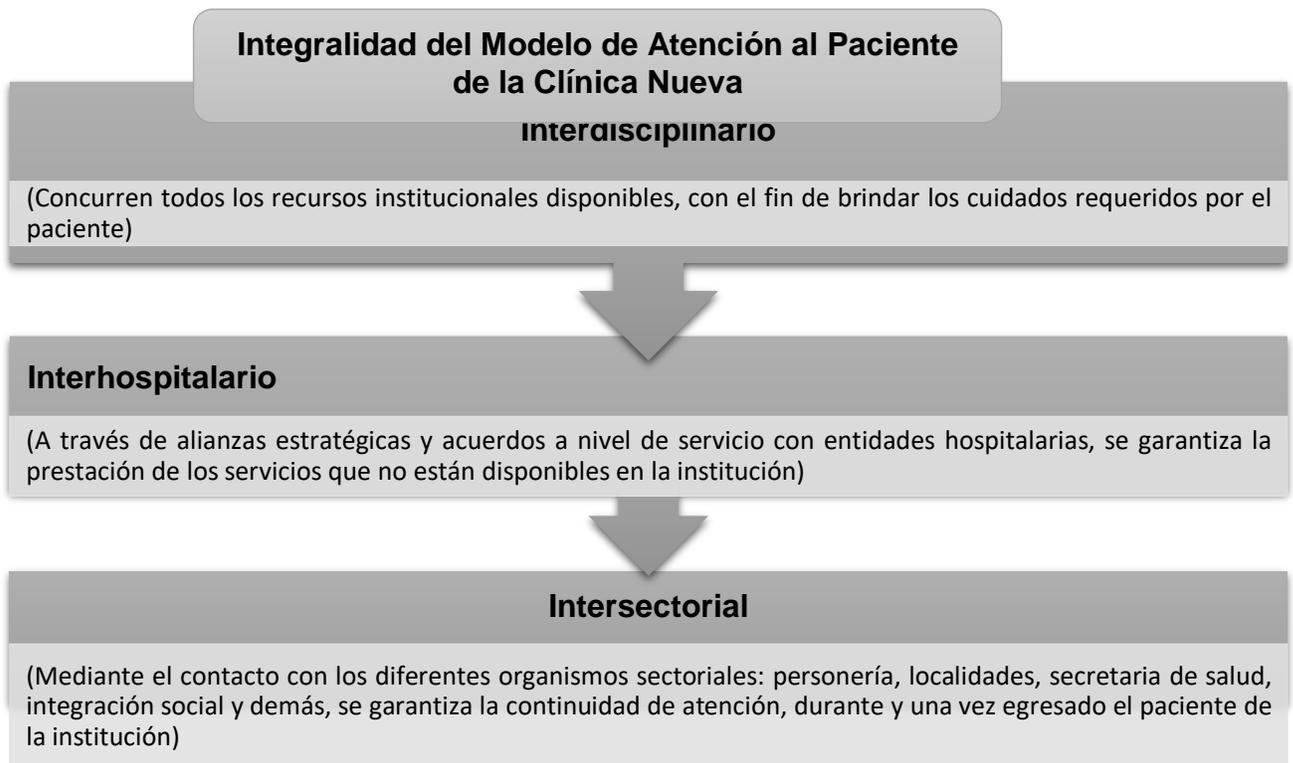
16 Especialidades Consulta Externa

15 Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

Modelo de atención

El modelo de atención de la Clínica Nueva está centrado en el “paciente como propósito común” y está definido como la atención integral brindada a través de un equipo multidisciplinario liderado por un médico o un grupo médico especialista, enmarcada en la humanización y la seguridad del usuario, garantizando la revisión y actualización de sus procesos, la gestión eficiente de sus recursos y el control responsable de los riesgos derivados de su ejercicio, para lograr la satisfacción de las necesidades de los usuarios y su familia.

Desde este modelo, la institución propende por la integralidad del servicio, estructurando mecanismos tendientes a permitir el trabajo interdisciplinario, interhospitalario e intersectorial entre otros como el Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE -, comités locales y distritales, programas de gobierno y aseguradores, a fin de garantizar la continuidad de la atención requerida por el paciente en las diferentes fases de su cuidado

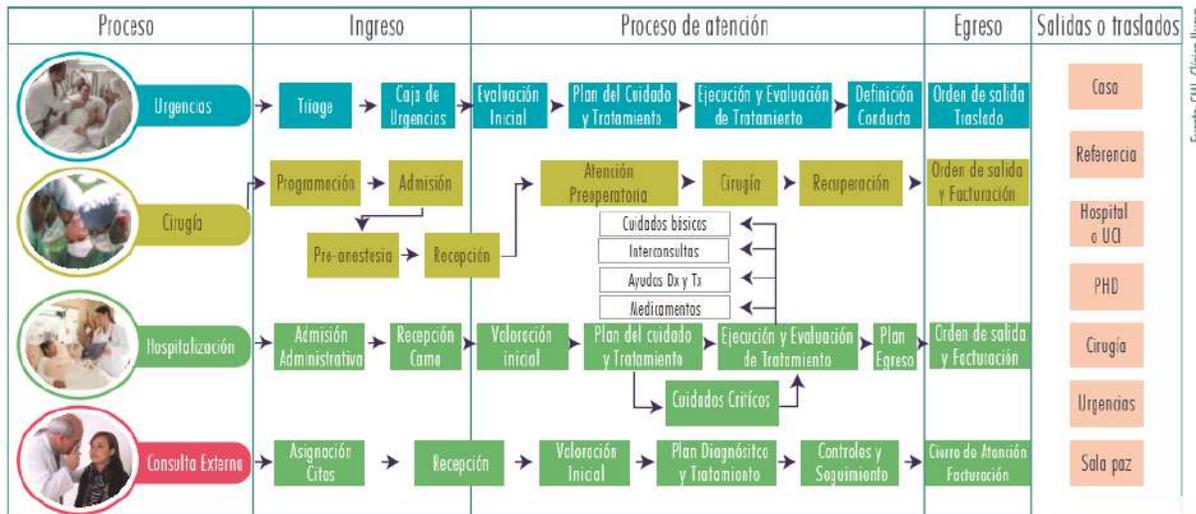


La institución busca a través del modelo de atención garantizar una oferta suficiente y pertinente de servicios, acorde a la demanda solicitada, lo cual exige la cuidadosa planificación y gestión de los recursos (humanos, físicos y tecnológicos, entre otros),

así como, los diferentes procesos, armonizando su interdependencia, bajo un sistema de información que permita la interacción oportuna entre nuestros colaboradores, nuestros pacientes y sus acompañantes, los aseguradores, los entes de control y demás partes interesadas, garantizando el cumplimiento de nuestra promesa de valor.

Ruta crítica de atención del paciente

La Clínica Nueva tiene cuatro puertas de acceso a la Institución para el ingreso del paciente, cada una de las cuales representa un proceso asistencial. En el siguiente gráfico se describen los “momentos claves” para la prestación de nuestros servicios:



Fuente: CMI - Clínica Nueva

DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

Subdirección financiera

El mejoramiento continuo de los procesos hace parte del día a día de las organizaciones enfocadas en la prestación de servicios con calidad, lo cual permite un reconocimiento por parte de sus usuarios, fortalece el talento humano como factor clave de éxito para el logro de los objetivos propuestos y permite la alineación de áreas y actividades para alcanzar los resultados esperados con una medición clara en el tiempo.

Es por esto que la Subdirección Financiera, comprometida con este concepto y buscando aportar permanentemente a los objetivos estratégicos de la Clínica, para el año 2018 realizó ajustes en las diferentes áreas financieras, enfocando el trabajo hacia la integralidad, compromiso en equipo y medición diaria de actividades claves para el proceso.

A continuación se presentan los resultados de gestión de las diferentes áreas que dependen de la Subdirección Financiera.

Estructura orgánica y funcional de la Clínica Nueva



Fuente: Estructura Orgánica y Funcional Clínica Nueva, Documentos ESAC

Organigrama

Cuentas médicas

Esta área tiene como finalidad realizar el análisis y verificación de las objeciones y glosas presentadas a las cuentas médicas, analizando los soportes clínicos y documentales para dar respuesta a las diferentes entidades responsables de pago, que le permita a la Clínica la recuperación de los recursos por los servicios de salud prestados a los usuarios.

Cuenta en su equipo de trabajo con un profesional médico a cargo del área, enfermeras y personal administrativo para el desarrollo de las actividades, siendo reforzada el grupo para el mes de noviembre de 2018, con la asignación de un Jefe de “tiempo completo”, con perfil profesional médico, formación y experiencia administrativa en el sector y con la competencia de entrenamiento y capacitación a los colaboradores de su área.

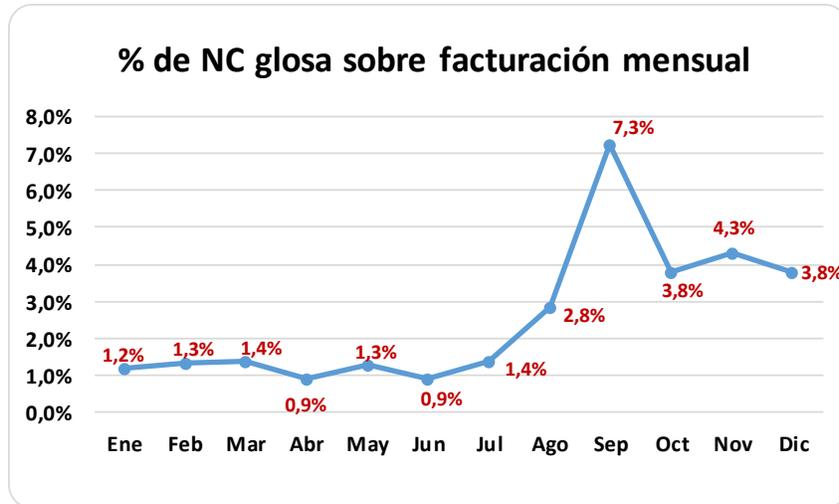
Durante gran parte del año 2018 el trabajo estuvo direccionado hacia la gestión de las objeciones presentadas en concurrencia, dejando con muy baja oportunidad el trámite de las glosas reportadas después del pago, por lo cual a la nueva Jefatura del área se le encargó la identificación de las facturas pendientes de trámite de respuesta de objeciones y glosas según trazabilidad que reporta el sistema y los físicos que se encontraron en el área, articulando el trabajo con el área de cartera y facturación para:

- Estandarizar la información de lo facturable según convenio y manejo de manuales tarifarios
- Identificar las causas de glosas administrativas
- Estandarizar respuestas de glosa y procedimiento de radicación
- Conciliar cartera para definir los estados de la misma y determinar las facturas sujetas a glosas, solicitando a las entidades responsable de pago su respectiva tipificación para iniciar análisis y justificación
- Agendar citas de conciliación de glosas y mantener la constante comunicación para que los procesos fluyan hacia el recaudo de los recursos a favor de la Clínica.

Adicionalmente el área finalizando el año 2018, pudo avanzar en las siguientes actividades:

- Recopilación de información del año en notas crédito y otros archivos del área, - en el proceso de "Resolución de glosas (respuesta)" - para la generación de informes de gestión del año. Glosas aceptadas por auditor, responsable de pago, cantidades en número y valor de la glosa aceptada.
- Consolidación y organización de la información de los diferentes temas necesarios para la gestión de Cuentas Médicas (posibilidades de respuesta para resolución de glosas y conciliación, normatividad, guías de manejo, paquetes instruccionales, etc.)
- Definición de procedimientos a realizar para la gestión de las cuentas y el control de los riesgos de no pago por causa asistencia y causa administrativa (Resolución de glosas, respuesta y conciliación, elaboración de informes, registro de notas crédito, asesoramiento técnico, gestión de No POS y preauditoría - estancias críticas, CUPS y alto valor en cirugía-).
- Estandarización de las actividades en cada uno de los procedimientos del área de cuentas médicas con la descripción de documentos.
- Capacitación continua del personal del área en temas de normatividad vigente, coaching y calidad en salud.
- Generación de hojas de trabajo estandarizadas para la recolección de datos y de gestión de los procedimientos del área.
- Asignación de labores en cuentas médicas por perfil y competencias.

El indicador de glosa total aceptada presentó el siguiente comportamiento para el año 2018, donde algunos meses estuvieron afectados por la conciliación de glosas de periodos anteriores y por montos significativos:



Fuente: Estados financieros 2018

Porcentaje de glosa



Fuente: Informe A dic 2018 - Area de Cuentas medicas

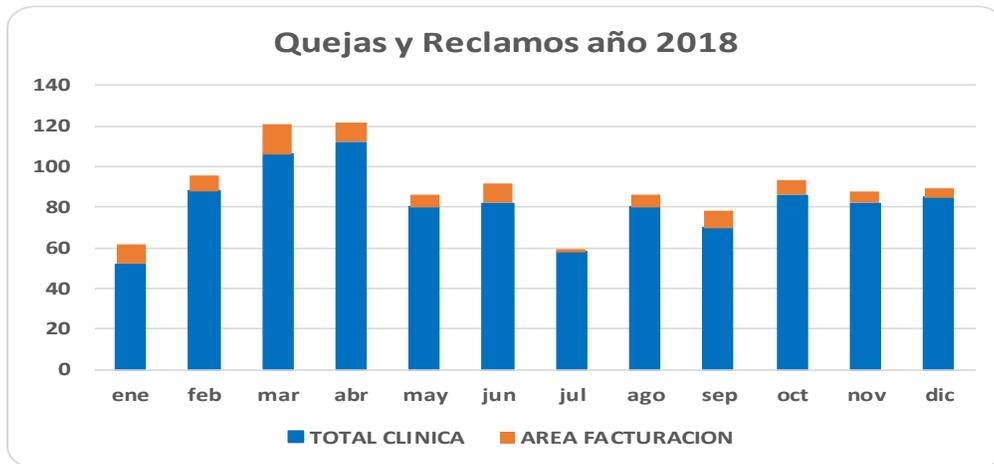
Participación de glosas aceptadas por ERP

Admisiones y Facturación

El área mantiene el compromiso de un adecuado trámite administrativo de admisión de los pacientes en los diferentes servicios, brindando información al usuario y su

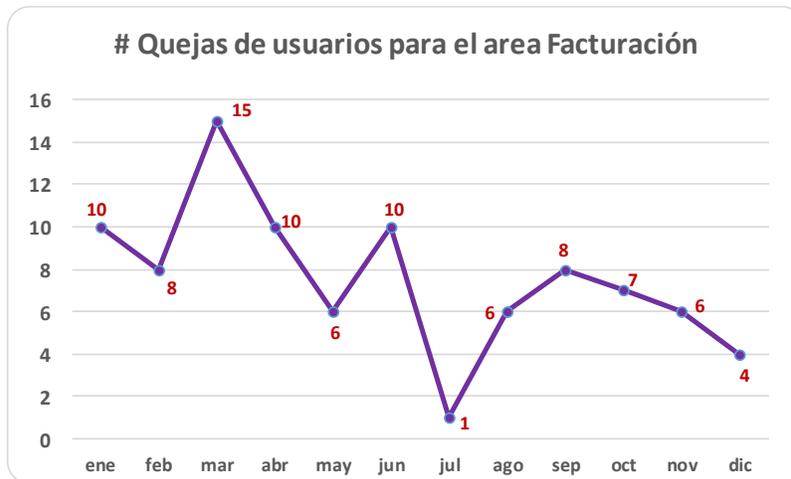
familia, realizando verificación de derechos y coberturas y garantizando la selección del pagador para los servicios de salud prestados.

La satisfacción de los usuarios hace parte de los indicadores que miden la gestión del área, donde para el segundo semestre del año se visualiza una tendencia positiva en las solicitudes de reclamos presentadas para el área



Fuente: Informe consolidado 2018 - Acogida al usuario

Quejas y reclamos admisiones y facturación



Fuente: Informe consolidado 2018 - Acogida al usuario

No. de quejas a facturación

La gestión del área de facturación para el año 2018 tuvo como objetivo garantizar el cierre de las cuentas generadas en el proceso de atención y posterior radicación ante las entidades, garantizando la organización de la mesa de control frente a la revisión de cuentas con un periodo no mayor a 24 horas, de igual manera realizar cierre de egresos sin acumulables para el siguiente mes no mayor a dos días, teniendo en

cuenta la medición en los tiempos de entrega por parte del personal de enfermería, el control y escaneo de la documentación.

Para el área de cirugía se implementa el facturador con el fin de lograr una optimización del proceso de salas frente al ingreso y egreso del paciente de cirugía programada, anudado a este proceso se traslada las actividades de cargue de material de osteosíntesis –MOS-, al área de facturación el cual se encontraba en el área de farmacia, haciendo un ajuste con el fin de mejorar el seguimiento y control al cobro de éste, los insumos de alto costo y la consecución de las facturas de las casas utilizadas por cada entidad, como soporte para la radicación.

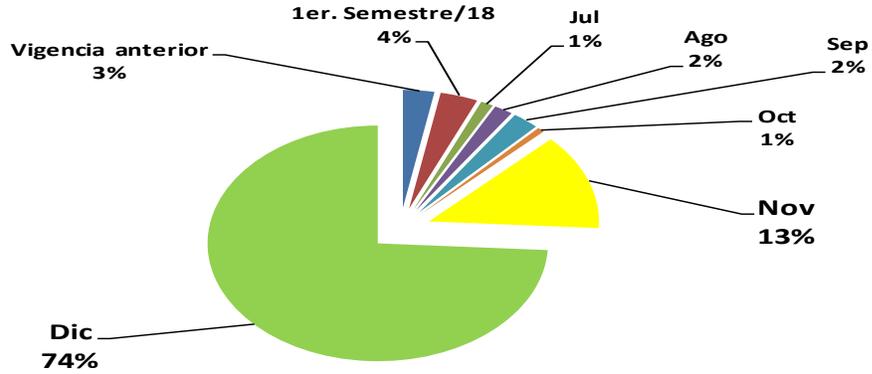
Se implementa personal para el área de autorizaciones en turnos 24 horas con el fin de garantizar la continuidad en el proceso de la solicitud de autorizaciones ante las entidades, de igual manera, suministrar la información a familiares durante la estancia del usuario.

Desde el área de facturación ambulatoria se hace traslado de la auxiliar de facturación a una área de visibilidad con el fin de cumplir con las actividades de recepción, revisión y cargue de los servicios prestados por las sociedades radiología, laboratorio, gastroenterología y cardiología de manera presencial ya que la facturación se realizaba de manera semanal sin tener contacto con el usuario.

Para el servicio de consulta externa, se realiza un cambio frente a la liquidación de servicios de manera diaria y controlada ya que se implementó dos facturadoras la cuales hacen admisión, revisión y liquidación de los servicios a pacientes que ingresan con agenda programada, de igual manera se tiene el control de consulta pre anestésica.

En el mes de Septiembre/18 se realizó la integración del personal a cargo del proceso de radicación de facturas para que hiciera parte del área de Facturación, con lo cual se logró una mejor trazabilidad y oportunidad en los tiempos de radicación, disminuyendo notablemente los pendientes por radicar.

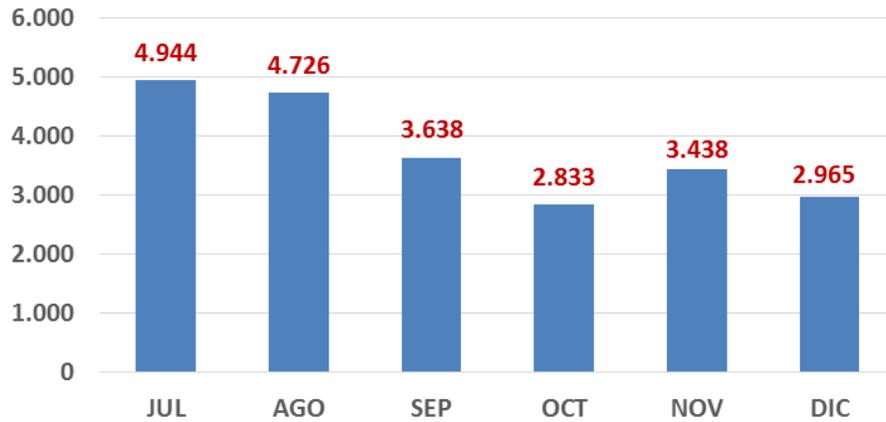
Facturas sin radicar al cierre de Dic/18



Fuente: Informe A dic 2018 - Area de Cartera

Facturas sin radicar

Valor facturas sin radicar al cierre de mes - En millones \$



Valor facturas sin radicar

En cuanto a la gestión realizada para el cumplimiento de las metas del plan operativo anual, el resultado fue el siguiente:

Meta POA 2018	Cumplimiento
Calidad en la generación de la factura	80%
Generación oportuna de la factura	90%
Oportunidad en la entrega para radicación	90%

Cartera

El comportamiento de los recursos en el sector salud, continúa siendo un reto para los prestadores de los servicios, por cuanto los tiempos de trámites administrativos, glosas, devoluciones, demora en autorizaciones, gestión de No pos, entre otros, se mantienen en una tendencia constante y que por supuesto afecta la oportunidad de la caja.

Sin embargo, la mejora continua de los procesos debe mantenerse y la comunicación permanente con las ERP entidades responsables del pago es indispensable para asegurar el reconocimiento de las deudas a través de las conciliaciones y su respectiva acta, e identificar de manera oportuna el status de las facturas que se han radicado, para poder gestionar lo pertinente y nuevamente iniciar el proceso para pagos.

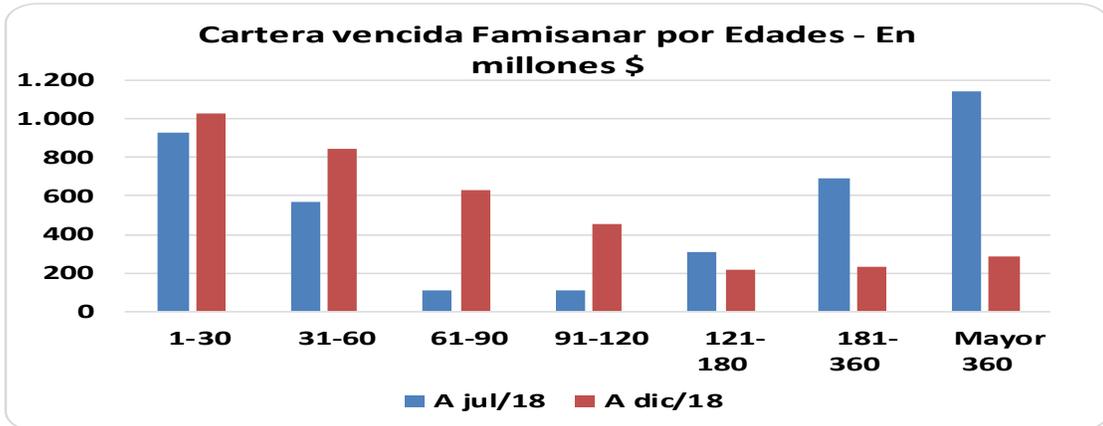
Siendo consecuentes con las necesidades del área y ante la disponibilidad de cubrir un puesto vacante en el segundo semestre del año, se realizó la contratación de una persona con varios años de experiencia en el cobro de cartera del sector salud, contactos en las entidades y conocimiento de los procesos administrativos de conciliación y cobro, con lo cual se da un impulso al área, apoyando la jefatura actual y generando dinamismo en aquellas entidades que no se tenían contacto reciente.

Como parte de las tareas prioritarias está la de mantener depurada la cartera de las entidades más representativas para la Clínica.

En el segundo semestre del año se desarrolló la conciliación, identificación de pagos y depuración para la Eps Famisanar, encontrando un monto bastante significativo en glosas de los años 2015, 2016 y 2017 sin gestionar, pagos sin descargar y un distanciamiento en el relacionamiento con la entidad, para lo cual se desarrollaron reuniones con las instancias pertinentes; se acordó una negociación para el tema de glosas y se actualizó la cartera de acuerdo a todos los soportes que se confirmaron.

Adicionalmente, se concilió la cartera de Compensar, Coomeva, Cruz Blanca, Nueva EPS, Aliansalud, Colmedica, Seguros del Estado, entre otras, con lo cual se logró un alcance importante en el reconocimiento de las deudas e identificación de cartera glosada para gestionar.

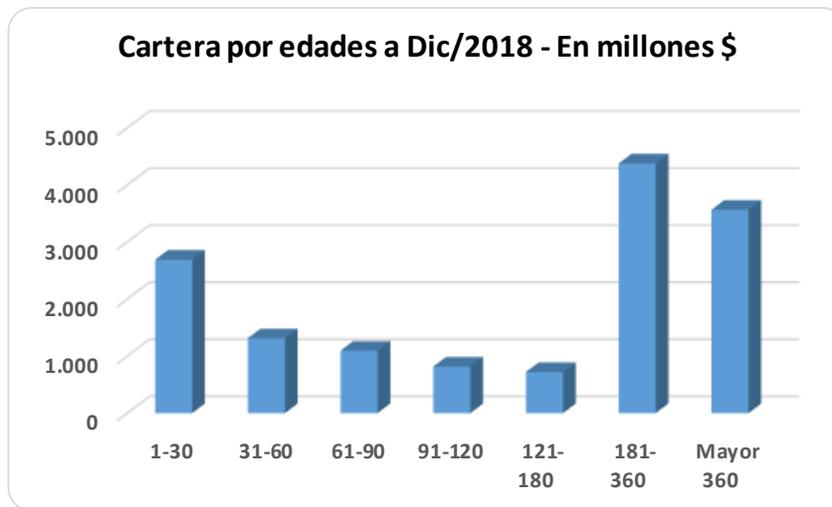
Comportamiento cartera Famisanar y el cambio en las edades de vencimiento:



Fuente: Informe a dic/18 área de Cartera

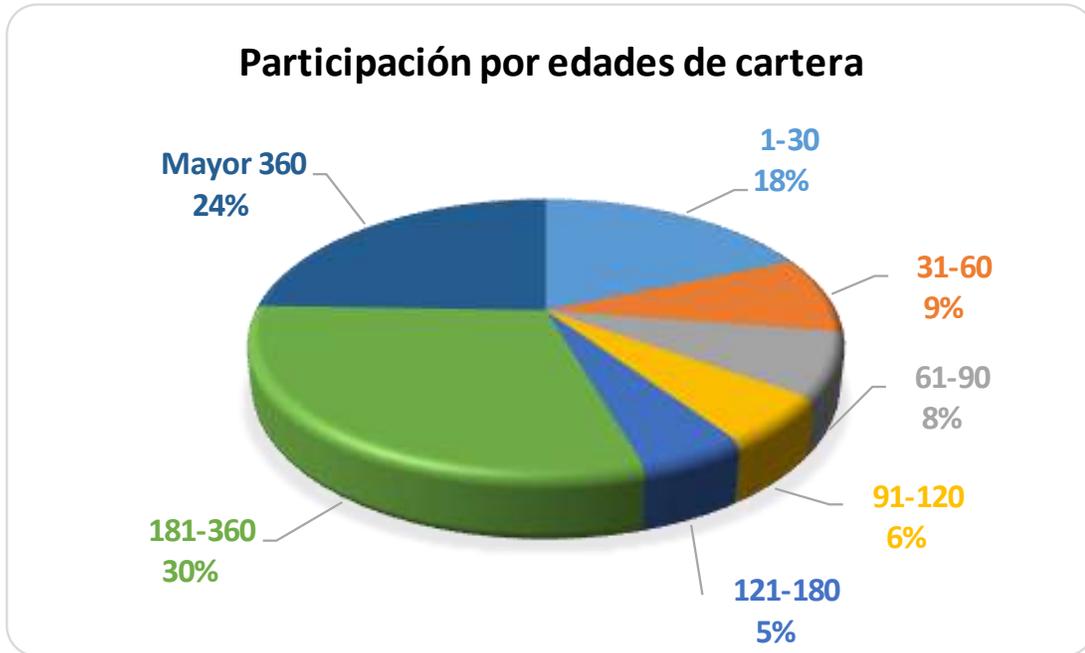
Cartera vencida por edades Famisanar

Cartera por edades



Fuente: Informe A dic 2018 - Area de Cartera

Cartera por edades



Fuente: Informe A dic 2018 - Area de Cartera
Participación por edades de cartera

Las edades de cartera vencida y superior a 181 días, presentan un deterioro significativo por 4 empresas: Centro Nacional de Oncología, Coomeva, Cafesalud y Famisanar, aunque esta última disminuyó considerablemente la cartera más antigua respecto a las cifras reportadas en el primer semestre del año.

Mes	Cumplimiento en el recaudo	% cartera vencida	% cartera superior 360 días
Ene	71%		
Feb	101%		
Mar	64%		
Abr	105%		
May	51%		
Jun	71%	59%	27%
Jul	98%	57%	26%
Ago	56%	58%	27%
Sep	86%	59%	45%
Oct	81%	63%	30%
Nov	94%	62%	31%
Dic	73%	65%	24%
prom mes	79%	61%	30%

Indicadores POA cartera

El valor de recaudo pendiente por aplicar a la cartera disminuyó al cierre del año 2018 en un -56% respecto al año inmediatamente anterior y terminando con una cifra a diciembre/18 de 2.192 millones, de los cuales gran parte corresponden a recaudo de los últimos días del año.

En general, el área de cartera presentó resultados significativos en su gestión del año 2018, compromiso que debe continuar y afianzarse para la próxima vigencia, con un enlace permanente con las entidades responsables del pago y comunicación fluida con las demás áreas financieras que apoyan el proceso del ciclo de la factura.

El cambio de segmento de atención de pacientes, favorece la cartera y el comportamiento del recaudo de la Clínica, por lo cual presenta resultados positivos el incremento en el segmento de ARL y otros convenios, diversificando el riesgo y mejorando las condiciones contractuales.

Contratación y Mercadeo

Durante el año 2018 el área de Contratación y Mercadeo tuvo un compromiso importante en la actualización documental y tarifaria de los convenios suscritos con las diferentes Empresas Responsables de pago.

En la revisión realizada se encontraron contratos sin firma, otros con tarifas sin incrementar desde algunas vigencias, por lo cual la meta de actualizar el 50% de los contratos más relevantes para la Institución, renovando 13 convenios. Con esta actividad también se consiguió un acercamiento con las aseguradoras formando lazos importantes para la gestión del área. Tan significativa como la meta anterior, para este año se planteó celebrar 6 contratos nuevos, para ampliar la atención de pacientes de otros segmentos distintos a los del contributivo. Nuestra Institución firmó 8 nuevos convenios, algunos de relevancia como Nueva EPS Plan Complementario y Salud Total Plan Complementario.

A medida que se actualizaron y suscribieron nuevos contratos, los acuerdos tarifarios se parametrizaron en el sistema de información, arduo trabajo por el tema conocido de los problemas de esta herramienta, generando reprocesos que pudieron retrasar esta tarea.

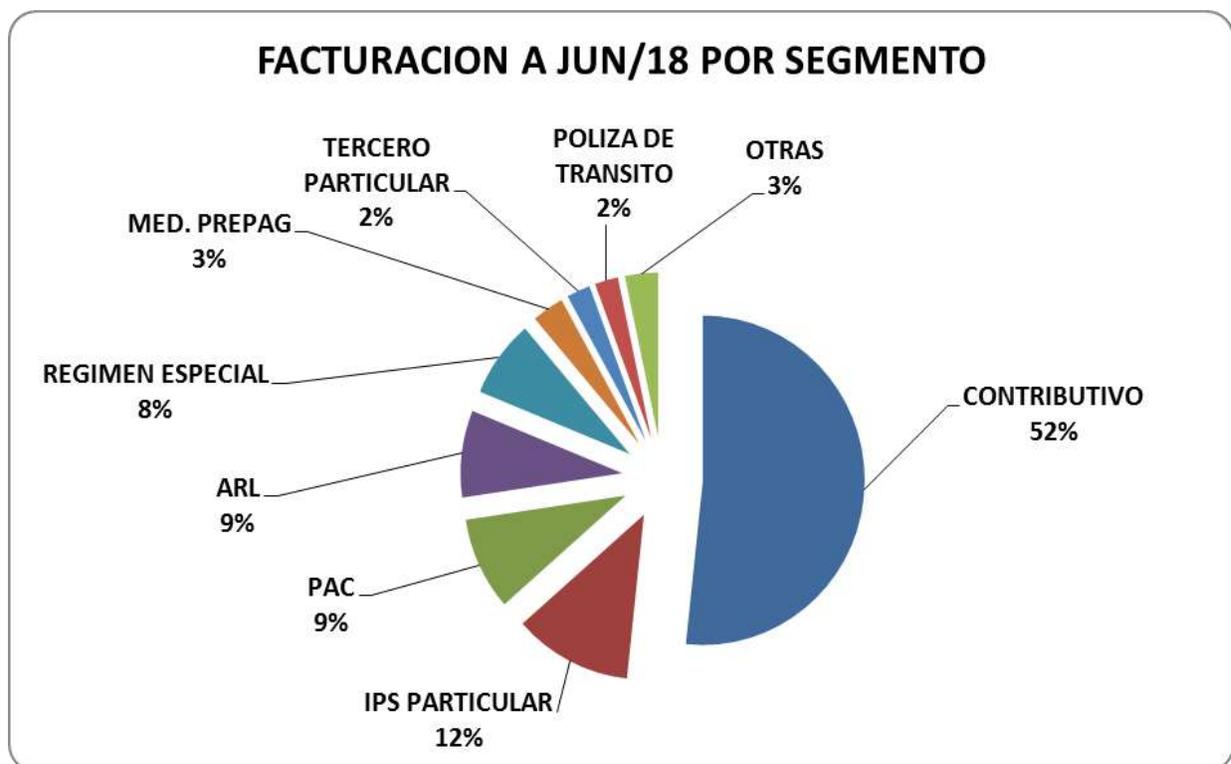
Para conocimiento de las diferentes áreas de la Clínica involucradas en el proceso administrativo, se socializaron los acuerdos pactados garantizando una excelente atención a los pacientes y una mejor facturación de los servicios, redundando en un mejor flujo de efectivo para la Institución. Día a día se apoyaron las actividades de facturación y las áreas encargadas del cargue de servicios prestados, toda vez que el sistema de información es poco confiable, presentando errores en el cargue y parametrización, se debieron realizar los ajustes necesarios tanto de tarifas como CUPS para ajustarnos a la normatividad vigente.

Por no contar la Institución con un portafolio actualizado, se hizo necesario programar reuniones con algunas dependencias de Clínica para conocer en detalle los procedimientos o exámenes realizados desde su servicio, para poder ofertarlos adecuadamente. De igual manera, para el establecimiento de tarifas competitivas, el área de contratación se referenció con Instituciones del mismo nivel de complejidad para la oferta de servicios adecuada y rentable.

Para el segundo semestre del año 2018, al área de Contratación y Mercadeo le fue asignada la tarea de elaborar las cotizaciones o presupuestos de los diferentes procedimientos o exámenes solicitados por profesionales, particulares o aseguradoras, tarea que se realiza a detalle y buscando mejorar la oportunidad.

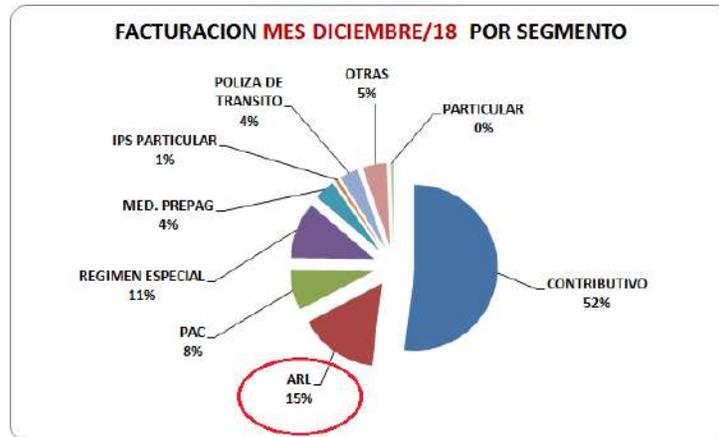
Teniendo en cuenta que el objetivo principal del área se encuentra en el desarrollo de contratos que le aporten valor a la Clínica y le permita segmentar sus clientes de manera adecuada, a continuación, se presenta el avance comparativo:

Comportamiento de la facturación por segmento acumulada para el primer semestre del año



Facturación por segmento a junio 2018

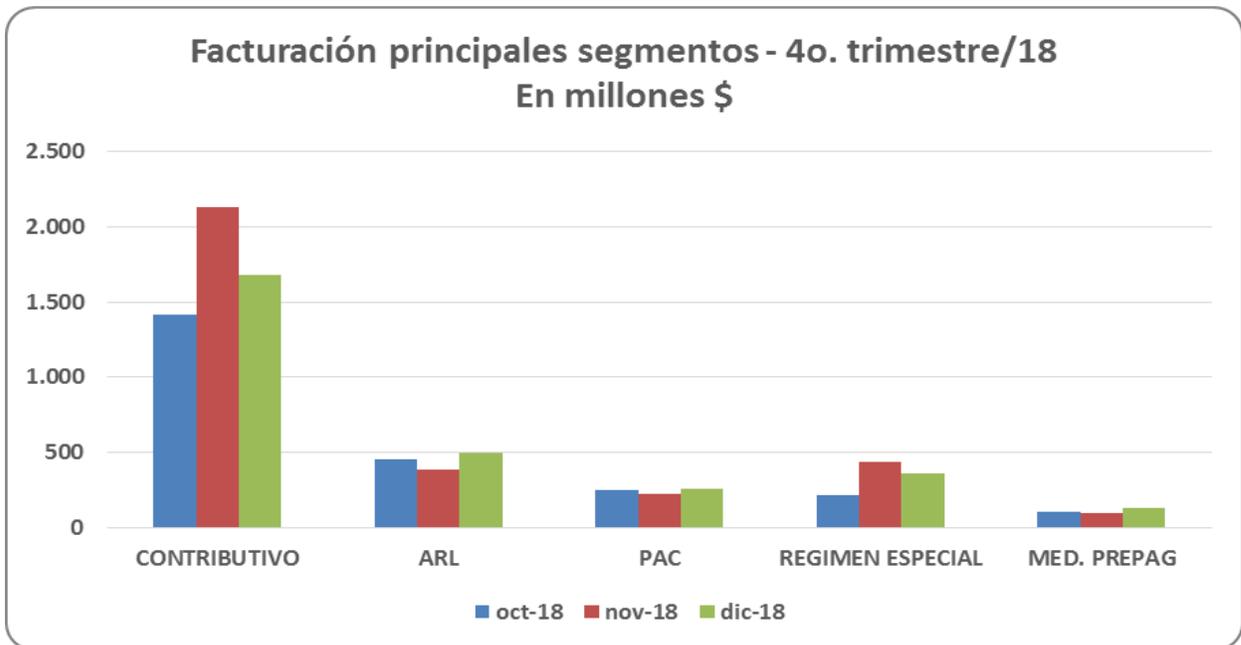
Facturación generada en el mes de Diciembre por segmento, con un incremento significativo en ARL:



Fuente: Informe A dic 2018 - Area de Contratación

Facturación mes de diciembre por segmento

Si bien el segmento contributivo se mantiene en su participación sobre el total de facturación que genera la Clínica, en el segundo semestre del año se desplaza una de las EPS que no contribuye en oportunidad a la caja de la Clínica, por otra que se comporta como un aliado y que se encuentra en el ranking de las EPS con reconocimiento de calidad por parte de sus usuarios y crecimiento en su número de afiliados.



Facturación principales segmentos

Tesorería

Para la vigencia del año 2018, el área de tesorería logró desarrollar e implementar el flujo de caja con el fin de validar el uso óptimo de los recursos, las fuentes de ingresos y la destinación que se dio a los pagos, garantizando el control y seguimiento permanente.

Como acción de mejoramiento para verificar los saldos en cuentas por pagar y reflejar en estados financieros las obligaciones reales, se realizó conciliación de cartera con proveedores, dejando como evidencia de esta actividad un archivo físico y magnético del valor y fecha corte de conciliación.

Se centralizó en el área, el archivo físico de cuentas por pagar con el fin de custodiar los títulos valores (Facturas, cuentas de cobro etc.). El área cuenta con archivo documental correspondiente al soporte de pago organizado cronológicamente con sus respectivos soportes de facturas.

De manera diaria se mantiene el control de los saldos bancarios, identificando el recaudo por empresa y controlando el pago de obligaciones financieras. La programación de pagos para las diferentes obligaciones se realizó con la Subdirección Financiera, buscando permanentemente apoyar la operación de la Clínica, logrando acuerdos de pago para las deudas más representativas y en general administrar el dinero disponible de la manera más adecuada.

De acuerdo a los recursos recibidos durante el año 2018, la destinación de los mismos presentó la siguiente participación por rubros:



Fuente: Informe A dic 2018 - Area de Cartera

Uso de los recursos año 2018

El pago de Nómina incluye carga prestacional por vinculación directa de los colaboradores, siendo una fortaleza para la Clínica la prestación del servicio de salud con profesional médico y especializado que hace parte de la nómina.

Contabilidad

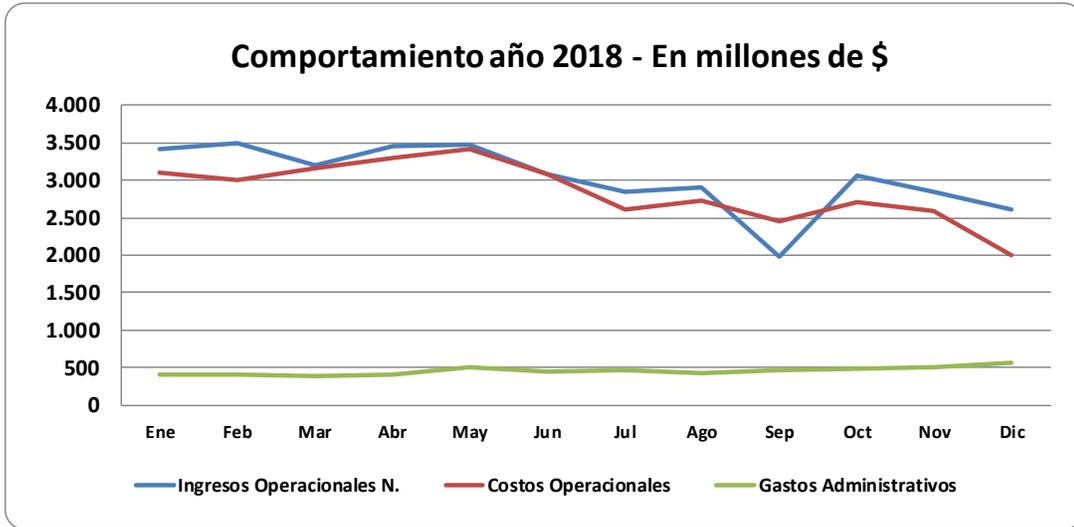
El área de Contabilidad concentró sus esfuerzos en el reporte de información para los estados financieros con una revisión periódica y detallada, reprocesando datos que por efectos del actual sistema de información no son generados con la veracidad requerida. A continuación, se mencionan los temas principales que se desarrollaron:

- Entrega de información financiera: Se generó un cronograma de entrega de información para cada una de las áreas con fechas de entregas de documentos y se cumplió con la entrega de información a la Subdirección financiera, a la revisoría fiscal y a Casa General.
- Liquidación de honorarios profesionales: Se realizó en marzo y abril una auditoria a la liquidación de honorarios de dos sociedades médicas, contratistas de la Clínica y se identificaron oportunidades de mejora para el proceso que para la fecha estaba en cabeza de un profesional de costos.
- Se asignó al departamento de contabilidad desde septiembre de 2018 la liquidación de honorarios médicos a pagar de cada profesional de la salud contratado por servicios y los honorarios por productividad que se pagan a médicos con contrato laboral.
- Costos: Se definió la nueva estructura de costos, unidades funcionales y centros de costo para el manejo financiero de la Clínica.
- Plan de cuentas: Se definió la plantilla institucional de plan de cuentas contables mejorando su estructura y detalle, que será la base de información financiera en el nuevo sistema de información y permitirá identificar un primer nivel de estructura financiera de cada una de las unidades productivas de la Clínica.
- Información oficial: Se realizó la entrega oportuna de la información a la Superintendencia Nacional de Salud, Dirección de impuestos y Aduanas Nacionales DIAN, Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, Secretaria Distrital de Hacienda y a Casa General.
- Archivo documental: Se finalizó la tarea de organizar el archivo documental de los años 2015, 2016, y 2017, información de pagos realizados a proveedores, contratistas por compra de bienes y servicios, se empastó y se llevó al Colegio del Rosario Santo Domingo.
- Estado de Situación Financiera: Los saldos de cada uno de los rubros del balance al final de año terminan reflejando la situación financiera de la Clínica a excepción de la cuenta por cobrar de incapacidades que requiere mayor control y trabajo permanente.

- Cuenta por cobrar clientes: A inicio de año se generó un oficio a cada uno de los responsables de pago, solicitando confirmación de saldos de la cartera. Se registró correctamente el valor de deterioro de cartera.
- Se apoyó al área de cartera, con la identificación detallada de las diferentes situaciones de la cartera y se direccionó a cada responsable la tarea a realizar para depurar la cuenta por cobrar a FAMISANAR.
- Recaudos pendientes por aplicar: Se realizó seguimiento a la información histórica (archivos de Excel) de control de estos saldos para identificar si los valores no aplicados correspondían a saldos de algún abono recibido y aplicado parcialmente. Se genera la relación de abonos recibidos no identificados, para solicitar a las entidades financieras copia del documento del abono efectuado con la información del pagador, para que desde cartera se realice la aplicación de los recursos según el responsable de pago.
- Préstamos de medicamentos: Se incorpora al estado de situación financiera el valor por cobrar de los inventarios entregados en préstamo y el valor por pagar de los inventarios recibidos en préstamos, operaciones que se realizan con otros prestadores de servicios de salud.
- Inventarios y costo de ventas: Se realiza un seguimiento a cada uno de los movimientos de salidas de inventario. Se identifica debilidad en el sistema al calcular el costo promedio que asigna a los productos del inventario. En colaboración con el área de sistemas se realiza una reconstrucción del costo promedio de cada uno de los productos, para posteriormente aplicar a los movimientos de salida del inventario un costo promedio estudiado y adecuado.
- valuó de activos fijos: Se contrató la firma A&G Ingeniería para realizar la toma física del inventario de cada uno de los activos muebles de la Clínica, informe que fue recibido con los requerimientos para el reporte en Normas NIIF, con sus vidas útiles remanentes y valor actual de mercado.
- Obligaciones cuentas por pagar y proveedores: Se realizó con la información del Registro Único Tributario RUT, actualización en el sistema de información financiera de la Clínica las condiciones tributarias de algunos proveedores y prestadores de servicios.
- Procesos judiciales: Se incorpora al estado de situación financiera un valor presunto de procesos judiciales, valor consolidado en un informe del área jurídica después de realizar un inventario y estimación adecuada de cada uno de los procesos en contra de la entidad.

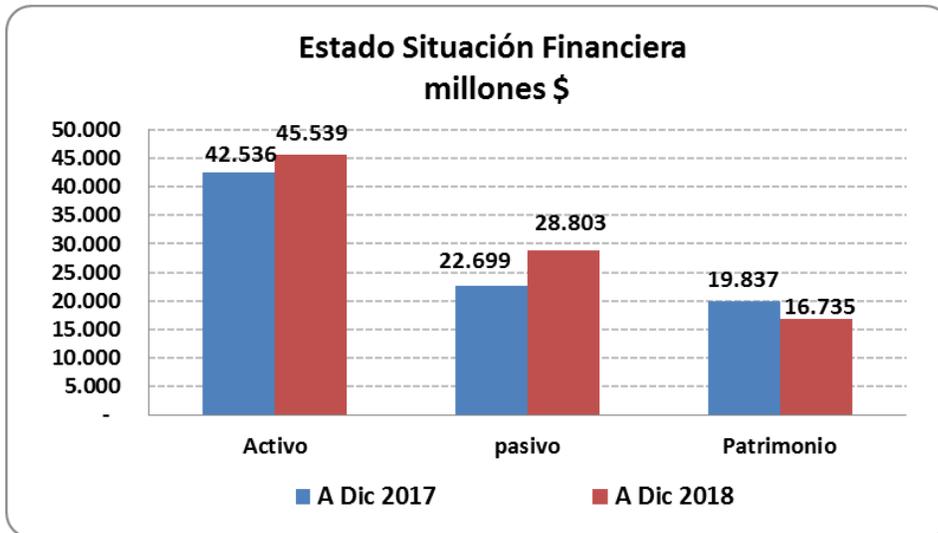
Indicadores financieros

Para el año 2018 se visualiza el comportamiento proporcional de los costos operacionales de la Clínica frente a la productividad de los servicios asistenciales, lo cual se refleja en el control de los costos realizado desde la Alta Dirección y la continua mejora en la estabilización de los mismos.



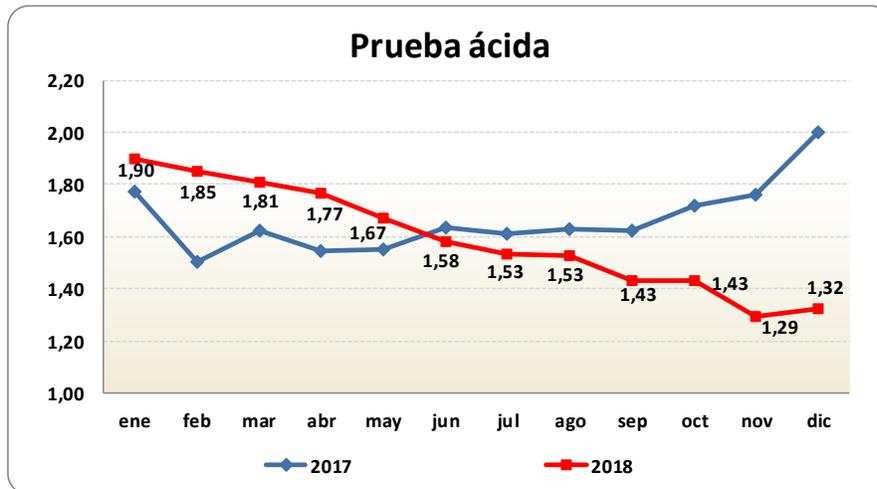
Fuente: Estados financieros 2018

Costos operacionales



Situación financiera

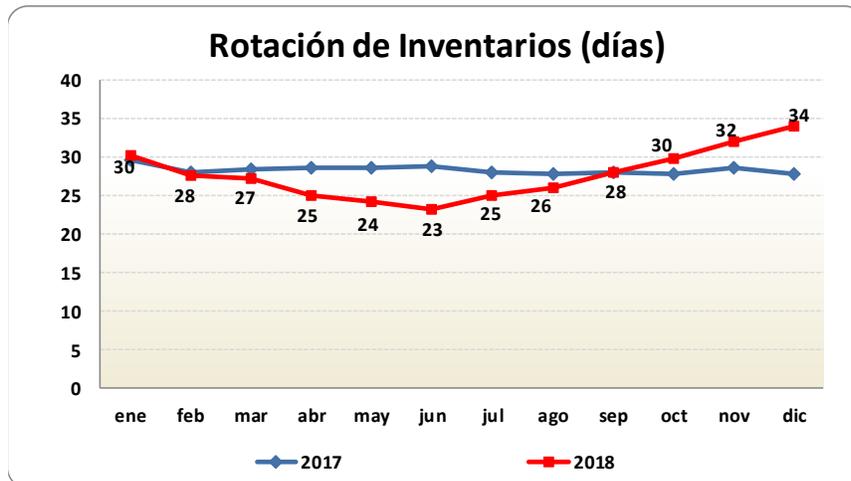
El indicador de liquidez para la Clínica sin depender de sus inventarios, mantiene un resultado aceptable para cubrimiento de sus deudas a corto plazo.



Fuente: Estados financieros Clínica

Prueba ácida

Manteniendo el compromiso hacia la operación, pero también el equilibrio financiero adecuado, las existencias al final de cada mes están dadas en promedio para 30 días de consumo.

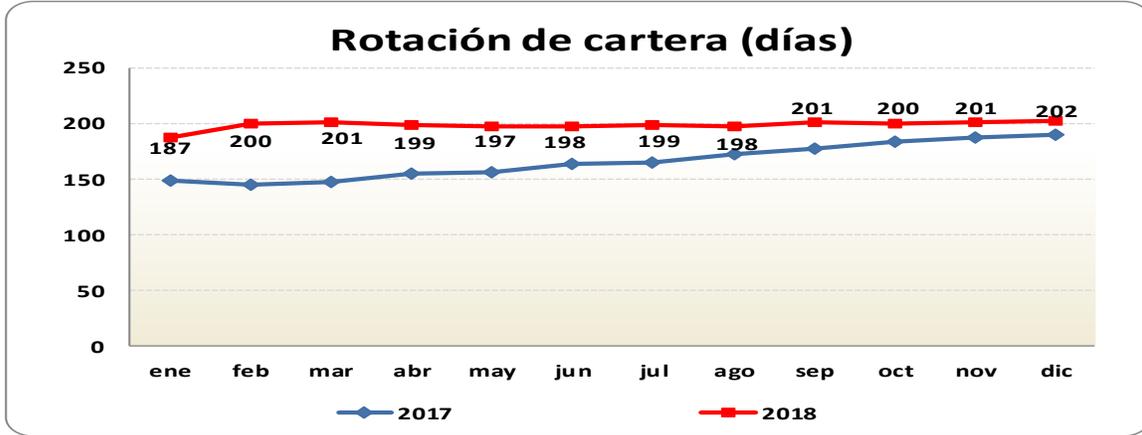


Fuente: Estados financieros Clínica

Rotación de inventarios

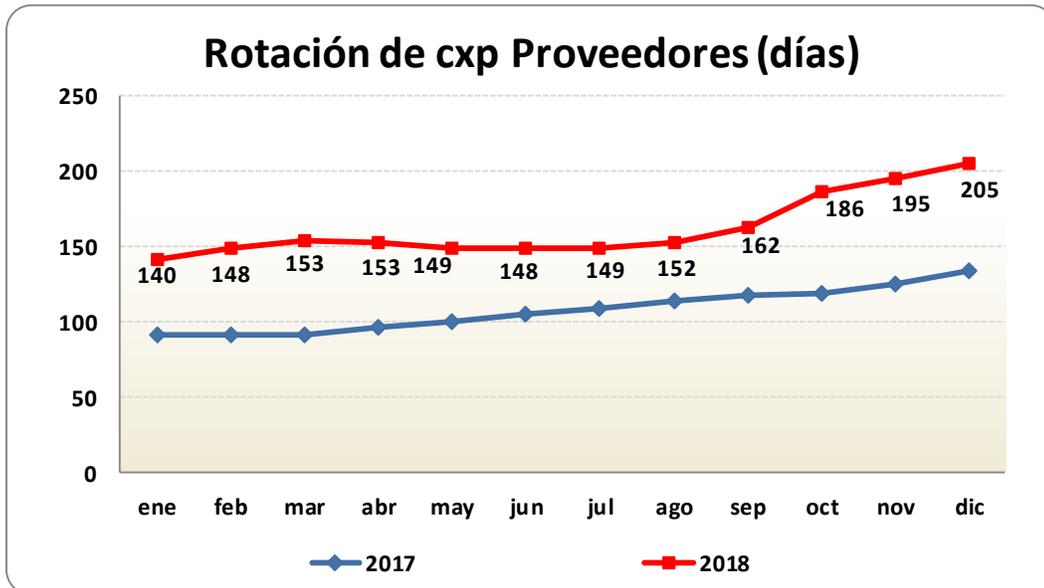
La Clínica no es ajena al comportamiento del sector salud en cuanto al flujo de recursos, siendo afectada por sus dos principales carteras que corresponden a entidades que centralizaron volúmenes importantes de pacientes en la vigencia anterior y primer semestre del año 2018, pero que su comportamiento en pago es mínimo y en otros casos ninguno.

Esta situación por supuesto afecta la oportunidad de pago a los proveedores de bienes y servicios para la Clínica, donde ha sido de invaluable ayuda el apoyo brindado por nuestros aliados a lo largo de los años.



Fuente: Estados financieros Clínica

Rotación de cartera



Fuente: Estados financieros Clínica

Rotación de cpx proveedores

Para concluir, se resalta que los resultados de las diferentes áreas que conforman la subdirección financiera, se obtienen por el compromiso del trabajo en conjunto y la estabilización del equipo humano, permitiendo una comunicación fluida, transformación cultural, mejorar la oportunidad de los procesos, fortalecer el mejoramiento continuo y enfocar las áreas hacia el logro de las metas estratégicas institucionales.

Subdirección Administrativa

La subdirección administrativa de la Clínica Nueva se encarga de los procesos de apoyo administrativo de la organización velando porque las actividades programadas y ejecutadas cumplan con las necesidades primarias de la institución. Es importante para esta subdirección asegurar procesos que estén alineados a las propuestas de valor establecidas por la Congregación en su misión humanista, en el buen servir a nuestros pacientes y demostrando que siendo la Buena Nueva para la salud, también estamos comprometidos con el lema de los 60 años: curando el cuerpo y sanando el alma.

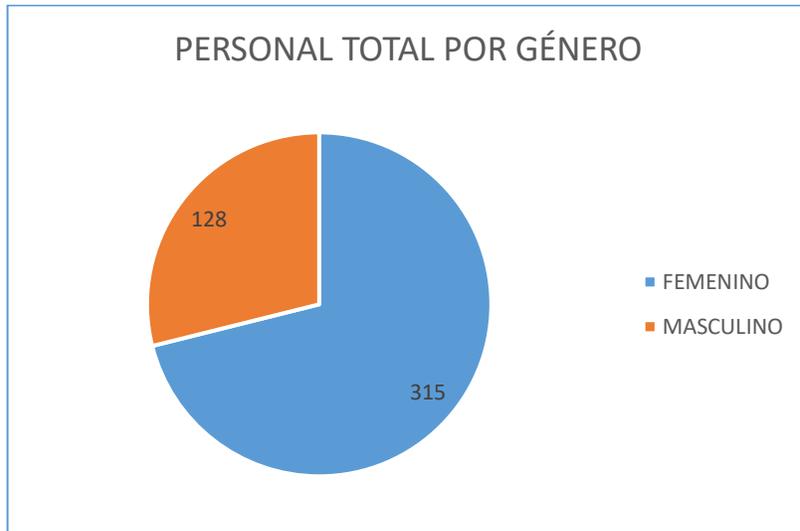
Como Clínica Nueva nuestros esfuerzos diarios son dirigidos a brindar comodidad y buen servicio a nuestros visitantes, pacientes, familiares y empresas aseguradoras. El equipo de la subdirección administrativa está compuesto por las áreas de gestión humana, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo –SSGT-, gestión ambiental, recursos físicos (Compras y almacén), sistemas y archivo, área jurídica, mantenimiento de infraestructura, mantenimiento biomédico y apoyos logísticos tercerizados. Somos un equipo de trabajo con el compromiso de realizar el mejoramiento continuo en cada actividad que desarrollamos.

Para el año 2018 las actividades enlistadas en el plan operativo anual se centraron en ofrecer modernización a los servicios, procesos y tecnologías, recuperación de las áreas físicas y actividades de bienestar y compromiso humano; como institución estamos desarrollando proyectos para el desarrollo del 2019 que nos permitan acercarnos con pasos gigantes a la visión propuesta para los siguientes años.

Gestión Humana

La Congregación de Dominicas de Santa Catalina de Sena – Clínica Nueva, tiene como uno de los principios fundamentales el trabajo en equipo y brinda al grupo de colaboradores bienestar en sus procesos asegurando el objetivo estratégico de fortalecer la prestación de servicios de forma integral, de esta manera tenemos plena seguridad que la responsabilidad social de nuestra organización está encaminada a un trato humanizado para nuestros usuarios, colaboradores y sus familias.

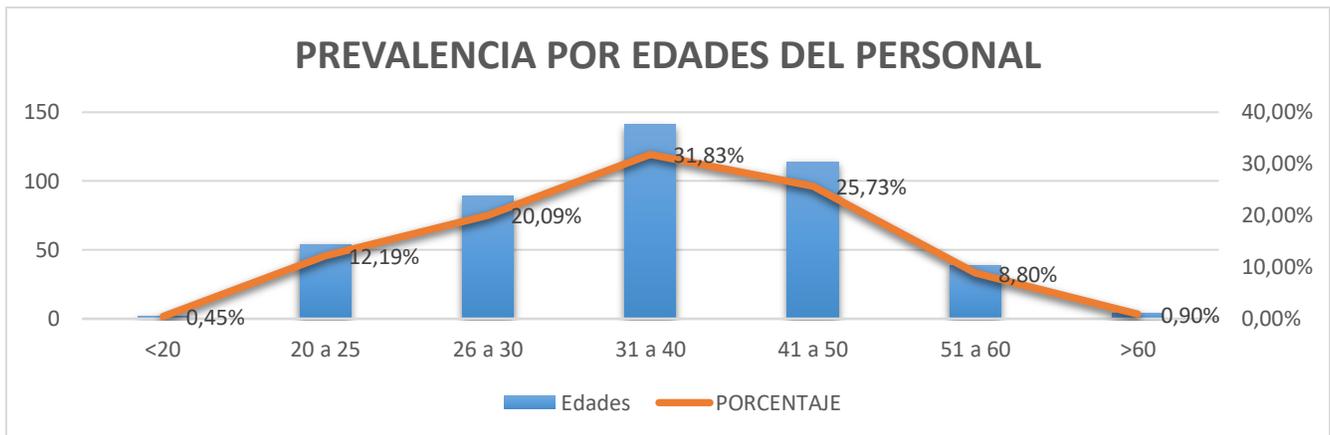
Conformación del talento humano en la organización:



Personal total por género

GÉNERO	CANTIDAD	%
FEMENINO	315	71%
MASCULINO	128	29%
Total general	443	100%

Género, cantidad, porcentaje

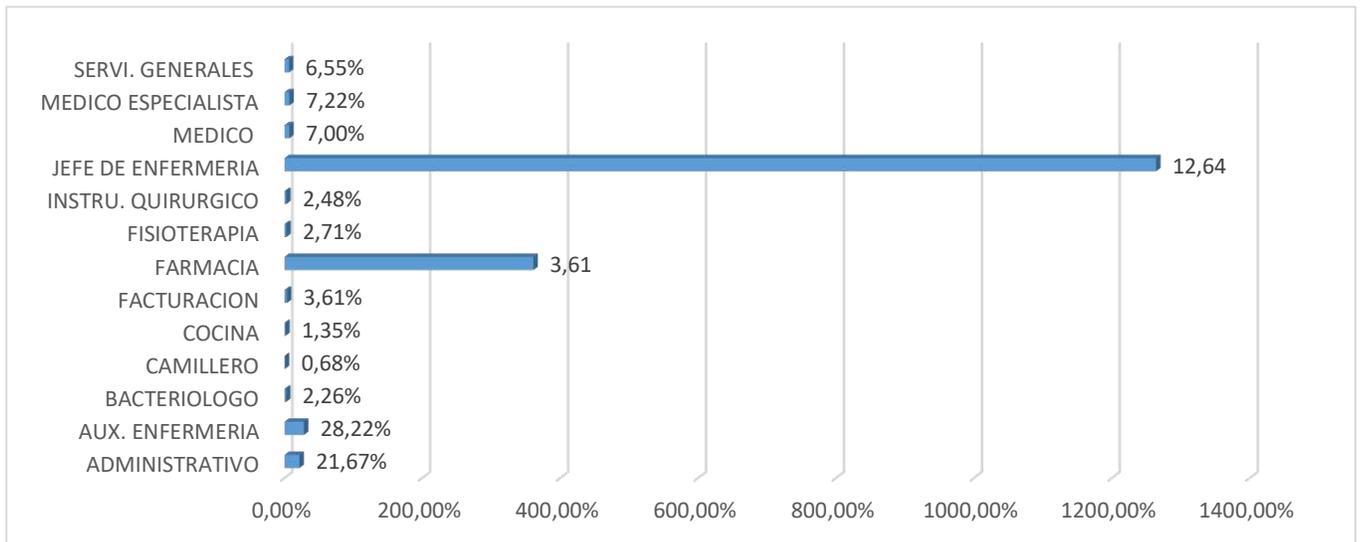


Prevalencia por edades del personal

Edad	<20	20 a 25	26 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	>60	TOTALES
N° trabajadores	2	54	89	141	114	39	4	443
Porcentaje	0,45%	12,19%	20,09%	31,83%	25,73%	8,80%	0,90%	100%

Prevalencia de personal por edades

POBLACIÓN POR CARGO



Rotación de personal en el 2018: Evidencia de un buen desempeño en la administración del talento humano

Se planeó para el año 2018, pasar de 39,55% de índice de rotación a un 34%. Al cierre de diciembre la rotación fue del 30,05%. Vale la pena resaltar que la rotación fue levemente superior entre el personal administrativo, no obstante, se superó notablemente la meta. Para 2019 no se planificará disminución en la rotación, ya que la clínica se encuentra 16 puntos por debajo del mercado en salud y además la rotación actual se considera sana en el proceso de consolidación y ajustes en que se encuentra la clínica actualmente. Tener una rotación controlada en un año de ajustes organizacionales, de orientación a la exigencia y mejora sistemática de los procesos constituye un logro notable de las políticas y planes de gestión humana de la clínica, y del equipo de trabajo que los ejecuta.

Selección de personal: Avance y consolidación del proceso

Después de muchos años en los cuales la Clínica no medía indicadores de oportunidad y efectividad en la selección, para 2018 establecimos una promesa de servicio consistente en 8 días hábiles para seleccionar personal operativo, 15 días hábiles para profesionales y 20 días hábiles para Jefes, coordinadores y directivos. Se gestionó durante 2018 el cumplimiento de esa promesa, con un cierre a 31 de diciembre donde el 61,82% de los procesos de selección terminan oportunamente. Igualmente iniciamos la medición de la efectividad de la selección, encontrando que, en promedio, los procesos de selección son efectivos en un 66,74%, lo que quiere decir que dos de cada tres colaboradores que se contratan, tienen continuidad en la institución más allá de los 6 meses, con buen desempeño.

Se evaluaron 770 candidatos, para cubrir las aproximadamente 140 vacantes de la institución, es decir, un promedio de 5,5 candidatos por persona seleccionada 2,63 candidatos evaluados cada día. La clínica tiene una cuota de aprendices asignada de 18, del total de 25 de la Congregación. Se ha mantenido la cuota en cumplimiento en un porcentaje superior al 89% cada mes. Se promovió a contrato laboral un total de 6 aprendices durante el año. En la clínica se implementó el modelo de selección de colaboradores por competencias, con su respectivo informe.

Capacitación y entrenamiento del personal: El aspecto que más puede mejorar

La institución termina el año con un promedio de cumplimiento mensual del 78% de su plan de formación, lo que indica que el 22% de capacitaciones planificadas no se cumplen o si se cumplen no quedan debidamente documentadas en las diferentes áreas y no son entregados los respectivos documentos al área de Gestión Humana.

En relación con inducción institucional, el 100% de los trabajadores que ingresaron a la clínica en 2018 recibió inducción institucional, bien sea en la actividad programada por la alta dirección, o entregando la misma inducción en el área de gestión humana. Es de anotar que en promedio el 75% de los contratados recibieron la inducción institucional en el mismo mes de ingreso, y el restante 25% la recibió dentro de los dos meses siguientes a su ingreso. El 57,37% de los colaboradores con más de un año de contratación en la clínica realizaron durante el año reinducción institucional en los eventos de reinducción, es decir 179 de 312 colaboradores antiguos (más de un año en la institución)

Gestión disciplinaria: Una herramienta de trabajo que facilita la adherencia del personal a las políticas internas.

Durante el año 2018, y con el nuevo Reglamento Interno de Trabajo de la Congregación como referente, la clínica reactiva la gestión disciplinaria, implementando las sanciones necesarias contempladas en dicho reglamento, cuando el colaborador comete faltas disciplinarias y las mismas afectan el funcionamiento de la institución, sus procesos, o se generan perjuicios o graves riesgos para la misma.

Como resultado, en el año 2018 se trataron 74 casos de índole disciplinaria, de los cuales se derivaron 2 recordatorios de deberes, 14 actas de compromiso de ajuste y mejora por parte de colaboradores, 14 llamados de atención escritos con copia a la hoja de vida y 45 sanciones consistentes en suspensiones de uno, dos, tres, cuatro, cinco, ocho, 30 y hasta 60 días, o bien terminación de contrato con justa causa, de acuerdo con lo contemplado en la norma del reglamento interno de trabajo. A algunos colaboradores se les permitió la posibilidad de presentar su renuncia de manera previa al resultado de los procesos disciplinarios en los que estaban incurso.

Gestión de bienestar: un gran avance en un año de retos

En 2018 la Clínica implementó la batería del Ministerio del Trabajo para la identificación de nivel de riesgo psicosocial. Con base en sus resultados se planificaron múltiples actividades, especialmente de capacitación, en materia de seguridad y salud en el trabajo, con la finalidad de mitigar dicho riesgo. En este mismo año la institución adelantó la celebración de los 60 años, en la cual se planificaron y ejecutaron múltiples actividades recreativas, culturales y formativas, como lo fueron la caminata en ciclovía, las tardes de tertulia, el simposio académico, la conmemoración de los 60 años, incluidas sus condecoraciones y reconocimientos. Así mismo, se implementó el programa de reconocimiento del empleado del mes, seleccionando en 2018 un total de 27 colaboradores que fueron premiados y reconocidos con el apoyo de la caja de compensación familiar. Terminando el mes de noviembre se culminó el diseño de la encuesta de medición de clima organizacional, instrumento desarrollado al interior de la institución que permitirá continuar con esta importante medición. Se aplicó entre los meses de diciembre de 2018 y enero de 2019 y está en proceso de tabulación. De acuerdo al plan de trabajo con la Caja de Compensación Familiar, gracias a la gestión de la clínica, las utilizaciones de los servicios de Compensar incrementaron en más de un 100%, y se colocaron más de 9 subsidios de vivienda, de los cuales se han desembolsado dos.

Otros aspectos claves de gestión humana

Se adelantó durante el 2018 el análisis, estudio y documentación del nuevo manual de competencias de la Clínica Nueva, siendo sometido a aprobación por parte de la Dirección General y la Veeduría de la Congregación. Entre los meses de enero y marzo de 2019, se culminará la implementación del modelo en todos los cargos y así mismo, la nueva evaluación de desempeño por competencias para dar continuidad al desarrollo del modelo de desempeño por competencias.

Es de resaltar que la institución entre 2017 y 2018 tuvo una rotación en las dos terceras partes de sus jefes y coordinadores de áreas, implementando con ello una dinámica y desarrollo distinto a los procesos administrativos, financieros y asistenciales, refrescando los procesos de la institución, con buenas prácticas que del mercado traen los responsables de procesos.

Seguridad y salud en el trabajo

Avances del SG-SST

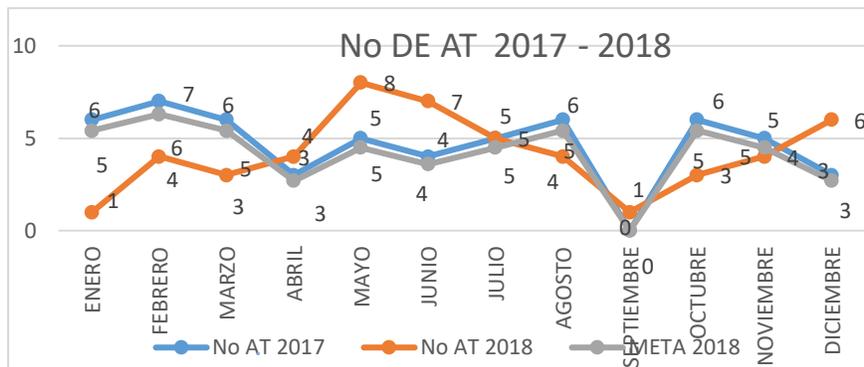
El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo se enfoca en el cumplimiento de los requisitos legales entre otros. En relación con la resolución 1111 de 2017, finalizamos con un cumplimiento del 65.5 % de los requisitos exigidos en la norma. En general entre los temas pendientes para trabajar en el 2019 que nos ayudaran a completar el 100%. Podemos encontrar la implementación del programa de control de contratistas, programa de gestión del cambio, programa de control de adquisiciones, y programa de auditoria al SG-SST.

Durante el año se planearon 261 actividades en el marco del plan anual de trabajo de las cuales se desarrollaron 211 dando un cumplimiento del 80% del plan.

Por otro lado, se planearon 64 actividades de capacitación en el 2018 de estas se ejecutaron 60 es decir un 94% de cumplimiento del cronograma. Esta actividad junto con retroalimentación continúa realizada a los grupos de trabajo, influyo en la disminución de la frecuencia y la severidad de los accidentes.

Accidentalidad 2018

En 2018 se presenta una reducción de los accidentes de trabajo en un 11% lo cual duplica la meta esperada de un 6% de reducción durante el periodo (56 AT 2017 – 50 AT 2018), en cuanto a severidad (días de incapacidad por AT), hay un incremento del 146%, como consecuencia de los días cargados a este año del accidente de trabajo grave de una colaboradora del área de alimentación y atenciones posteriores de otros colaboradores (175 días AT 2017 - 352 días de incapacidad por AT 2018).



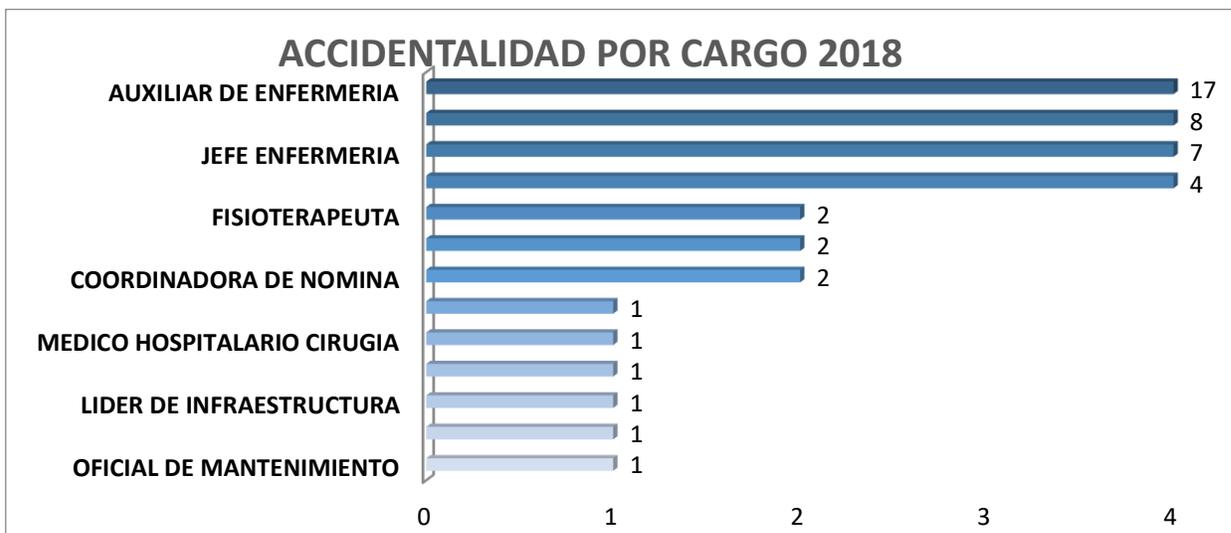
Número de accidentes de trabajo



Días de incapacidad

En 2018 los cargos más accidentados fueron: auxiliares de enfermería, auxiliar de servicios generales, auxiliar de cocina. Un caso especial es el de la coordinadora de nómina, quien presentó 2 accidentes de trabajo en 2018

En el año, los cargos y áreas accidentadas se presentan en la siguiente gráfica:



Accidentalidad por cargo



Accidentalidad por áreas

En el año, las áreas más accidentadas fueron enfermería con una tasa de accidentalidad del 48%, servicios generales 16% y cocina con 8 %

En 2018 los peligros por los cuales se han originado los accidentes de trabajo se presentan en las siguientes gráficas:



Accidentalidad por exposición a peligros

Durante año 2018 el accidente por la exposición del peligro biológico sigue siendo el número más alto. Durante el segundo semestre se reforzó el seguimiento y retroalimentación con el personal asistencial y de áreas de apoyo para disminuir este tipo de eventos.

De las sociedades: Cardiológicas Ltda., Gastroenterología, Neuronueva, Baucourt (cafetería), lavandería, parqueadero, Security One y Rimab S.A.S. Únicamente Rimab reporto 1 accidente durante el año 2018, el cual está relacionado con la exposición a riesgo biológico por punción de la funcionaria de servicios generales. Se realizó

seguimiento y acompañamiento en la investigación del evento y recomendaciones derivadas.

Ausentismo laboral

En 2018, el comportamiento del ausentismo en la Clínica Nueva se presenta en la siguiente tabla:

CONTINGENCIA	DIAS
ENFERMEDAD GENERAL	2752
ENFERMEDAD LABORAL	0
TOTAL	2752

CONTINGENCIA	DIAS
EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO	1025
LICENCIA POR LUTO	110
CALAMIDAD DOMÉSTICA	79
AUSENCIA NO JUSTIFICADA	23
PERMISO LEGAL REMUNERADO	24,5
TOTAL	1261,5

Ausentismo

Se realizaron seguimientos en la población que presentó un ausentismo reiterativo, y se realiza la planeación de actividades para el 2019 que ayuden a controlar los días de incapacidad, todo por medio de la puesta en marcha de los Programas de Vigilancia Epidemiológica -PVE-

Enfermedad laboral

En la Clínica Nueva hay en la actualidad 7 casos de enfermedad laboral: 4 auxiliares de servicios generales, 1 auxiliar de acogida al usuario, 1 auxiliar de enfermería y 1 médico especialista de cirugía. Algunas de las patologías calificadas como laborales son: síndrome de túnel del carpo, síndrome de manguito rotador, epicondilitis y Teno sinovitis.

Es importante resaltar que ninguno de los trabajadores presenta días de incapacidad por las patologías calificadas de origen laboral.

Con el fin de controlar el peligro biomecánico, se realizaron 3 inspecciones planeadas que abarcaron todas las áreas, en estas se reacomodaron puestos de trabajo (pantallas, CPU, teclados, mouse, escritorios, sillas) además se realizó el inventario de cambio de las sillas que necesitaban cambio, para final de 2018 se cambiaron 55 sillas.

Por lo expuesto, el área de Seguridad y Salud en el Trabajo presenta las siguientes recomendaciones:

- Las funciones de los integrantes del COPASST deben ser cumplidas a cabalidad de acuerdo a la resolución 2013 del 1986 y el Decreto 1072 de 2015, artículo 2.2.4.6.11; párrafo 1, artículo 2.2.4.6.29. *“Sus representantes deben gestionar ante la dirección general, las recomendaciones emitidas en las reuniones mensuales”*
- Los integrantes del COPASST deben realizar la capacitación virtual de 50 horas del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo a la Resolución 4927 del 23 de noviembre de 2016. A la fecha solo el 90% de comité cumple con este requisito.
- Las pausas activas deben ser realizadas por área todos los días, éstas ayudan a la prevención y reducción de las lesiones osteomusculares y a minimizar condiciones de estrés laboral. Se deben realizar, dos veces al día por espacios de 5 minutos durante la jornada laboral. Se deben nombrar líderes por área, que realicen las pausas activas durante su turno de trabajo, dejando evidencia de esta actividad.
- Retroalimentar al personal expuesto, para hacer cumplir los procedimientos establecidos en materia de higiene y seguridad industrial. Esta retroalimentación debe ser continua y realizar supervisión por parte de los jefes de servicios para prevenir, controlar y corregir comportamientos inseguros.
- Involucrar a los jefes de las áreas accidentadas, para la implementación de acciones de mejora, dentro de un plan de acción (servicios generales)
- Incentivar a los colaboradores para que reporten las condiciones inseguras en cada servicio, a través del formato establecido.
- De acuerdo a la resolución 1401 de 2007, se deben investigar todos los accidentes de trabajo en compañía del equipo investigador, incluyendo por lo menos uno de los miembros del COPASST. El equipo investigador debe estar compuesto por el jefe inmediato, el jefe del área donde ocurrió el evento, el trabajador

- accidentado, la coordinadora de seguridad y salud en el trabajo y un miembro del COPASST.
- Los accidentes laborales ocurridos en las sociedades, deben ser investigados por cada empresa de forma individual y en conjunto con la Clínica Nueva, dando lugar a acciones de intervención para la prevención y control de futuros eventos. Se debe establecer un canal de comunicación entre la Clínica y sus sociedades adscritas, para el reporte de accidentes laborales, con el fin de poder adelantar acciones conjuntas para su prevención.
 - Se seguirán pasando llamados de atención con copia a la hoja de vida, a aquellos colaboradores que sufran accidentes de trabajo por omisión a procedimientos seguros, como el no uso de elementos de protección personal -EPP-

Gestión ambiental

Gestión de requisitos legales

Durante el 2018 se dio cumplimiento con los requisitos normativos además de las solicitudes por parte de la secretaria distrital de ambiente, con respecto a los temas relacionados con:

- Informe semestral de generación de residuos SIRHO (SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD)
- Informe anual de generación de residuos peligroso hospitalarios (IDEAM)
- Caracterización de vertimientos (SECRETARIA DISTRITAL DE AMBIENTE)
- Radicación de solicitud de permiso de vertimiento (SECRETARIA DISTRITAL DE AMBIENTE)
- Pitometrias para estudio de emisiones atmosféricas de las calderas (SECRETARIA DISTRITAL DE AMBIENTE)

Manejo de residuos

El comportamiento de los residuos se muestra por medio de la siguiente tabla de indicadores consignados en el PGIRS.

INDICADOR	FORMULA	TOTAL, KG 2018	RESULTADO %
DE INCINERACIÓN	$IDI = RI / RT \times 100$	7330	8

(Anatomopatológicos, cortopunzantes, farmacos)			
DE AUTOCLAVE (Biosanitarios)	$IDA = RA / RT \times 100$	24824	26
DE RELLENO SANITARIO (Ordinarios)	$IDRS = RRS / RT \times 100$	24773	25
DE BIODEGRADABLES	$IDB = RB / RT \times 100$	25130	27
RECICLAJE	$IDR = RR / RT \times 100$	14086	14
TOTAL		96143	100

Residuos

Las revisiones constantes, las inspecciones y el acompañamiento en los procesos, nos ha permitido generar una disminución en la generación de residuos ordinarios y aumentar los residuos reciclables. Lo que representa la disminución de los costos de servicio de aseo y el aumento en los ingresos a la institución por la venta del material reciclado.

Reciclaje

El compromiso de la institución frente a la disminución de los materiales reciclables que se envían al relleno sanitario todos los días, se trabaja por medio de sensibilización y capacitación realizadas al personal de la Clínica, con el fin de generar una conciencia ambiental y la importancia de la segregación en la fuente. En total se realizaron 6 capacitaciones en el año sobre este tema, con una cobertura del 89% de la población.

Durante el año 2018 se recolectaron 14.086 Kg de material reciclable, lo que representó un ingreso para la Clínica de \$ 4.381.670 pesos.

De otra parte, desde el área de comunicaciones se lidera un programa que busca contribuir a la salud del planeta. Se ha logrado recoger y organizar 964 ecobotellas con un peso de 437 kilos de empaquetaduras de plástico, las que son depositadas en las botellas evitando así, el incremento de la contaminación ambiental que se constituye en uno de los riesgos que deben ser considerados por la amenaza que representa.

Con las ecobotellas se realizan diferentes actividades de educación sobre las 3R REDUCIR, REUTILIZAR Y RECICLAR y en trabajos de campo, se apoya en la creación y mantenimiento de huertas urbanas de personas y poblaciones vulnerables.

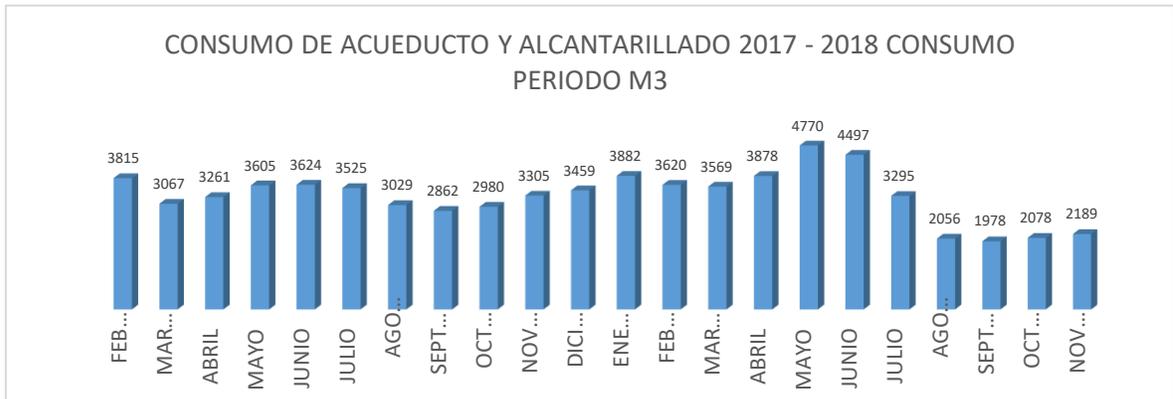
Es así como, este programa ha favorecido el fortalecimiento de lazos comunitarios entre vecinos, entidades estatales, niños, jóvenes y adultos mayores, al igual que pacientes, familias y cuidadores a quienes se les beneficia, integrándolos en esta actividad como una práctica que favorece su salud y la del planeta.

Indicador de infección nosocomial

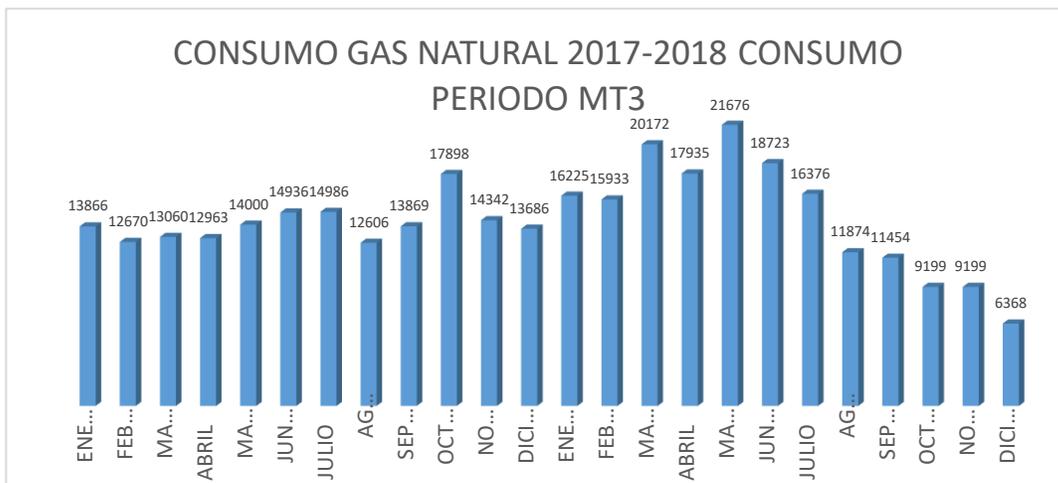
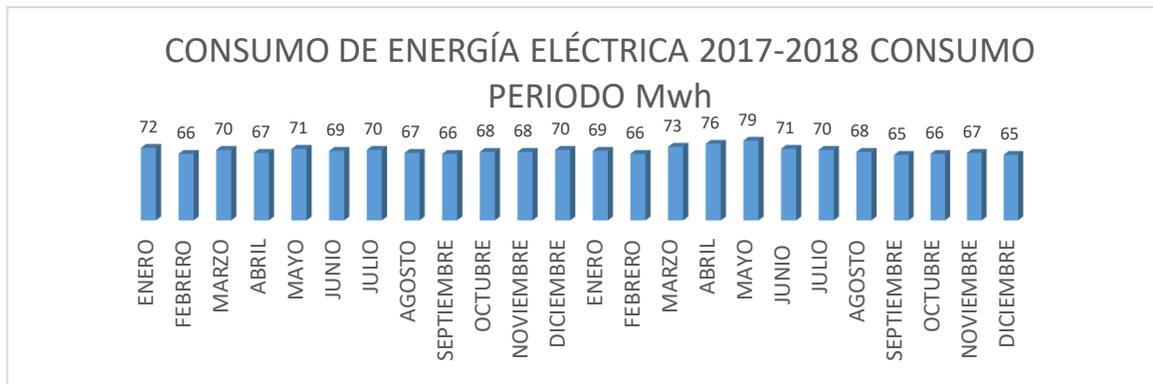
No se reportó ninguna infección nosocomial debida a residuos.

Consumo de servicios públicos

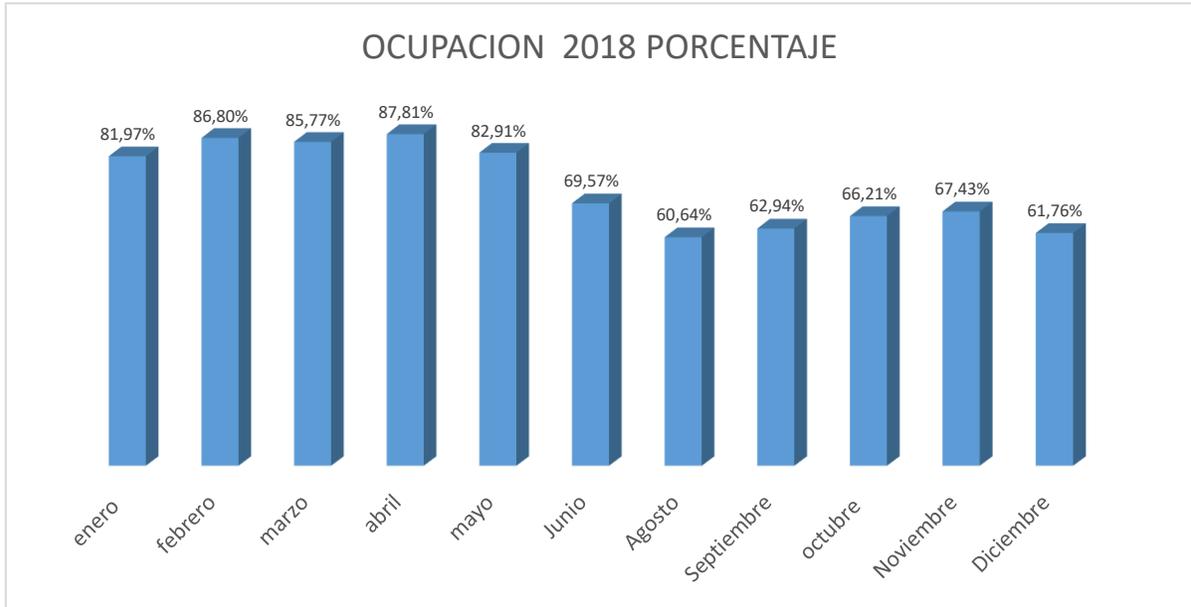
Se evidencia un comportamiento favorable en el consumo de m3 de agua en la Clínica, esto gracias a tres factores: reparaciones locativas, disminución de la ocupación y adherencia a los lineamientos de gestión ambiental por parte de los trabajadores.



Consumo acueducto y alcantarillado



Consumo gas natural



Porcentaje de ocupación institucional

Jurídica

El área jurídica de la Clínica Nueva, se construye basados en la necesidad de mantener un estricto control de actuaciones judiciales y extrajudiciales, en las que se encuentra inmersa la institución, trasladando la totalidad del archivo que hasta su fecha de creación fueron administrados por las asistentes de la Dirección General, recibiendo:

Procesos judiciales

ARCHIVO DEMANDAS DE RESPONSABILIDAD MEDICA RECIBIDAS	PROCESOS DE RESPONSABILIDAD MEDICA VIGENTES PARA FEBRERO DE 2018
21	11

Demandas y procesos responsabilidad médica

PROCESOS DE RESPONSABILIDAD MEDICA VIGENTES ENTRE FEBRERO Y DICIEMBRE DE 2018
--

13

Este tipo de procesos se adelantan a través de la firma Bernate & Gamboa Abogados, quienes son expertos en temas de Responsabilidad Médica y atienden dichos asuntos desde hace aproximadamente 15 años.

Demandas laborales

DEMANDAS LABORALES A FEBRERO DE 2018	DEMANDAS LABORALES A DICIEMBRE 2018
2	5

Demandas laborales

Los procesos laborales hasta febrero de 2018, eran representados por la firma Godoy Córdoba Abogados, obteniendo como resultados: 2 procesos representados. 1 resuelto en contra y 1 a favor. Los 2 procesos se encuentran en segunda instancia ante el tribunal de justicia correspondiente.

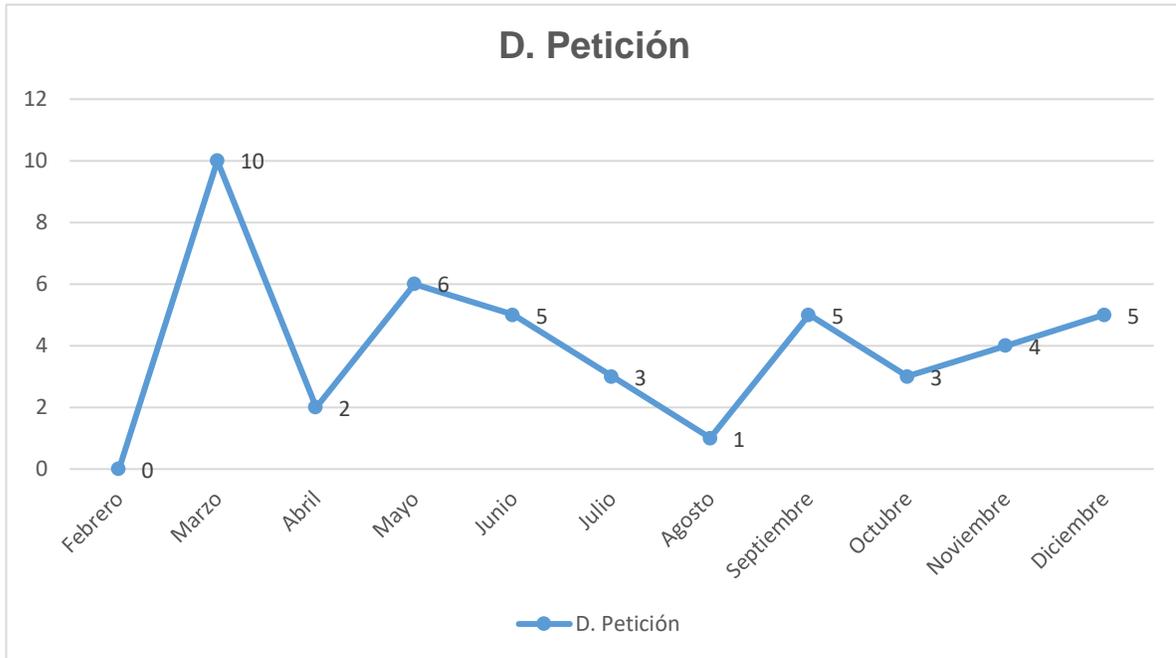
Procesos laborales

A partir del 13 de febrero de 2018, la Representación Judicial en Procesos Laborales, es asumida por el Coordinador Jurídico, encontrándose TRES (3) procesos, en primera instancia, dos con fecha de audiencia fijada y uno a la espera de su programación.

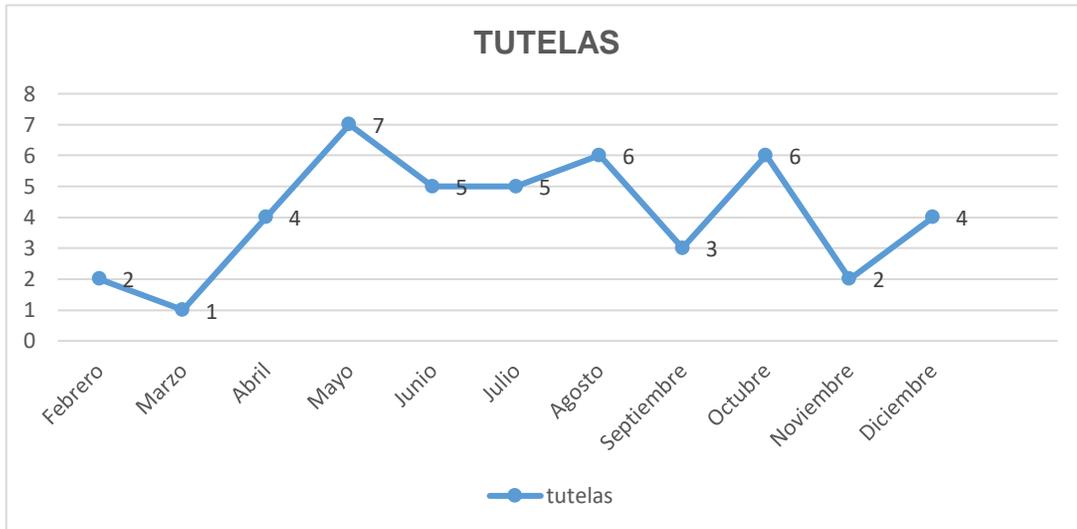
Tutelas

Durante el periodo comprendido entre los meses de febrero y diciembre de 2018, se atendieron un total de CUARENTA Y CINCO (45) tutelas

Derechos de petición

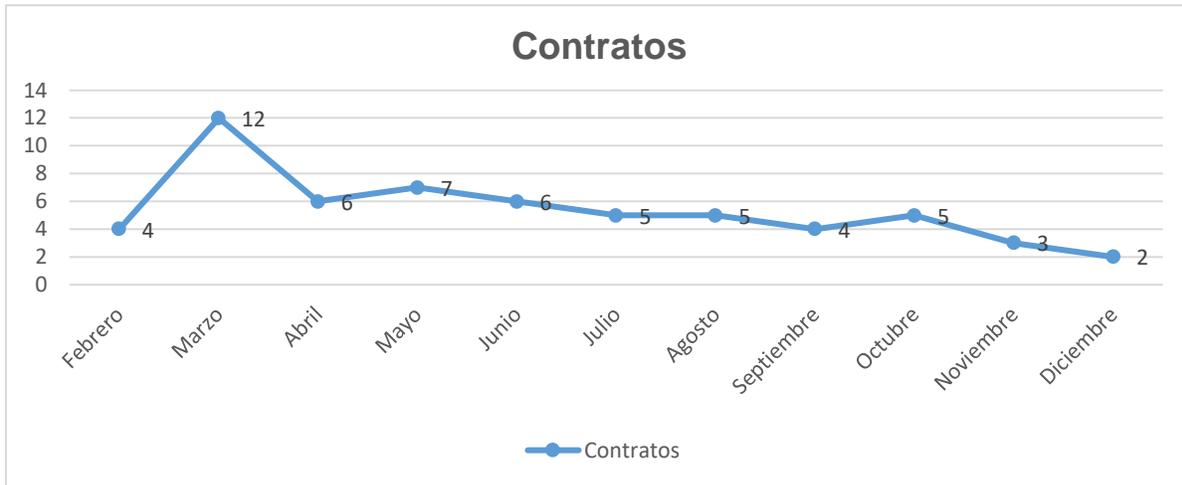


Derechos de petición



Contratos

Desde el mes de febrero de 2018, se elaboraron un total de cincuenta y nueve contratos, así:



Contratos

Compras y suministros

El año 2018 se caracterizó por presentar retos muy desafiantes como fue la consolidación de las compras en el departamento así: medicamentos, equipo médico quirúrgico, papelería, mantenimiento, aseo, cocina, biomédico, dotaciones, equipo de cómputo, servicios y demás; enfrentar el desabastecimiento de productos, por varios factores como: Bloqueo de proveedores, agotados, regulación de precios entre otros, la Clínica aun así logro mantener su funcionamiento de forma normal, con algunos impases que se superaron sin consecuencia.

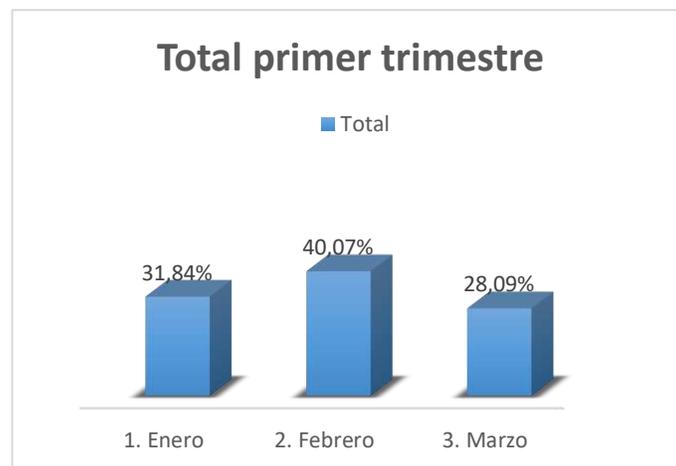
La mayoría de las compras de medicamentos y medico quirúrgicos entre otros, fueron tramitadas a través de la plataforma BIONEXO, herramienta dispuesta por la institución para tal fin, por un valor de 4.602.601.713,36; así

Año / Mes	Medicamentos	Dispositivos Médicos	Limpieza	Material De Oficina
ENERO	275.689.221	144.512.306	-	-
FEBRERO	330.199.651	196.229.098	-	2.340.000
MARZO	233.004.610	133.055.465	-	4.560.000

ABRIL	72.785.235	30.967.244	-	-
MAYO	571.688.606	172.631.127	-	-
JUNIO	201.365.068	160.533.076	5.809.500	6.916.000
JULIO	310.751.921	7.848.824	-	-
AGOSTO	108.490.567	70.221.340	-	-
SEPTIEMBRE	249.941.626	116.086.619	-	-
OCTUBRE	186.541.816	70.289.608	-	-
NOVIEMBRE	452.923.763	127.650.208	-	-
DICIEMBRE	247.057.071	109.671.743	2.840.400	-
SUBTOTALES	3.240.439.155	1.339.696.658	8.649.900	13.816.000

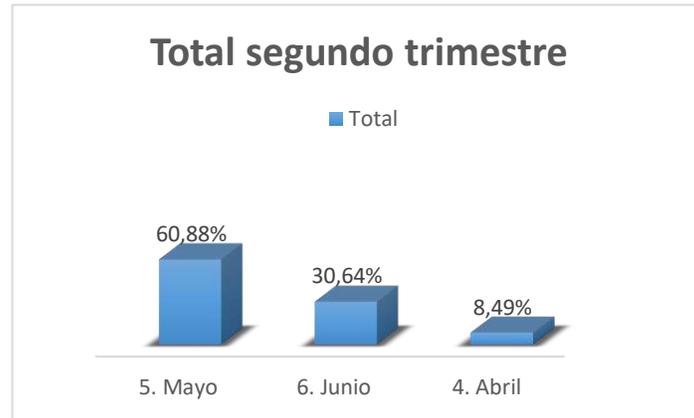
Compras por plataforma Bionexo

Las cifras del primer trimestre, corresponde al 29% de las compras totales, por valor de \$1.319.590.351, evidenciando que el mes más representativo fue febrero por los cierres de fin de año 2017 y enero 2018 de los laboratorios y distribuidores; en este mes se regulan el stock de inventarios:



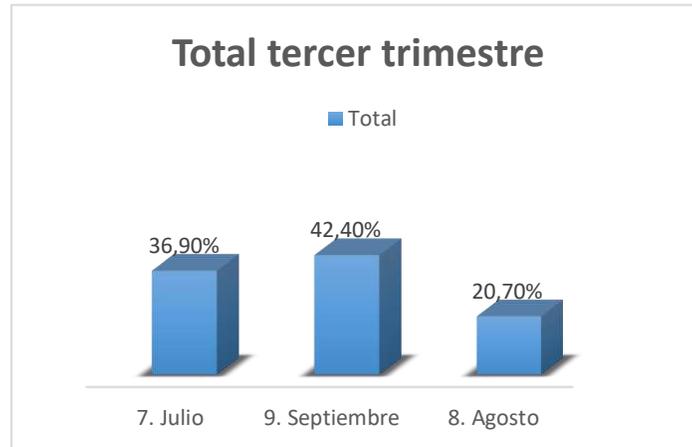
Compras 1 trimestre

El segundo trimestre representa un 27% de las compras totales, por valor de \$1.222.695.856,36; evidenciando su pico más alto en el mes de mayo debido a que por falta de cotizaciones en abril se unió la compra con el mes en mención:



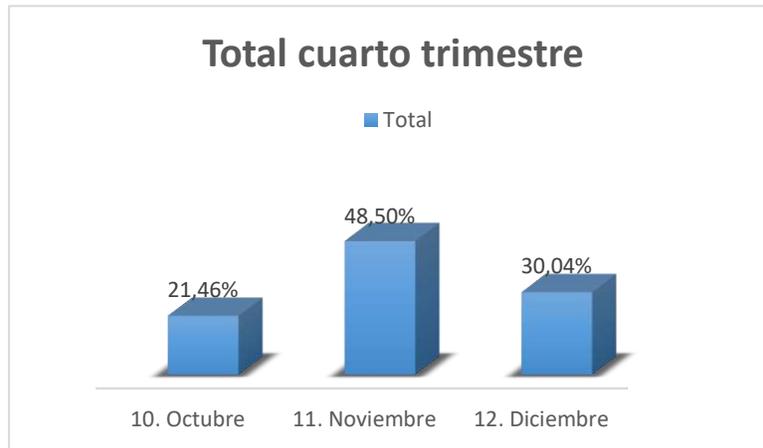
Compras 2 trimestre

Para el tercer trimestre se baja el volumen de compras por motivos de cierre a una EPS, representa un 19% de las compras totales, por valor de \$863.340.897; evidenciando que septiembre es el mes en que comienza a repuntar la ocupación de la Clínica:



Compras 3 trimestre

El trimestre de cierre de año corresponde a un 26% de las compras totales, por un valor de \$1.196.974.609,00; donde noviembre es el mes más representativo porque nos toca aumentar el stock para prever los cierres de fin de año y festividades.



Compras 4 trimestre

Desde el punto de vista de nuestros proveedores más representativos para el año 2018 se comportó de la siguiente manera:

PROVEEDOR	PARTICIPACION
Rafael Salamanca / Deposito De Drogas Boyacá	26,17%
Merproni S.A.S Mercadeo de Productos Nacionales e Importados S.A.S	12,78%
Johnson & Johnson de Colombia S.A	12,78%
Laboratorios Baxter S.A.	10,29%
RX S.A	7,55%
Innofarma S.A.S	7,15%
Discolmedica S.A.S	3,45%
Representaciones y Distribuciones Hospitalarias S.A.S y/o REDIHOS	3,26%
Otros	16,57%

Participación de proveedores en compras 2018

El indicador de Vencimientos para el año 2018 su cumplió con las siguientes cifras: Los vencimientos para este años suman \$ 29.311.455, con un promedio mes de \$ 2.442.621, representados en un 0,23% sobre el saldo promedio mes de inventarios por valor de \$ 1.042.187.780.

En relación al indicador de Rotación de inventarios se promedia en un 69% mes, en valores absolutos corresponde a \$ 719.587.561, no se cumplió con lo esperado que

era rotar el inventario en el 101%; se debe aclarar que hay problemas con el sistema de información.

Se realizaron algunos contratos con los proveedores, pero no se llegó a la meta de tener contrato con todos, esta situación se deriva de la relación actual con los mismos y por la forma de la estructura de Bionexo que es la herramienta a través de la cual se realizan las compras en la institución.

Sistemas

La Clínica Nueva durante la vigencia 2018 emprendió la tarea de continuar con la identificación de las necesidades de información y tecnología informática desde todas las áreas, para definir y dar continuidad a los proyectos establecidos con el propósito de robustecer el área de sistemas e impulsarla como generadora de valor para los procesos internos de la Clínica Nueva haciendo especial énfasis en aquellos que son misionales.

Teniendo en cuenta el objetivo *“Gestionar un modelo de información y comunicación efectivo a través de una tecnología informática confiable y segura, alineado con la misión y estrategia general de la Clínica Nueva, garantizando la coherencia con el resto de procesos para la toma de decisiones”*, el área de sistemas y estadística obtuvo los siguientes logros en el año 2018, iniciando con la gestión de requerimientos que suple las necesidades de información e infraestructura tecnológica:

Sistemas de información asistencial y administrativo

Dando continuidad a las necesidades de información identificadas en el año 2017, se realizó en el primer trimestre la contratación y adquisición del Sistema de Información Hospitalaria VIE HIS de Índigo con todas las herramientas integradas en los procesos asistenciales, administrativos y financieros, con las siguientes consideraciones:

- Centralización de la información de administrativa y asistencial.
- Automatización de procesos para la captura de información
- Reingeniería de sistema contable, facturación, inventarios y activos fijos.

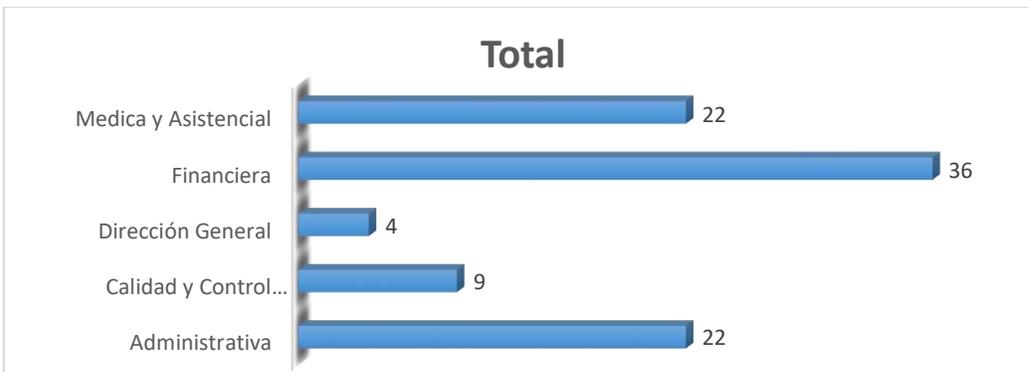
Para la ejecución del proyecto en su implementación, se definieron con el proveedor 5 fases en el plan de trabajo



Infraestructura tecnológica y comunicaciones

Correo electrónico

Con el objetivo de contar con un medio de comunicación de correo electrónico que permita el envío de correos para el personal interno y externo desde una única cuenta, se realizó el análisis de diferentes servidores de correo teniendo en cuenta el costo, la cantidad de cuentas que se requiere y el uso de las mismas. Como resultado de este análisis, se realiza la configuración e implementación del servidor de correo de Microsoft Exchange office 365 configurando 94 cuentas de correo con 50 GB de almacenamiento.



No. de correos electrónicos por áreas

Red

Centros técnicos de red

Se realiza un plan de mantenimiento preventivo y correctivo en el segundo y tercer trimestre de 10 centros técnicos o rack de comunicaciones de red, distribuido en cada piso de la clínica desde el primer piso hasta el sexto piso y sede laboratorio.

El mantenimiento de estos fue de manera paulatina y programada, ceñidos a un plan de mantenimiento.

CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA

Rack o Centro de Datos	MARZO		ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			AGOSTO	
	16	23	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	6	13	27	3	10
Rack de urgencias	■	■																	
Rack de laboratorio			■																
Rack primer piso				■	■														
Sala de cirugía						■	■												
Gabinete tercer occidente								■	■										
Gabinete cuarto occidente										■	■								
Rack cuarto oriente												■	■						
Datacenter quinto piso switch de la oficina de sistemas y en la recepción													■	■	■	■			
Gabinete consulta externa 5to piso															■	■			
Gabinete 6to piso consulta externa																	■	■	

Cronograma de mantenimiento de infraestructura tecnológica

Con objetivos específicos de organización del cableado, identificación de puntos, limpieza y ordenamiento de rack de comunicaciones, aseguramiento del funcionamiento óptimo, cambio de swichs no administrables por administrable para obtener el seguimiento del uso de la red y administración de mecanismos de seguridad.

Se implementó adicionalmente 3 centro de datos, cuarto piso, acogida al usuario, uci intensiva.

Datacenter

Área física: Se realizó restructuración y mantenimiento del área del DataCenter ubicada en el quinto piso.

Aire acondicionado: Debido a los problemas presentados en el sistema de aire acondicionado, como mejora se realiza cambio indicando el alto riesgo que se corre en caso de no mantener la temperatura adecuada en los equipos.

Estaciones de trabajo

Compra: Con el fin de realizar renovación tecnológica de los equipos de cómputo con las características requeridas para operar bajo Índigo, se adquirieron 80 nuevos equipos

Servidores

Se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo de 6 servidores físicos. Se implementó y configuró, los servicios de Dominio Primario y DNS, servidor de DHCP, renovación de licenciamiento y cambio de servidor de Antivirus y se implementó el servidor de Impresión. Se definió una estructura por cargos para la implementación de políticas de seguridad y restricción en la Clínica. Se han realizado cinco jornadas programadas de actividades con los servidores y con éstas se ha tenido pérdida de continuidad del servicio no mayor a dos horas. En dos oportunidades hemos tenido caídas inesperadas de conectividad.

Para el monitoreo en línea y funcionamiento de los mismos se realizó la implementación de una herramienta llamada Zabbix.

Impresoras

Instalación: Se realiza cambio de proveedor con contrato tercerizado del servicio de impresoras; se instalan 37 Impresoras y se cuenta con una persona para el soporte a usuarios.

Soporte técnico de sistemas

A través de la herramienta mesa de ayuda se reportan las órdenes de servicio que refiera a las siguientes líneas de apoyo

- Sistemas
- Estadística
- Archivo Clínico
- Mantenimiento
- Biomédica



Biomédica y mantenimiento

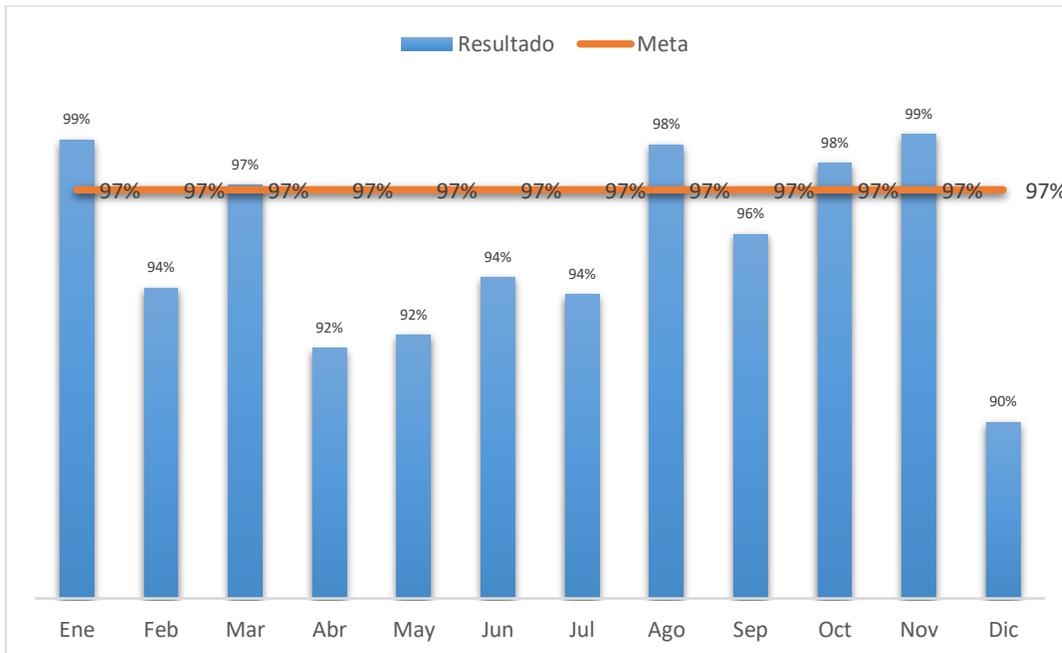
Gestión de recursos físicos y mantenimiento

El 2018 fue un año de constantes cambios para la Clínica Nueva y el área de recursos físicos y mantenimiento no fue ajena a ello, pues tanto, para la parte de ingeniería biomédica como la de mantenimiento hubo modificaciones importantes. Finalizando el año 2017 e iniciando el 2018, el departamento únicamente contaba con el apoyo de un ingeniero biomédico y un tecnólogo biomédico, en el segundo mes de 2018 se realizó la contratación de un nuevo tecnólogo con experiencia y conocimientos suficientes para brindar un apoyo adecuado en la preservación de la tecnología biomédica, esta incorporación ayudó a mejorar los indicadores del área pues de esta manera se pudo reorganizar el plan de trabajo y dar cumplimiento a los requerimientos diarios y a los planeados. A continuación, podemos observar los porcentajes de

cumplimiento de mantenimiento preventivo programado para los equipos biomédicos del año 2018.

Código del indicador	Nombre del indicador											
ADM-RF-1	Porcentaje de Cumplimiento de Mantenimientos Preventivos Equipos Biomédicos											
Mes	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Resultado	99%	94%	97%	92%	92%	94%	94%	98%	96%	98%	99%	90%
Meta	97%	97%	97%	97%	97%	97%	97%	97%	97%	97%	97%	97%

Indicador de cumplimiento de mantenimientos preventivos para equipos biomédicos



Indicador de cumplimiento de mantenimientos preventivos para equipos biomédicos

La meta mensual del cuadro de mando se estableció en 97%, esto con el fin de exigir mejores resultados y así, garantizar el cumplimiento de la meta estratégica que buscaba inicialmente cumplir como mínimo con el 95% de mantenimientos preventivos para fin de año realizando un balance promedio de cada uno de los

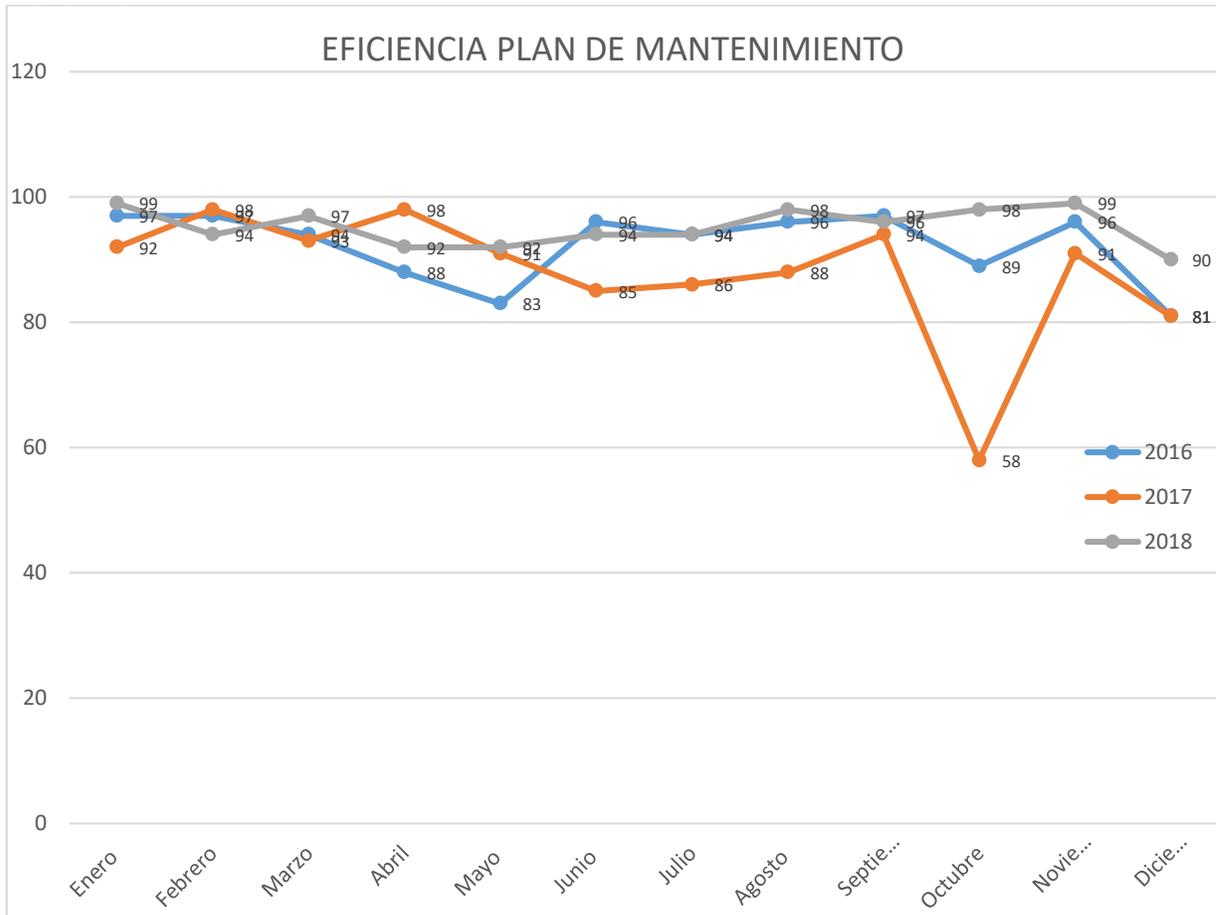
meses; se obtuvo como resultado el cumplimiento de dicha meta, teniendo un promedio total en el año 95,12% mantenimientos preventivos realizados.

MES	PORCENTAJE	MES	PORCENTAJE
Enero	99%	Julio	94%
Febrero	94%	Agosto	98%
Marzo	97%	Septiembre	96%
Abril	92%	Octubre	98%
Mayo	92%	Noviembre	99%
Junio	94%	Diciembre	90%

Promedio 95%

Porcentaje promedio de cumplimiento de mantenimientos preventivos 2018

De otra parte, en el siguiente gráfico se evidencia de manera clara, los resultados positivos obtenidos en el año 2018 con respecto a sus años anteriores. En éste se puede observar el declive que tuvo el departamento en el segundo semestre del 2017, época en la cual hubo una sola persona en el área



Eficiencia del plan de mantenimiento

Renovación tecnológica

A partir del segundo semestre del año se realiza renovación tecnológica de equipos biomédicos de diagnóstico en áreas críticas como cuidado intensivo, cirugía, urgencias y radiología, con un impacto importante:

Cantidad	Equipo Biomédico	Marca	Modelo	Servicio
2	Arco en C	Philips	BV Bectra	Cirugía
1	Ecógrafo		Affiniti 50	Radiología
9	Monitor Signos Vitales		Intellivue MX500	UCI
2	Monitor Signos Vitales (Transporte)		Intellivue MX400	Ucis
1	Central de Monitoreo		N/D	UCI
1	Monitor de Signos Vitales RM		Expression MR200	Radiología
3	Ventilador Mecánico		V680 Respironics	UCI
2	Ventilador Mecánico		V60 Respironics	UCI
1	Ventilador Mecánico (Transporte)		Trilogy	UCI
2	Desfibrilador		Dfm 100	Urgencias y UCI
1	Electrocardiógrafo	Tc30	Urgencias	
1	Esterilizador	Steris	Vpro	Esterilización

Renovación tecnológica y distribución por servicios

De esta manera, se distribuyen los equipos por los diferentes servicios, se realiza inventario y actualización de la base de datos, quedando así:

Ubicación	Servicios Atendidos (Clientes internos)	No. de Equipos
Piso 1	Urgencias	80

Piso 1	Radiología	14
Sede B	Laboratorio Clínico	39
Piso 2	Cuidado Intensivo	61
Piso 2	Cuidado Intermedio	33
Piso 2	Central de Esterilización	7
Piso 2	Salas de Cirugía	112
Piso 3	Hospitalización 3er Piso	90
Piso 4	Hospitalización 4to Piso	80
Piso 6	Consulta Externa	13
Piso 7	Terapia	7
TOTAL		536

Distribución de equipos biomédicos por servicios

Mantenimiento e infraestructura

Los cambios también se vieron reflejados en el área de mantenimiento pues la Clínica pasó de tener tres auxiliares de mantenimiento a tener un grupo más sólido especializado en diferentes ramas, conformando el grupo de la siguiente manera:

- Técnico electricista (1)
- Técnico electromecánico (1)
- Técnico en ebanistería (1)
- Oficial de obra (1)
- Auxiliar de mantenimiento (4)

De esta manera, se reestructura el área y se comienza a realizar tanto el mantenimiento locativo como obras y remodelaciones limitando así, el número de terceros que intervienen en la institución.

Con la inclusión del nuevo técnico electromecánico se optimizan los tiempos de respuesta y la eficiencia de los mantenimientos tanto preventivos como correctivos de los sistemas de aire acondicionado y extracción; pues es una persona apta, capacitada y con años de experiencia en este ámbito.

Adicionalmente se firma contrato con la empresa **Full equipos y calderas** empresa especializada en el mantenimiento de calderas y tanques de agua caliente. Con la firma de este contrato se inicia un plan de mantenimiento enfocado directamente a la corrección del proceso con el fin de optimizar el funcionamiento de las calderas y la reducción de gastos innecesarios. Dicho plan incluye adicionalmente la corrección de fugas, eliminación de puntos no utilizados, reparación y mantenimiento de los sistemas de bombeo.

A partir del segundo semestre, se empiezan a evidenciar los resultados de las labores ejecutadas en las calderas, evidenciando reducción considerable en costos de consumo de gas natural, ahorrando alrededor de 23 millones de pesos a final del año.

Año	Mes	Periodo Consumo	Valor
2018	Junio	11-05-2017 AL 12-06-2018	33.907.570,00
	Julio	12-06-2018 AL 12-07-2018	28.117.510,00
	Agosto	12-07-2018 AL 13-08-2018	25.012.750,00
	Septiembre	13-08-2018 AL 13-09 2018	17.584.640,00
	Octubre	13-09-2018 AL 12-10-2018	18.326.010,00
	Noviembre	12-10-2018 AL 14-11-2018	14.827.420,00
	Diciembre	14-11-2018 AL 13-12-2018	10.510.250,00
2019	Enero	13-12-2018 AL 01-14-2018	10.186.080,00
Total			158.472.230,00

Variación de consumo de gas natural calderas

Se realiza reestructuración en el servicio de hospitalización del 4 piso occidente, las actividades realizadas comprenden desde mantenimiento básico como resane y

pintura de techos y paredes en general; el arreglo de los techos de los baños, se optó por dar un cambio de imagen, cambio de paneles de paciente, los que estaban eran anticuados y ya no cumplían con los requerimientos de la norma.

De igual forma, se remodelan los armarios de cada habitación para dar un mejor aspecto y hacerlos más funcionales, adicional a esto la norma pide que en el área de hospitalización haya una habitación de aislamiento, la que fue diseñada garantizando el aislamiento, diseñando una exclusiva de cierre hermético dotada con una poceta individual exclusiva para dicha habitación y un lavamanos para realizar el lavado de manos antes y después del contacto con el entorno del paciente.

Con miras a la celebración de los 60 años de la clínica Nueva, se remodela la entrada principal, mejorando el aspecto con un ambiente moderno. Se realizaron actividades como: pintura general del área, arreglo del mueble de recepción, cambio de iluminación, enchape de la pared de recepción y cambio de color de columnas

El auditorio también fue sujeto a remodelaciones consistentes en pintura general del área, cambio de iluminación y cambio de piso.

Se adecua el área administrativa con pintura general, arreglo de oficinas administrativas y reducción de paneles para una mejor visualización del área.

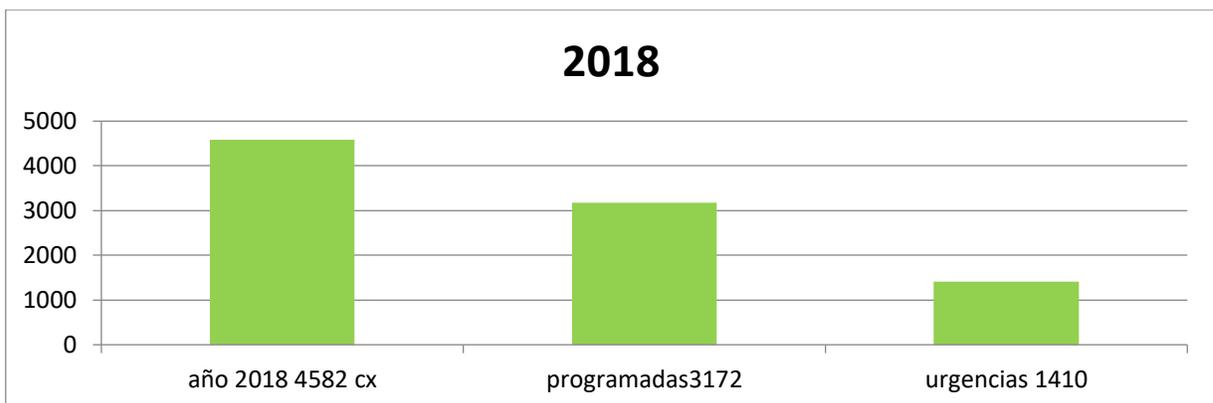
Subdirección Médica y Gestión clínica

Cirugía

En el año 2018 se realizaron 4582 cirugías, de las cuales 3172 fueron programadas y 1410 fueron de urgencias, se autorizó la cirugía en trámite que permite adelantar valoración de anestesia, asignar día y hora para la cirugía, así dar mejor oportunidad al Cirujano y tener mayor aprovechamiento de la capacidad instalada.

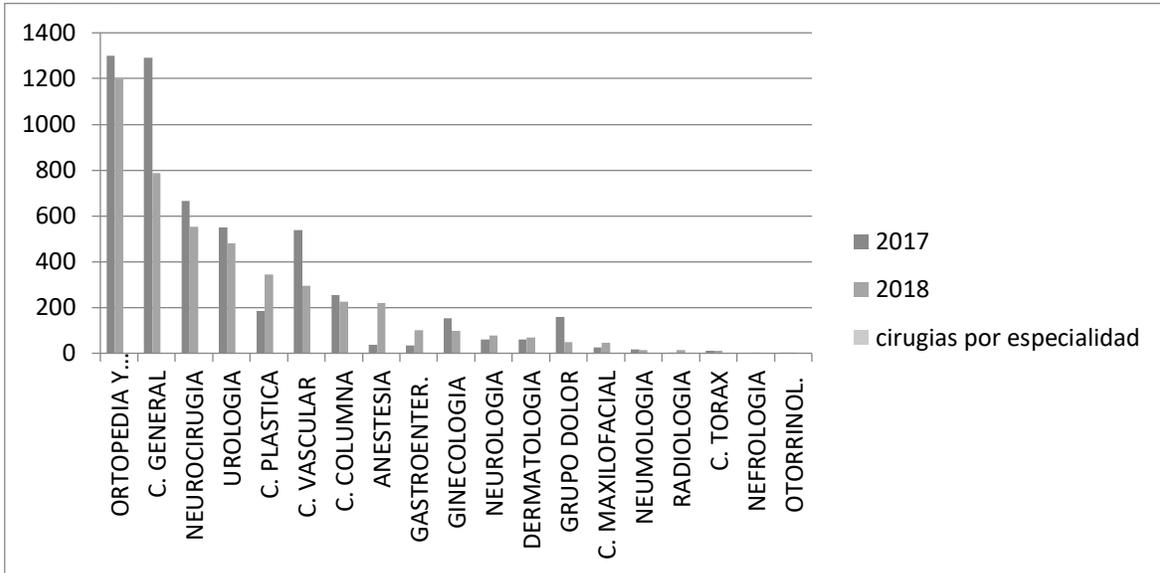
Se adquieren en el primer semestre dos máquinas de anestesia y en el segundo dos intensificadores, permitiendo el desarrollo adecuado de la programación quirúrgica. En el mes de diciembre se instaure el uso de la boleta quirúrgica, que permite optimizar la programación de cirugía y mejorar la trazabilidad de las solicitudes realizadas.

Cirugías por especialidad

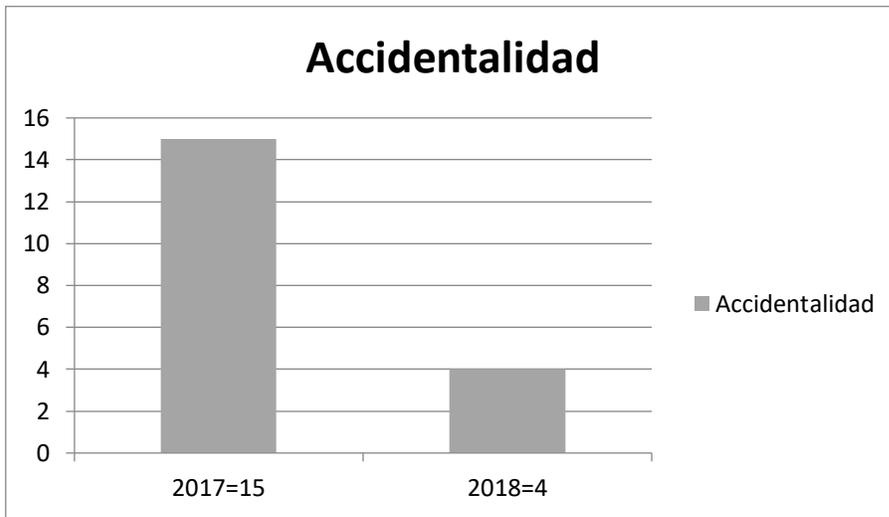


Cirugías por especialidad

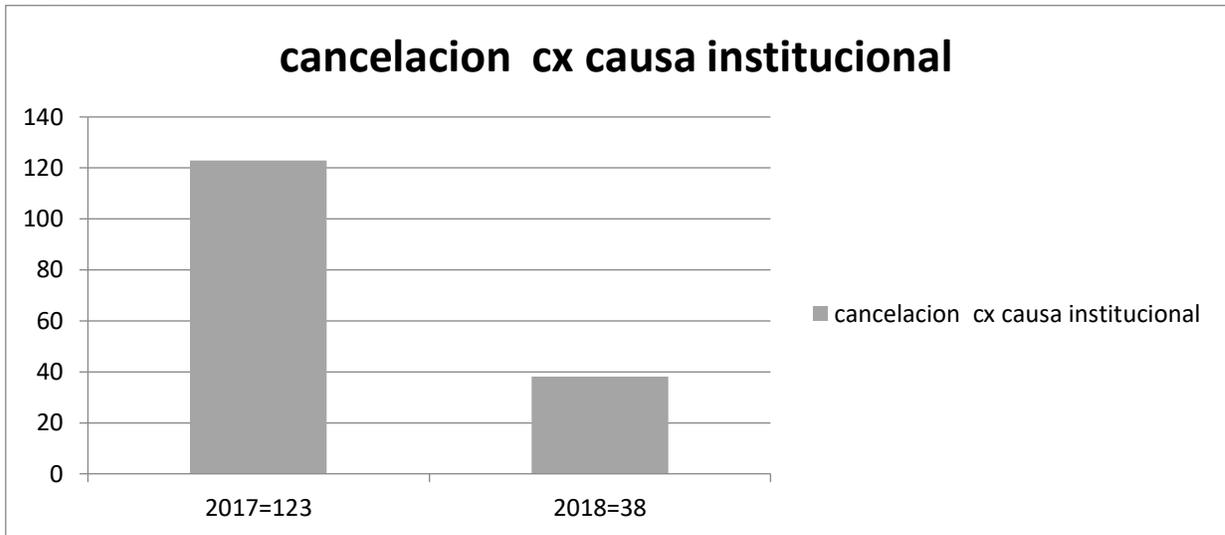
Comparativo 2017-2018 de cirugías por especialidad



Comparativo de cirugías 2017-2018



Accidentalidad en área de cirugía



Cancelación de cirugías por causa institucional

Se disminuyó la cancelación de cirugía por causa institucional el 64% con relación al año 2017, se han reprogramado las cirugías, se realiza cambio de MOS con casas autorizadas, pagos a proveedores para desbloqueo.

Hospitalización

El Servicio de Hospitalización es el servicio destinado a la permanencia de pacientes para su diagnóstico, recuperación y/o tratamiento y sus ambientes anexos requeridos para trabajo de enfermería; se relaciona básicamente con los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento, quirúrgicos, nutrición, alimentación y lavandería.

El servicio de hospitalización está establecido en la tercera y cuarta planta de la Institución, cada una de ellas con dos alas, oriente y occidente respectivamente, con un total de 80 camas distribuidas así: Cuarto oriente 21 camas, Cuarto occidente 22 camas Tercero Oriente 21 camas y Tercero Occidente 16 camas. La mayoría de habitaciones (66) son individuales lo que permite garantizar condiciones adecuadas de privacidad y aislamiento.

Se presta servicios de hospitalización para adultos de mediana y alta complejidad. Hay un médico hospitalario por piso y por turno, 3 jefes de enfermería y 8 auxiliares en cada piso y turno.

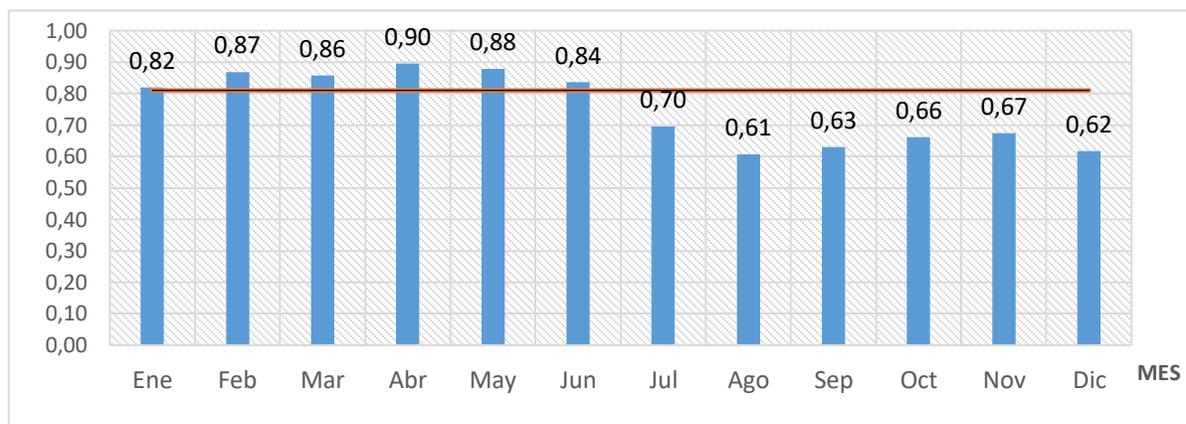
Para cada una de las alas existen puestos de control médico y enfermería, con un área limpia para preparación de medicamentos, cada habitación cuenta con baño y disponibilidad de oxígeno y succión. Hay un área sucia, área para almacenamiento de elementos de aseo e igualmente un depósito temporal de residuos.

En el servicio de Hospitalización de Clínica Nueva se recibieron en el año 2018 un total de 4254 ingresos al servicio de las diferentes especialidades que oferta la Clínica a las empresas aseguradoras, adicionalmente se presentaron 4221 egresos, lo que nos permitió tener un porcentaje de ocupación de la institución del 73.50 %, con una estancia media de 5.92 con una estancia media quirúrgica de 4.89. Se mantuvo un giro cama de 3.76 y un Índice de Sustitución de 2.03.

Las principales causas de ingreso al servicio de hospitalización durante el 2018 son las siguientes:

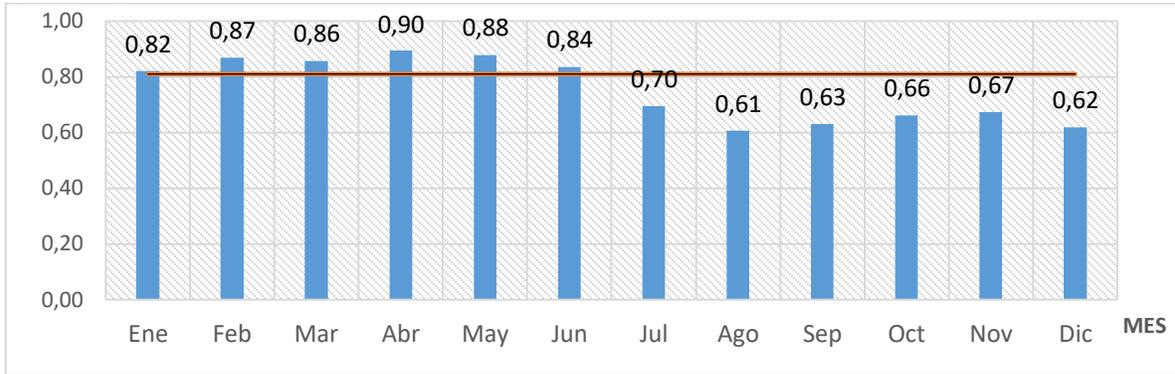
Hipertensión esencial (Primaria), Infección de vías urinarias sitio no especificado, enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sin otra especificación, fractura de la epífisis inferior de la tibia, hipotiroidismo no especificado, celulitis de otras partes de los miembros, insuficiencia cardíaca no especificada, contusión de la región lumbosacra y de la pelvis, neumonía bacteriana no especificada.

Promedio días de estancia



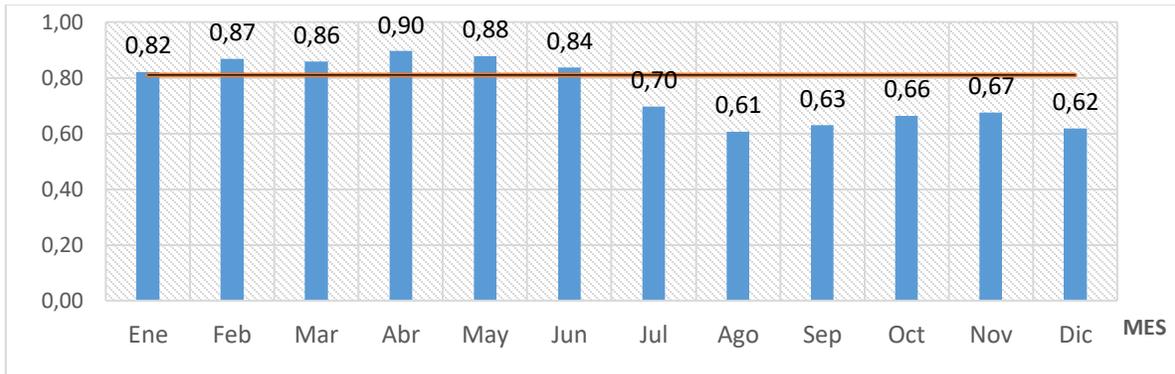
Promedio días de estancia

Giro cama



Giro cama

Porcentaje de ocupación



. Porcentaje de ocupación

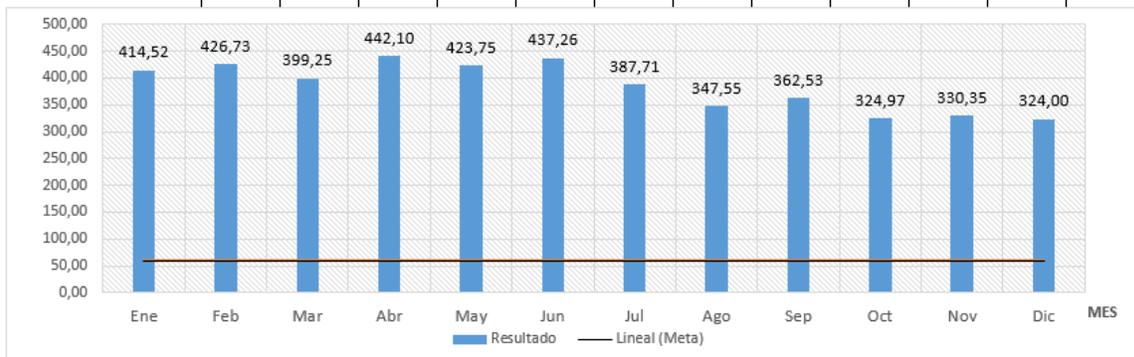
En relación al porcentaje de ocupación de Hospitalización se mantuvo en 73.50 % con un descenso importante en el mes de octubre el cual se repuntó en los meses posteriores.

Urgencias

Para el año 2018 se realizaron 16.503 consultas de urgencias, número menor comparado al del año anterior en el que se registraron 18.788, con 3110 hospitalizaciones que constituyen el 18% de los ingresos a urgencias, con 2909 el año 2017, la presión de urgencias en hospitalización es 73%, comparado al 60% el año 2017.

Para el año 2018 se planteó mejorar la oportunidad en el tiempo de consulta de urgencias, se logró disminuir este tiempo de oportunidad para la consulta de 42 minutos a 32 minutos. Así mismo, se logró una mayor hospitalización con una mayor presión de urgencias que el año pasado 73% 2018 comparado al 2017 60%, logrando una mejor comodidad y calidez en la atención. Se mantuvo una tasa de reingresos bajos menor al 2%, 1.09% en el 2017 y 1.44% en el 2018.

Código del indicador		Nombre del indicador											
PEA-UR-5		Tiempo promedio de respuesta de Especialista y Especialidades											
Mes	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Resultado	414,52	426,73	399,25	442,10	423,75	437,26	387,71	347,55	362,53	324,97	330,35	324,00	
Meta	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	

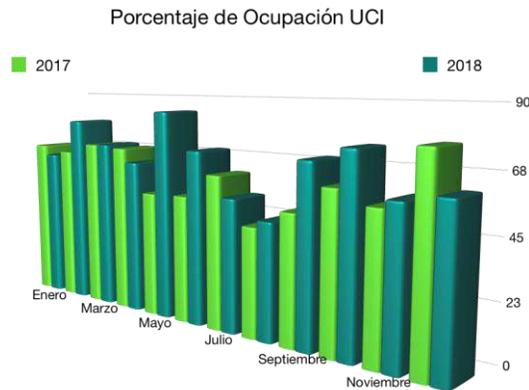


Tiempo promedio de respuesta por especialidades

UCI

Para el año 2018 ingresaron un total de 1045 pacientes, de los cuales 517 pacientes ingresaron a la Unidad de cuidado intensivo y 528 pacientes a la Unidad de cuidado intermedio.

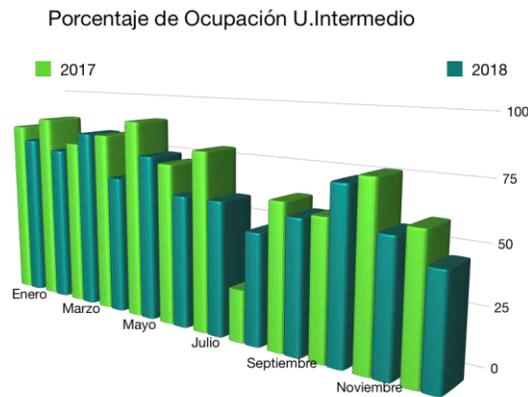
Porcentaje de ocupación Unidad de Cuidado Intensivo



Porcentaje de ocupación Unidad de Cuidado Intensivo

Para la Unidad de Cuidado Intermedio se obtuvo un promedio de ocupación diaria del 64.5%, teniendo como base un óptimo del 70%

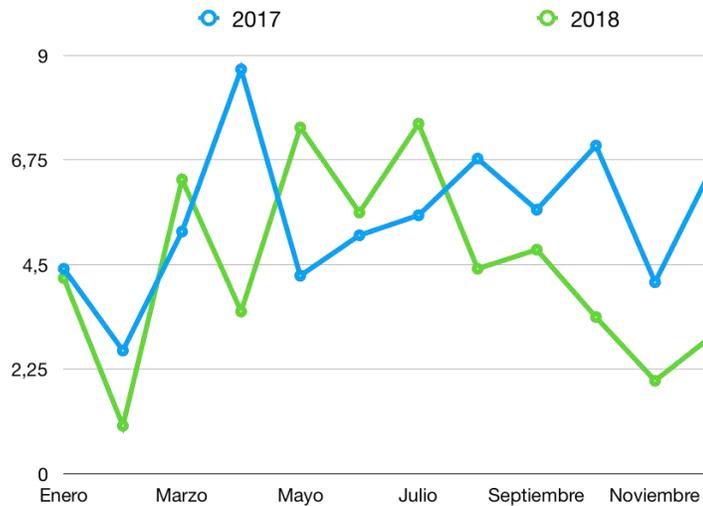
Porcentaje de ocupación Unidad de Cuidado Intermedio



Porcentaje de ocupación Unidad de Cuidado Intermedio

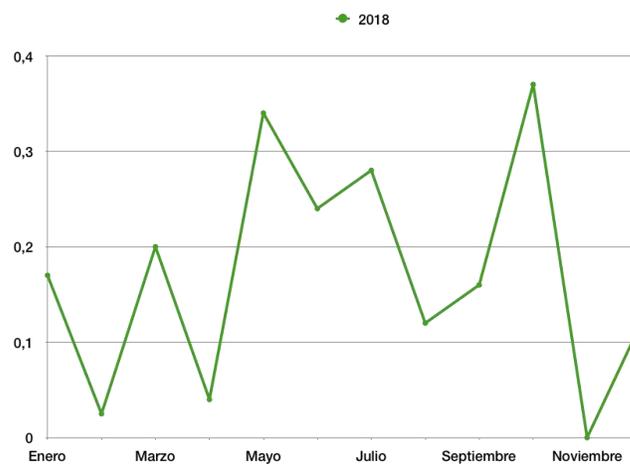
De la mano con el anterior indicador, se encuentra el giro cama, el cual refleja el grado de utilización de cada cama. Para la Unidad de Cuidado Intensivo fue de 56.5 pacientes egresados por cada cama durante el 2018. Para la Unidad de cuidado intermedio fue de 79.8 pacientes egresados por cada cama.

El esfuerzo constante de nuestro equipo de trabajo, permitió que cumpliéramos la meta de tener un porcentaje de mortalidad < 5%; de los 1045 pacientes atendidos, fallecieron 47 pacientes, que corresponden al 4.5%, por debajo de la meta fijada.



Porcentaje de Mortalidad cuidado critico

Este dato se correlacionó con el riesgo de fallecer arrojado por la escala de APACHE II, mediante un nuevo indicador que se instauró para este año, la tasa de mortalidad estandarizada cuya meta cumplimos al permanecer < 1 , lo que significa que era la mortalidad esperada, dada la gravedad de su estado al ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo.



Tasa de mortalidad ajstada a apache II

Las infecciones asociadas al cuidado de la salud son un factor clave que determina el resultado clínico de los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidado Intensivo

y Unidad de Cuidado Intermedio. Durante el año 2018 tuvimos tasas por debajo de 5%, presentando en los últimos 6 meses cero neumonías asociadas a la ventilación, cero bacteriemias asociadas a catéter, 0 infecciones urinarias asociadas a sondas vesicales, entendiéndose como entidades que podrían aumentar los costos al sistema de salud. Se hizo énfasis en actividades de educación, se fortaleció el paquete de prevención para neumonía asociada a la ventilación, se verificaron criterios de retiro de dispositivos (catéteres venosos centrales, sondas vesicales).

Otro aspecto destacado fue la inclusión de 3 indicadores para conocer y realizar el seguimiento de la satisfacción de los usuarios de las unidades, el conocimiento y comprensión que tienen de sus deberes y derechos, encontrando cifras muy favorables cercanas al 100%, De igual manera, se tramitaron de manera oportuna los requerimientos generados por los pacientes.

En cuanto al compromiso de la Unidad de Cuidado Intensivo con la educación, fuimos participes y propusimos el tema del Simposio académico de VIH realizado con la conmemoración de los 60 años de la Clínica. En adición, se cuenta con indicador de educación, relacionado a las actividades académicas, mensuales, lo que refuerza nuestro sentido y compromiso en este aspecto.

Se conforma un equipo humano, con el cual se ha generado un trabajo permanente para reforzar todos los parámetros básicos que soportan el funcionamiento de la Unidad de Cuidado Intensivo y Unidad de Cuidado Intermedio, cuya fuerza impactó en la prestación de un servicio asistencial con calidad en el diagnóstico y el

Laboratorio clínico

Para el 2018 esta área desarrolla su objetivo que es “brindar servicios de apoyo diagnóstico en el área de laboratorio clínico, servicio transfusional y patología, con seguridad y oportunidad para mejorar la calidad de vida del paciente”; trabajando con el mejor talento, que son nuestros colaboradores quienes lideran el cumplimiento del objetivo y hacen posible que se mantengan los estándares de calidad permitiendo convertirnos cada día en una empresa más competitiva.

Cuadro de mando de indicadores

Los principales procesos del laboratorio clínico, servicio transfusional y patología son evaluados a través de 29 indicadores del cuadro de mando integral de indicadores, el cual muestra los siguientes resultados:

Para 2018 se realizaron 138.410 estudios, de los cuales 135.472 corresponden a exámenes de laboratorio clínico, 1408 a patologías y 1530 a hemocomponentes transfundidos.



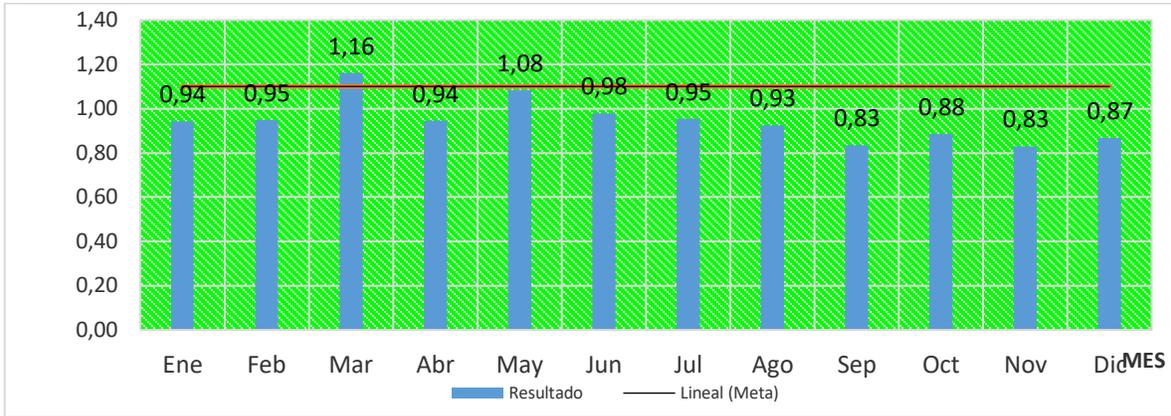
Número de exámenes realizados en laboratorio

Se observa una disminución del número de exámenes comparado con los dos años anteriores obteniendo una proporción de exámenes por egreso hospitalario de 4.93, con un porcentaje de exámenes no realizados de 0.22%, donde el motivo principal es la no recolección de muestras de fluidos corporales por parte de los pacientes principalmente en el servicio de urgencias.

Exámenes como Serologías para VIH, toma de muestras sanguíneas ambulatorias y test dinámicos a quienes se les aplica consentimiento informado se obtiene una adherencia del 100%.

La respuesta del proceso analítico se evalúa a través de los indicadores de Oportunidad de entrega de resultados de Laboratorio Clínico por cada servicio donde se obtiene un tiempo promedio de 57 minutos, superando la meta establecida para el año 2018 de 75 minutos, por lo cual para 2019 se plantea nueva meta de 60 minutos de oportunidad.

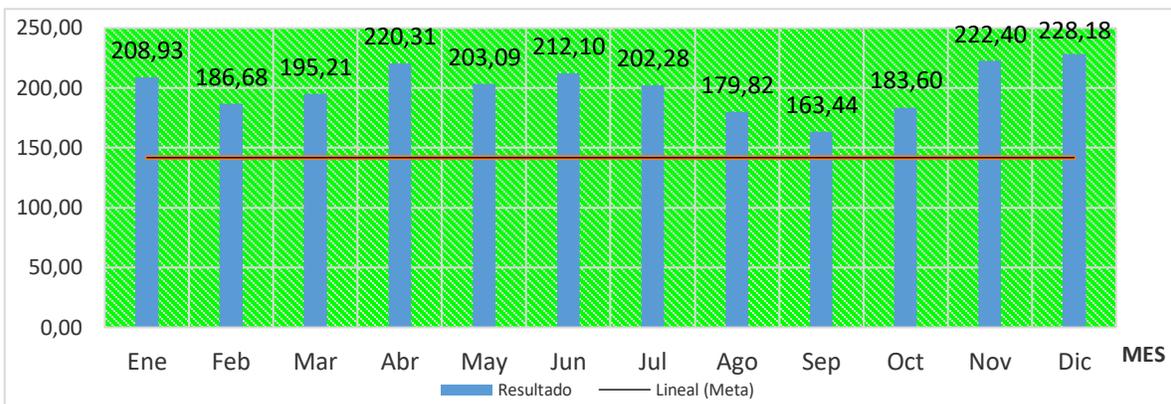
Oportunidad de entrega de resultados de laboratorio



Oportunidad de entrega de resultados de laboratorio

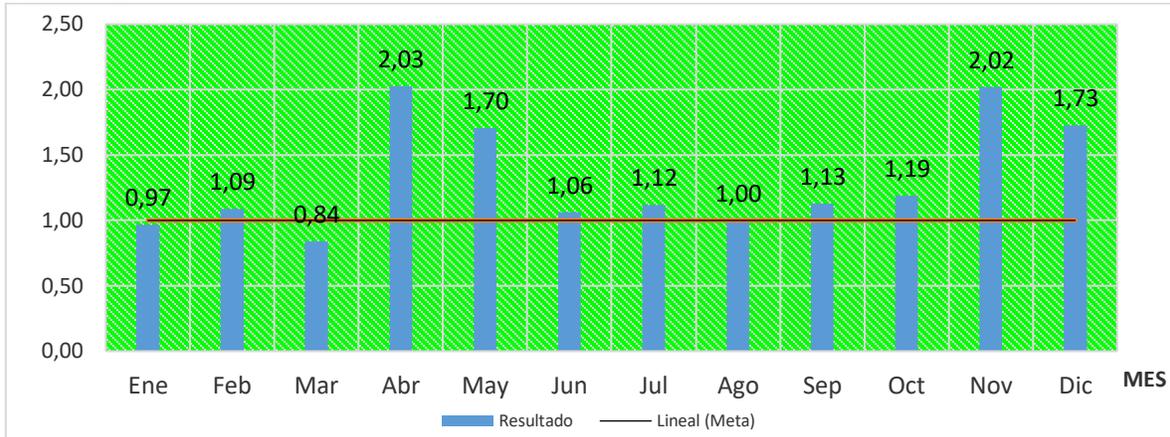
En el servicio de Patología se consolida el tiempo de oportunidad para 2018 en 200.5 horas, correspondientes a 8.3 días calendario, se había establecido una meta para 2018 de 5.9 días calendario, la cual es importante reevaluar para 2019.

Oportunidad de entrega de resultados de patología



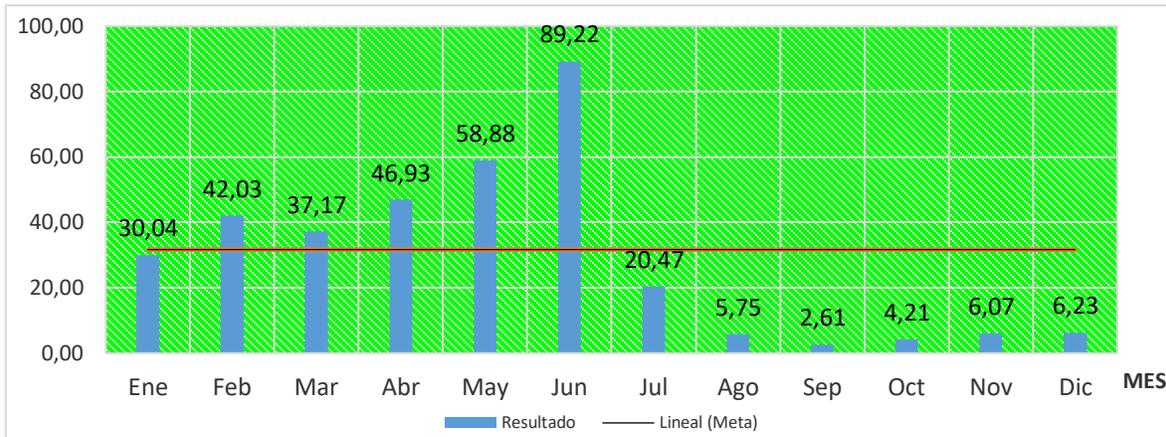
Oportunidad de entrega de resultados de patología

Oportunidad de entrega de resultados de servicio transfusional



. Oportunidad de entrega de resultados de servicio transnacional

Oportunidad para la administración de hemocomponentes



. Oportunidad para la administración de hemocomponentes

La adherencia al cumplimiento de correctos durante la administración de hemocomponentes fue de 100%.

Durante el año se solicitaron al Banco de Sangre proveedor 1548 hemocomponentes en los cuales no se detectó ninguna falla asociada a la identificación de éstos.

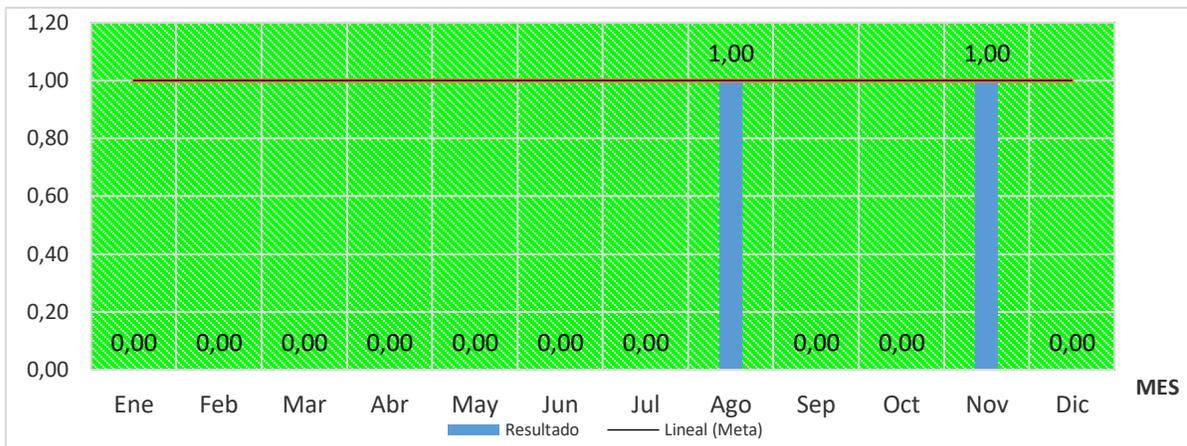
Se recibieron 3125 solicitudes de reserva de hemocomponentes desde los servicios hospitalarios de los cuales 1530 fueron transfundidos, distribuidos así: 736 unidades de glóbulos rojos, 62 glóbulos rojos filtrados, 4 glóbulos rojos filtrados e irradiados, 246 plaquetas estándar, 33 plaquetas por aféresis, 365 plasmas y 84 crioprecipitados; obteniendo un porcentaje efectivo de transfusión relacionado con las reservas realizadas de 48.96%.

Los hemocomponentes incinerados fueron 4 crioprecipitados y 1 unidad de glóbulos rojos lo que corresponde al 0.32%.

Se gestionó al 100% la vigilancia de eventos adversos en hemovigilancia, con una tasa de reacción transfusional de 2.61; ligeramente aumentada comparada con 2.16 en 2017.

A través del indicador proporción de satisfacción de los usuarios información evaluada de manera trimestral y obtenida por el servicio de acogida al usuario se observa 100% de satisfacción, se resalta en nuestro servicio el trato cálido y humanizado hacia los pacientes evidenciado por el número de PQRS, se obtienen 331 felicitaciones al año 2 quejas y 2 sugerencias obteniendo un índice combinado de satisfacción de 831.

Proporción de satisfacción de usuarios en el servicio de laboratorio



Proporción de satisfacción de usuarios en el servicio de laboratorio

Se dio respuesta a quejas y solicitudes en un tiempo máximo de 2 días posterior al recibo de la comunicación, gestión realizada dentro de los tiempos establecidos lo que evidencia nuestra preocupación por el servicio al cliente.

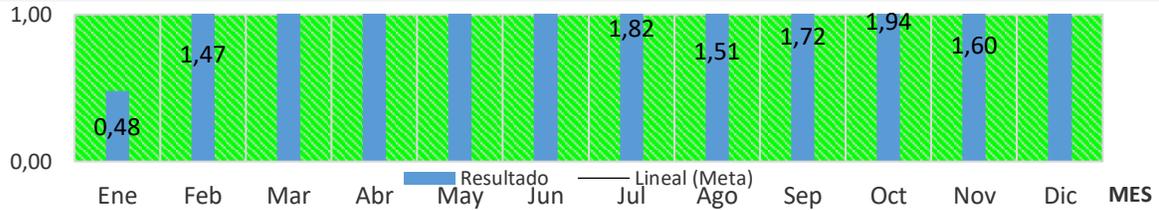
Radiología e imágenes diagnósticas

Prestar un servicio de imagenología convencional y especializado, mediante estrategias de calidad, oportunidad, seguridad y humanización del servicio, apoyándonos en el conocimiento, la idoneidad y la experiencia del talento humano que garantice una sostenibilidad económica y permanencia en el tiempo, fue el

objetivo que orientó la labor del área de radiología e imágenes diagnósticas durante el año 2018, periodo en el que se trabajó con el operador RIMAB SAS

Oportunidad en la atención del servicio de imagenología

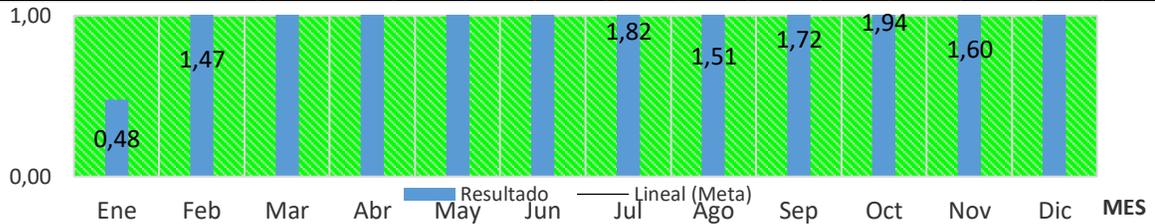
Código del indicador		Nombre del indicador											
ADT-RX-1		Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología /en días											
Mes	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Resultado	0.78	0.78	1.12	1.62	1.01	0.72	0.59	0.51	0.54	0.59	1.28	2.21	
Meta	0.86	0.86	0.86	0.86	0.86	0.86	0.86	0.86	0.86	0.86	0.86	0.86	



Oportunidad en la atención del servicio de imagenología

Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía

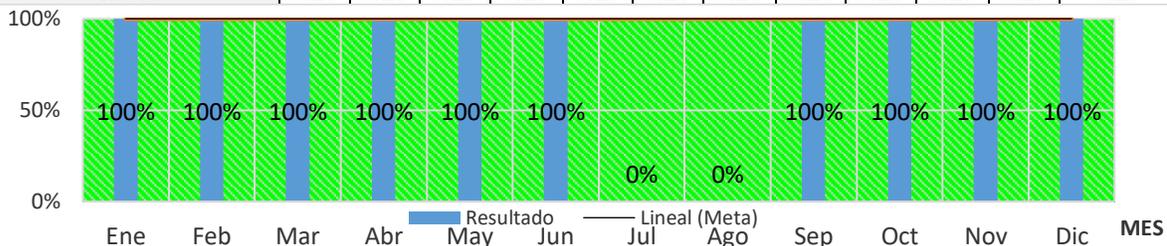
Código del indicador		Nombre del indicador											
ADT-RX-2		Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía											
Mes	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Resultado	0.48	1.47	2.41	4.59	4.42	2.92	1.82	1.51	1.72	1.94	1.60	3.90	
Meta	1.46	1.46	1.46	1.46	1.46	1.46	1.46	1.46	1.46	1.46	1.46	1.46	



Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía

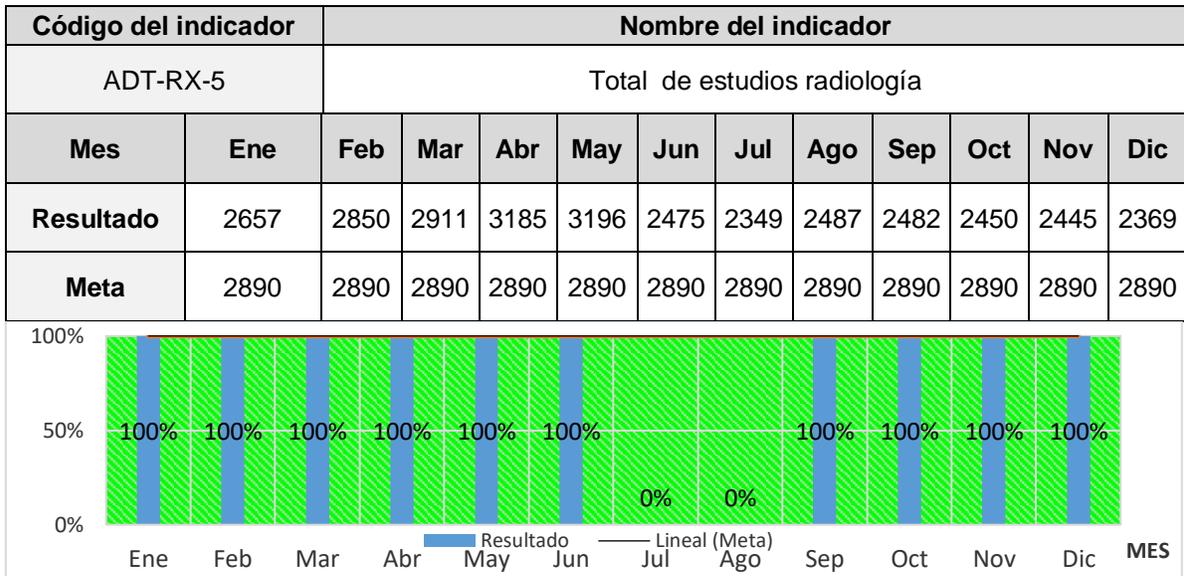
Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear

Código del indicador		Nombre del indicador											
ADT-RX-3		Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear											
Mes	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Resultado	0.17	0.20	0.26	0.51	0.33	0.82	0.87	0.87	1.16	0.95	0.83	2.01	
Meta	0.27	0.27	0.27	0.27	0.27	0.27	0.27	0.27	0.27	0.27	0.27	0.27	



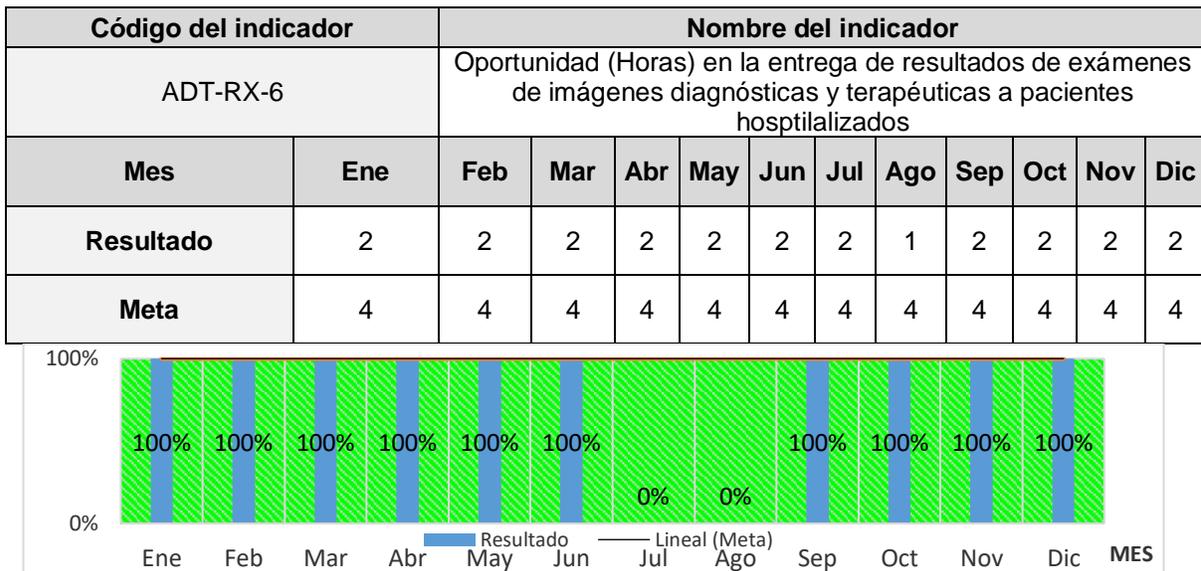
Tiempo promedio de espera para la toma de RNM

Total de estudios de radiología



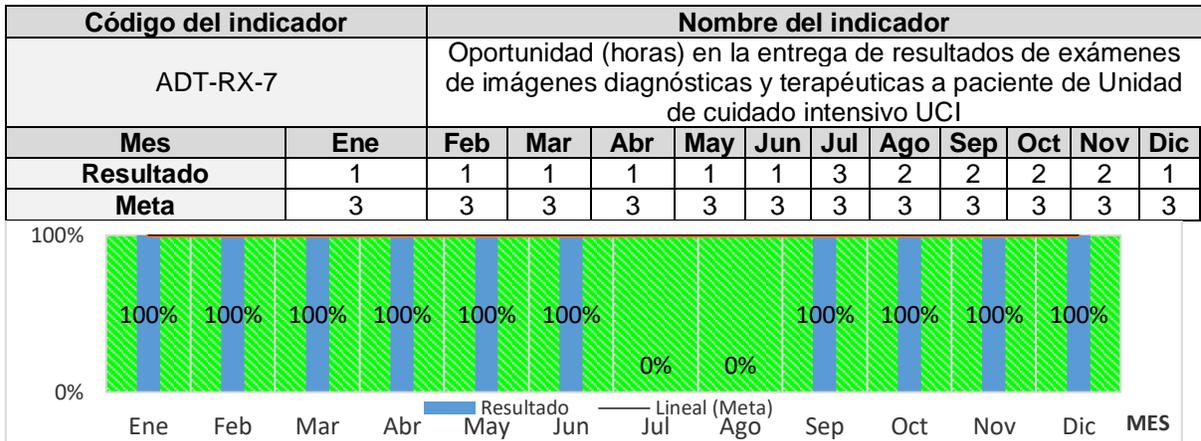
Total de estudios de radiología

Oportunidad (horas) en la entrega de resultados de exámenes de imágenes diagnósticas y terapéuticas a pacientes hospitalizados.



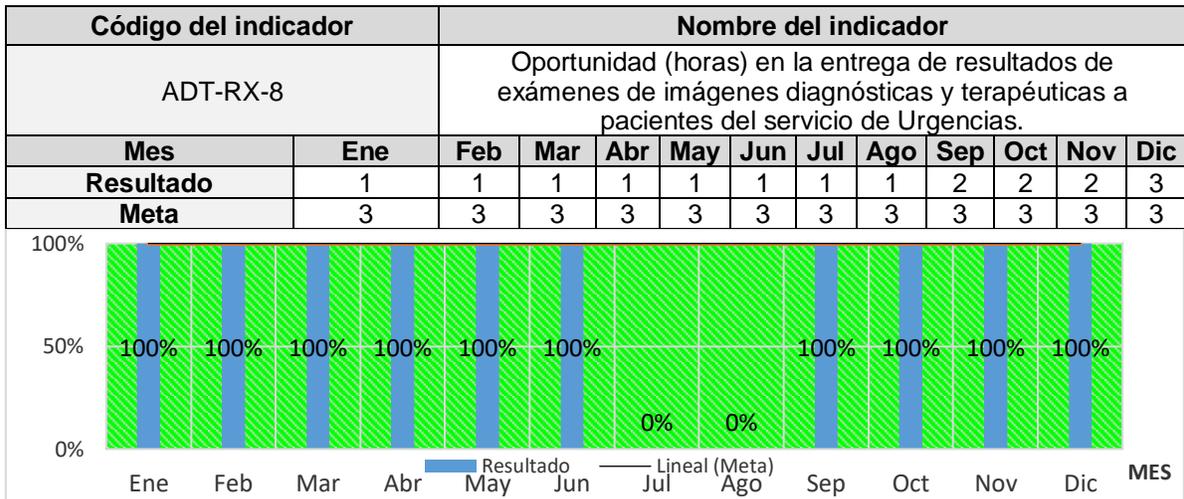
Oportunidad de entrega de resultados de imágenes diagnósticas a pacientes hospitalizados

Oportunidad (horas) en la entrega de resultados de exámenes de imágenes diagnósticas y terapéuticas a pacientes de la UCI



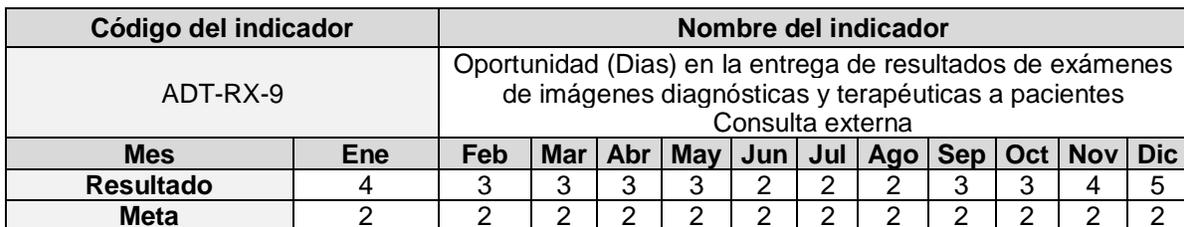
Oportunidad de entrega de resultados de imágenes diagnósticas a pacientes de UCI

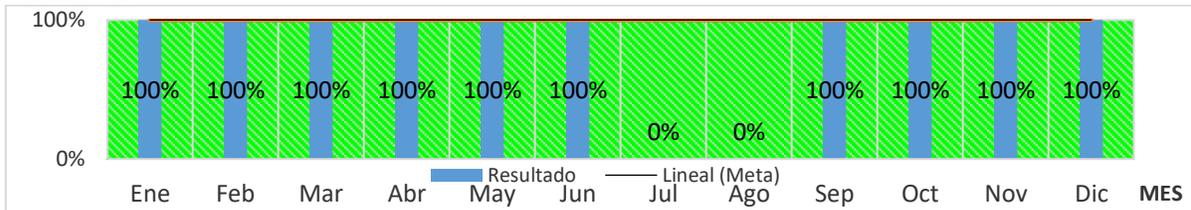
Oportunidad (horas) en la entrega de resultados de exámenes de imágenes diagnósticas y terapéuticas a pacientes de urgencias



Oportunidad de entrega de resultados a pacientes de urgencias

Oportunidad (horas) en la entrega de resultados de exámenes de imágenes diagnósticas y terapéuticas a pacientes de consulta externa

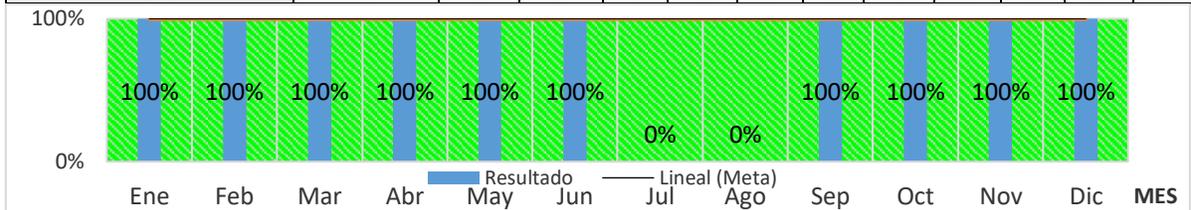




Entrega de resultados a pacientes de consulta externa

Oportunidad (horas) en la entrega de resultados de exámenes de imágenes diagnósticas y terapéuticas

Código del indicador		Nombre del indicador											
ADT-RX-10		Oportunidad (horas) en la entrega de resultados de exámenes de imágenes diagnósticas y terapéuticas											
Mes	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Resultado	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	
Meta	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	



Para el año se cumple con el 96.73% de la meta en satisfacción de los usuarios. Las bases de la atención en el departamento están en la calidad y la humanización de los servicios de salud.

Servicio farmacéutico

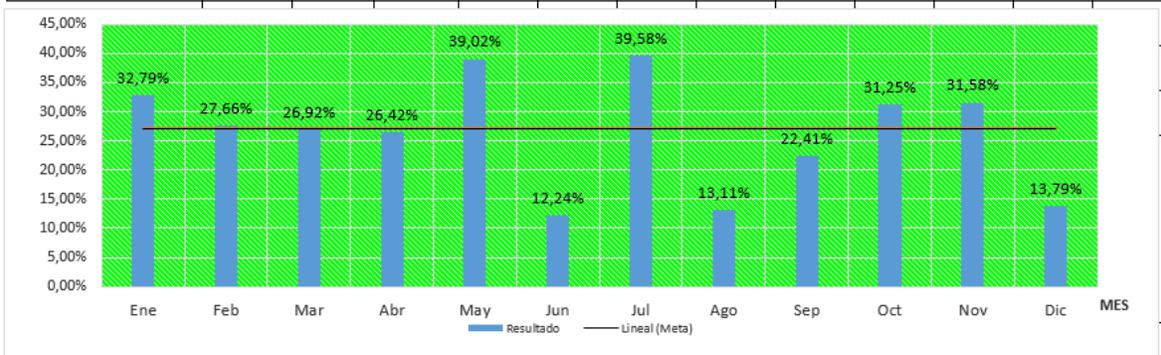
El Servicio Farmacéutico cuenta con 3 componentes que reúne las actividades asistenciales, administrativas y de gases medicinales; para llevar a cabo cada una de las tareas que la normatividad y procesos internos nos exige en cada una de estas áreas, durante el 2018 se incorporó al equipo de trabajo del Servicio Farmacéutico, un tercer Químico Farmacéutico, que permitió fortalecer y redistribuir las actividades asistenciales a desarrollar en Clínica Nueva.

De esta manera, la revisión de conciliación y reconciliación medicamentosa al ingreso de los pacientes de medicina interna, proceso que permite identificar los medicamentos con los que cada paciente llega desde su estancia ambulatoria (medicación crónica o actual), presentó un fortalecimiento que obtuvo como resultado que durante el 2018 se alcanzara una revisión en promedio mensual del 26% de nuestros pacientes de dicha especialidad, que propició la identificación oportuna de posible duplicidad farmacológica durante la estancia hospitalaria,

interacciones medicamentosas indeseadas y eventos adversos originados por los cruces de medicación ambulatoria e intrahospitalaria, favoreciendo la seguridad del paciente durante su estancia en Clínica Nueva.

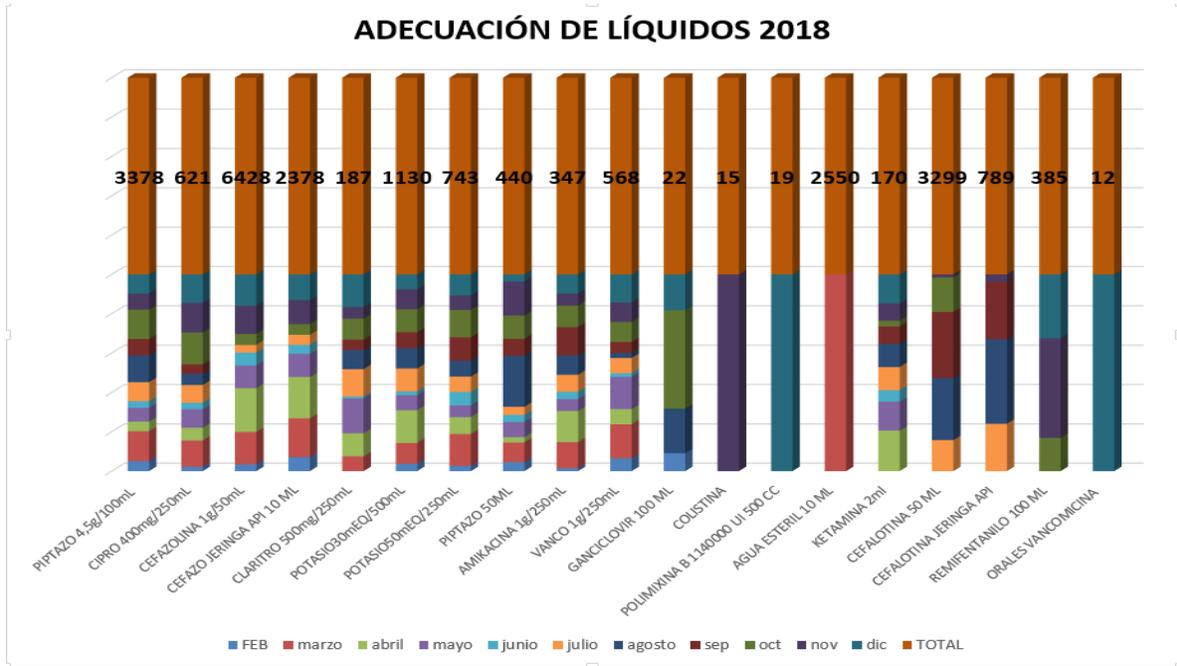
Indicadores servicio farmacéutico

Código del indicador	Nombre del indicador											
ADT-FC-11	Porcentaje de revisión de conciliación al Ingreso en Hospitalización											
Mes	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Resultado	32,79%	27,66%	26,92%	26,42%	39,02%	12,24%	39,58%	13,11%	22,41%	31,25%	31,58%	13,79%
Meta	27,14%	27,14%	27,14%	27,14%	27,14%	27,14%	27,14%	27,14%	27,14%	27,14%	27,14%	27,14%



Porcentaje de revisión de conciliación al ingreso en hospitalización

Por otro lado, y teniendo en cuenta la necesidad de generar procesos seguros para la administración de medicamentos, durante el 2018 se incluyó dentro del Sistema de Distribución de Medicamentos En Dosis Unitaria, la adecuación de dosis de 800mcg/100mL de Remifentanilo y Ketamina 100mg/2mL, que se sumaron a las ya empleadas dosis adecuadas de Cefazolina, Amikacina, Ciprofloxacino, Vancomicina, Piperacilina Tazobactam, Claritromicina y Cloruro de Potasio.

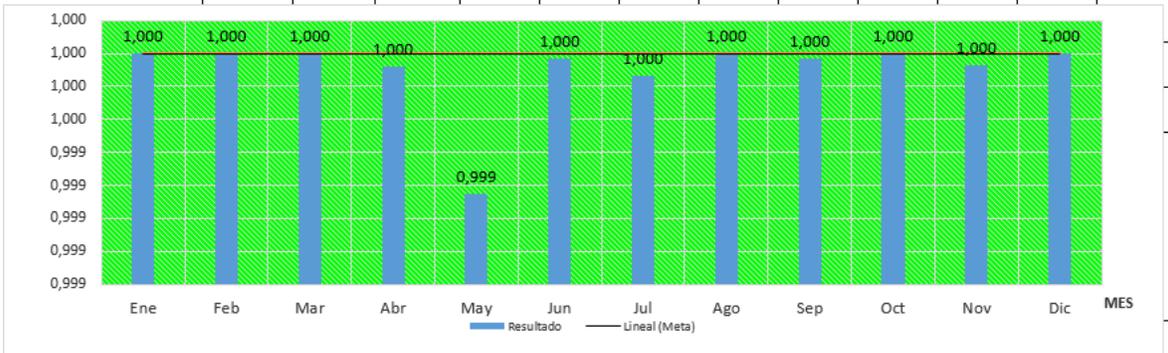


Adecuación de líquidos

La realización de este proceso generó durante el año, un aprovechamiento de \$12.624.386.

En cuanto a la gestión y control de inventarios, el trabajo en conjunto con el área de compras, las subdirecciones y las áreas asistenciales, permitió que las pérdidas por vencimiento de medicamentos y material médico quirúrgico bajaran de un 0.57% en 2017 a un 0.37% durante el 2018; dicho resultado obedece a estrategias como la revisión y actualización del vademécum institucional, revisión de guías de manejo, ajuste de factores de empaque de los productos de acuerdo a necesidades, selección de proveedores y acuerdos de compromisos de cambio entre otros, que permitan garantizar la disponibilidad de medicamentos seguros y de calidad para la atención de los pacientes.

Código del indicador		Nombre del indicador											
ADT-GF-18		Demanda Satisfecha											
Mes	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Resultado	1,000	1,000	1,000	1,000	0,999	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
Meta	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	



Demanda satisfecha

Finalmente, en el mes de Julio obtuvimos la recertificación por parte del INVIMA en Buenas Prácticas de Manufactura para la producción en Sitio por Compresor de Aire Medicinal, lo que nos permite durante 3 años producir Aire Medicinal cumpliendo con los estándares de calidad establecidos para la atención de nuestros pacientes.

Terapias y cuidados respiratorios

El modelo de atención del servicio de fisioterapia está encaminado a generar un proceso de evaluación que plantee los objetivos terapéuticos bajo un análisis integral que facilite el cumplimiento y reincorporación del individuo a sus actividades cotidianas, laborales, familiares o en tal caso un morir dignamente.

Procedimiento	Descripción
Fisioterapia cardiopulmonar y/o osteomusculares	10 Fisioterapeutas en hospitalización, urgencias y unidades de cuidado intensivo, consulta externa 24 horas/7 días, 18 pacientes aprox por turno de 6 horas
Fisioterapia	2 Fisioterapeutas en consulta externa 12 horas/6 días

Terapia ocupacional	1 Terapeuta ocupacional en hospitalización , urgencias y unidades de cuidado intensivo , consulta externa 8 horas/6 días
Fonoaudiología	1 fonoaudiólogo en hospitalización , urgencias y unidades de cuidado intensivo , consulta externa 8 horas/6 días
Gasometría arterial	Toma de muestra por interconsulta en hospitalizados y en consulta externa lunes, miércoles y viernes cada 10 minutos de 7:00 a 9:00 am
Oximetría	1 terapeuta Toma de oximetría en el proceso de atención hospitalaria y en consulta externa martes y jueves de 7:00 a 9:00 am
Ventilación mecánica (invasiva y/o no invasiva)	1 terapeuta en uci, 9 ventiladores en uci * 30 días 24/7 , según necesidad del servicio
Fibrobroncoscopia	Procedimiento que se asiste en salas de cirugía o en la unidad de cuidado intensivo

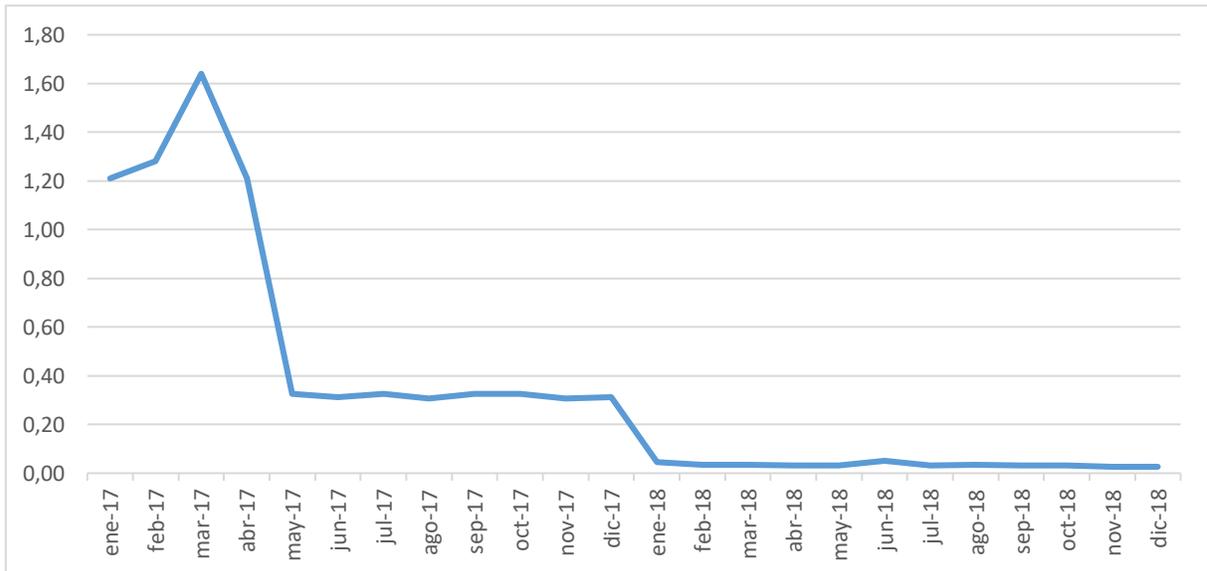
Tiempos de atención

Terapia respiratoria y/o fisioterapia cardiopulmonar	(tiempo de atención por interconsulta 20 minutos para paciente osteomusculares de 30 minutos, también depende de la condición y necesidad del usuario) 1 Fisioterapeuta en consulta externa Manejo de procedimientos respiratorios, nebulizaciones, terapia respiratoria)
--	--

<p>Fisioterapia</p>	<p>En consulta externa (tiempo de atención de 45 minutos) para trabajar terapéuticamente diferentes objetivos y así generar un impacto importante en la condición de salud sustentada en la prescripción del ejercicio terapéutico que contribuyan a mejorar ese estado de salud y establecer la adherencia al programa de rehabilitación el cual depende del fisioterapeuta como rehabilitador del movimiento corporal humano, respetando de manera efectiva desde su conocimiento los procesos fisiológicos de los tejidos , si un paciente esta con dos patologías de base , puede programar sus para el tratamiento de esas patologías . En horario de la mañana y tarde con dos horas para incluir a los pacientes de RBC</p>
----------------------------	--

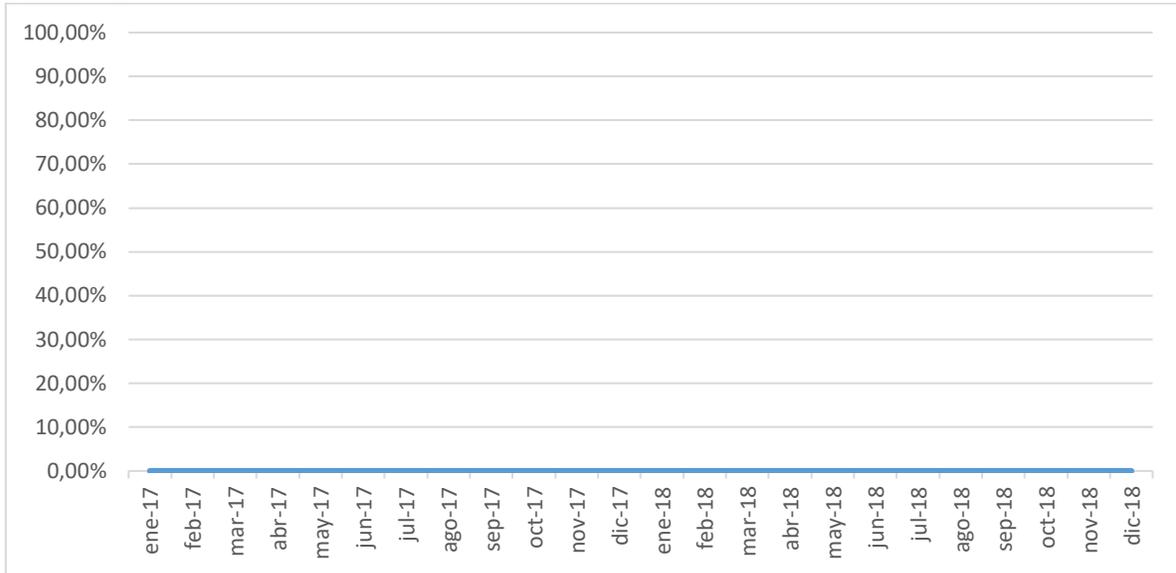
Indicadores de terapias y cuidados respiratorios

Promedio de oportunidad de cita ambulatoria



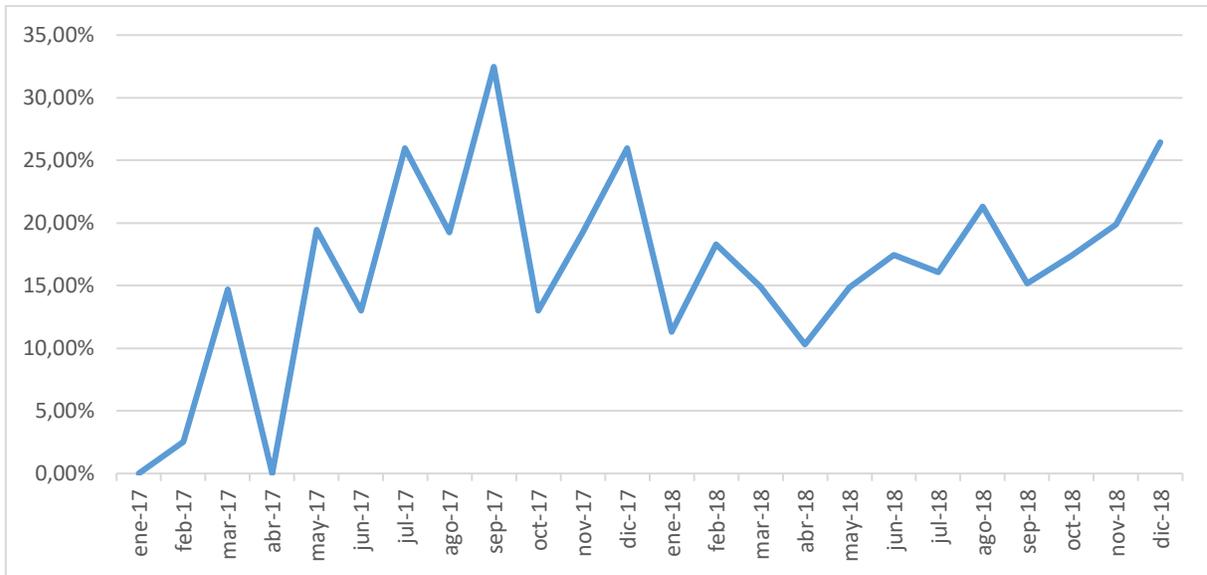
Promedio de oportunidad de consulta ambulatoria servicio de terapia

Tiempo de espera prolongado



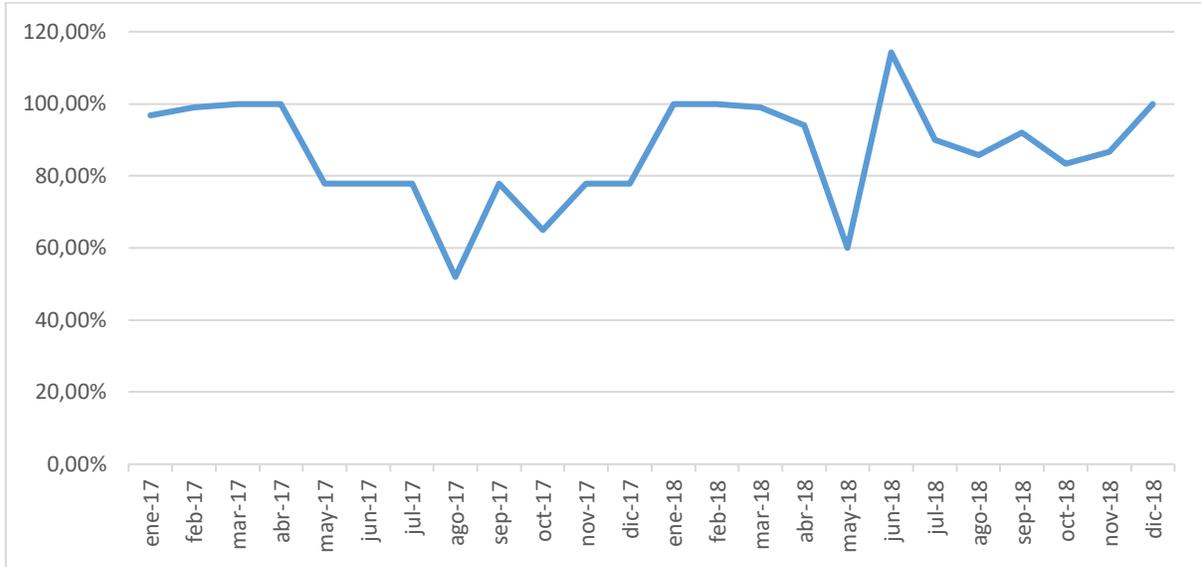
Tiempo de espera prolongado servicio de terapias

Pacientes no atendidos en el área de terapia



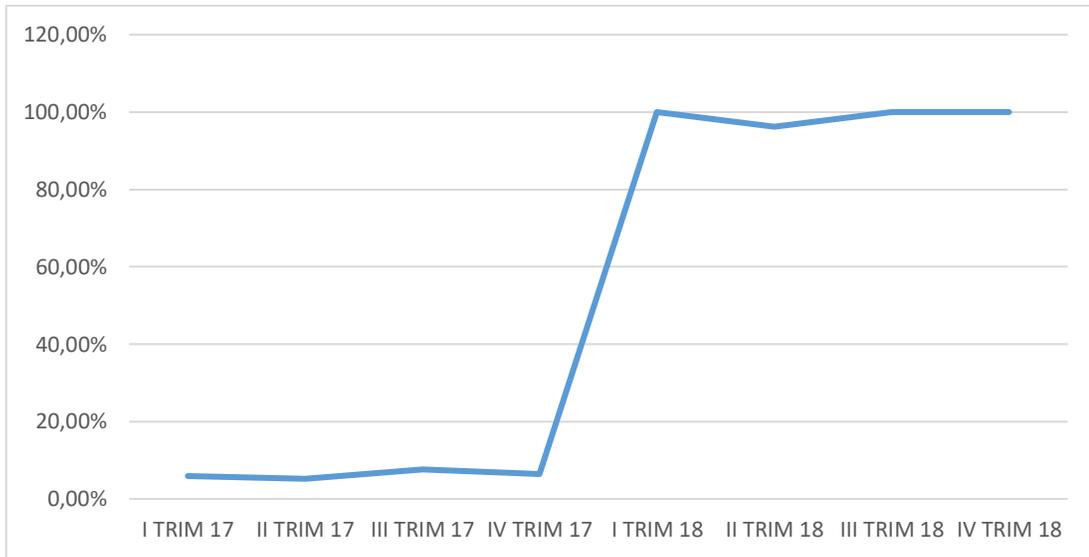
Pacientes no atendidos en el área de terapia

Porcentaje de adherencia a guías



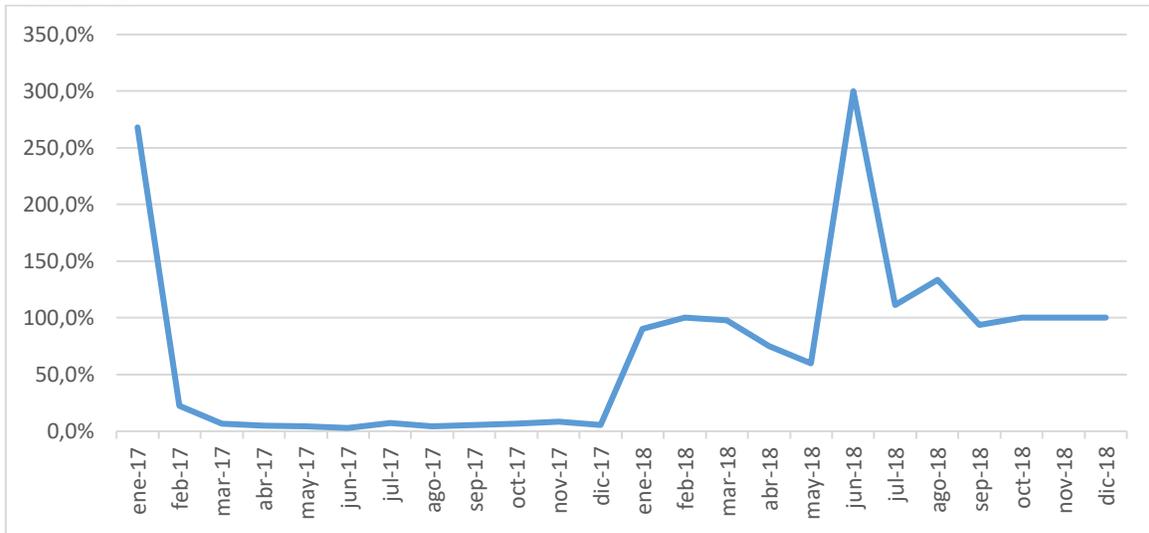
. Porcentaje de adherencia a guías

Proporción de pacientes satisfechos durante la atención



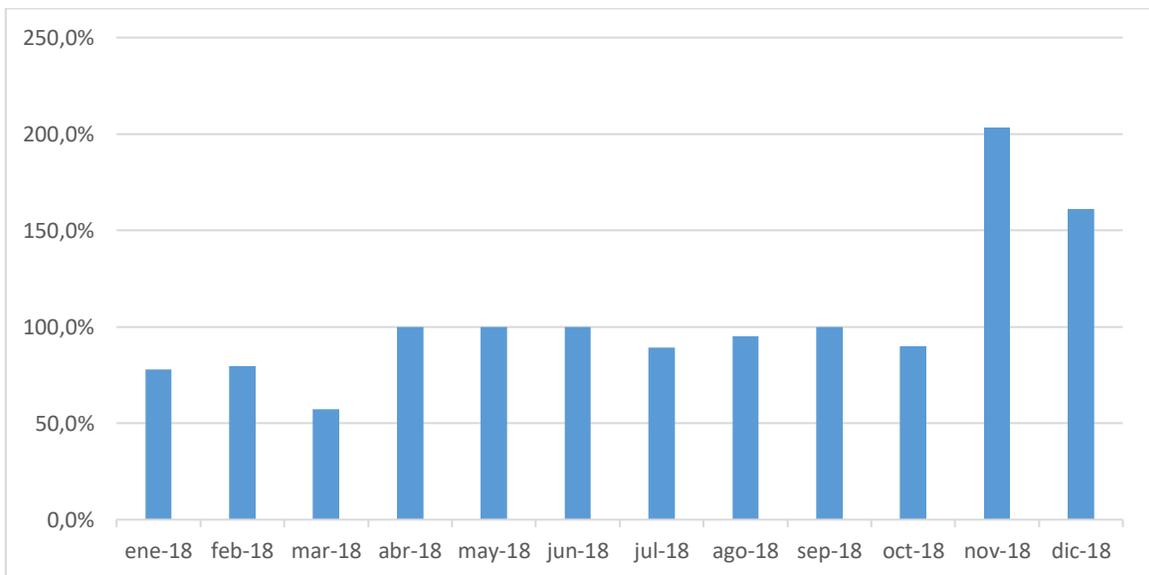
Proporción de pacientes satisfechos durante la atención

Porcentaje de las presiones del neumotaponador por debajo del valor



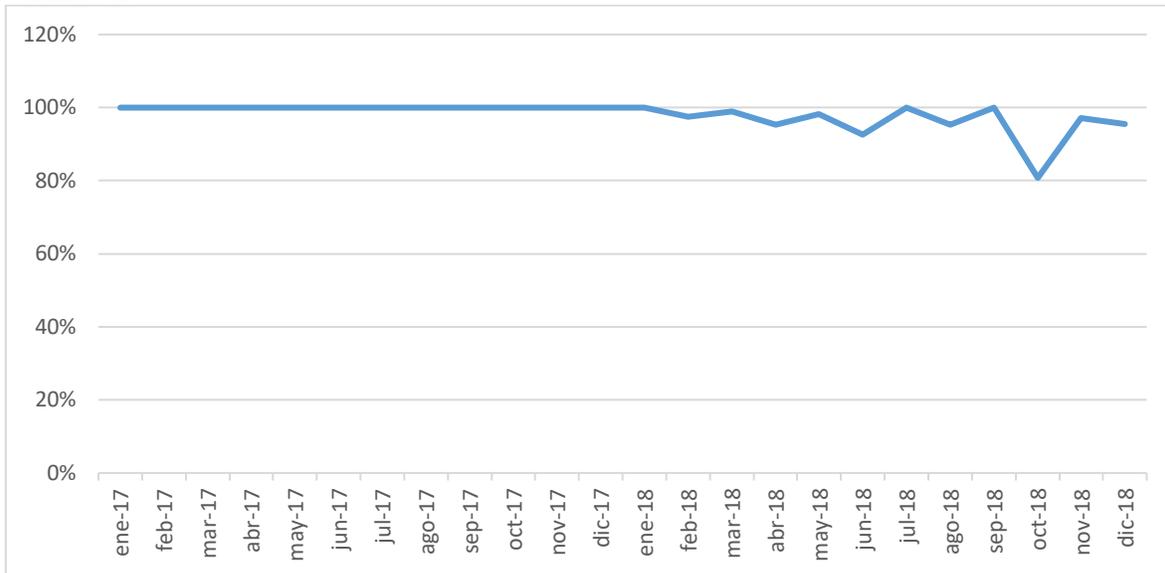
Porcentaje de las presiones del neumotaponador por debajo del valor

Porcentaje de tratamientos terminados



. Porcentaje de tratamientos terminados

% de adecuada aplicación de consentimiento informado



% de adecuada aplicación de consentimiento informado

Consulta externa

Durante el año 2018, se ofertaron 16 especialidades con un número de consultas de 10457 realizadas

ESPECIALIDAD	AÑO 2018												TOTAL	TENDENCIA
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre		
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	210	219	203	350	424	366	414	396	338	359	335	320	3,934	
ANESTESIA	189	201	166	130	149	110	108	126	107	117	121	138	1,662	
DERMATOLOGIA	87	72	74	79	103	71	65	66	59	74	66	60	876	
NEUROLOGIA	33	23	16	61	75	50	53	55	61	49	48	40	564	
NEUMOLOGIA	36	43	45	63	49	46	28	38	51	27	56	37	519	
UROLOGIA	74	41	33	42	43	52	39	37	47	40	28	26	502	
ENDOCRINOLOGIA	36	32	57	38	38	27	45	48	29	38	33	35	456	
CIRUGIA GENERAL	25	16	34	32	37	34	53	30	26	51	28	40	406	
CLINICA DEL DOLOR	20	31	31	29	32	28	31	23	26	32	16	23	322	
NEUROCIRUGIA	34	23	33	26	20	24	23	24	28	30	18	30	313	
CIRUGIA PLASTICA	12	13	7	22	34	23	32	17	24	44	35	17	280	
PSIQUIATRIA	9	19	10	22	22	17	18	7	26	21	12	15	198	
CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOG	7	17	14	15	19	11	20	22	9	9	20	8	171	
PSIQUIATRIA	11	10	10	13	15	12	7	13	10	10	11	12	134	
MEDICINA INTERNA	-	-	-	-	-	3	3	7	15	18	25	15	86	
CIRUGIA MAXILOFACIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	9	6	34	
Total general	783	760	733	922	1,060	874	939	909	856	938	861	822	10,457	

Fuente: Programa asistencial Clínica Nueva y estadística diaria consulta externa.

. Comportamiento de asignación de citas año 2018

Indicador de oportunidad

INDICADOR	ESPECIALIDAD	DIAS
DIAS DE ESPERA CITA PRIMERA VEZ	CIRUGÍA GENERAL	4,1
	MEDICINA INTERNA	3,4
	DERMATOLOGÍA	12,3
	NEUMOLOGIA	9,0
	NEUROLOGÍA	9,8
	NEUROCIROGIA	10,3
	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	10,6
	UROLOGIA	12,2

Fuente: Programa asistencial Clínica Nueva y estadística diaria consulta externa

. Oportunidad de atención por especialidades

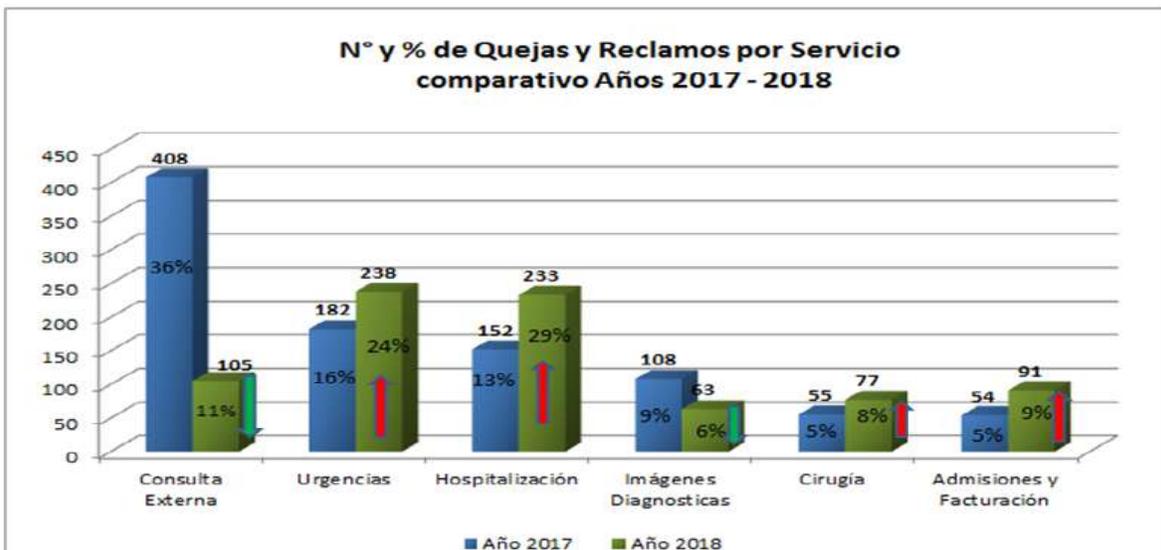
Tasa de inasistencia

ESTADO	CANTIDAD	%
TOTAL AGENDADAS	12.123	100
CANCELADAS	391	3,23
REPROGRAMA	225	1,86
NO ASISTE	1.050	8,7
ATENDIDOS	10.457	86,3

Fuente: Programa asistencial Clínica Nueva y estadística diaria consulta externa.

. Comportamiento de asignación de citas año 2018

Indicador de satisfacción del usuario externo e interno.



Fuente: Informe año 2018 comité acogida al usuario Clínica Nueva.

.Comparativo de No de quejas y satisfacción de usuarios 2017-2018

Enfermería

A continuación, se presenta la gestión generada por el departamento de enfermería a partir del cambio de su modelo de atención, la generación de indicadores, la coordinación del área de referencia y contra referencia, se presenta los ajustes generados desde el recurso humano de enfermería y el cumplimiento de actividades con el fin de garantizar la sostenibilidad de la institución

Se genera por parte del departamento de enfermería a partir del 1 de enero del 2018 un modelo basado en los principios establecidos en la plataforma estratégica como son la humanización y la seguridad. Para lograr esto se generan 4 ejes que garantizan cumplimiento, entrelazando el cuidado de enfermería, la adaptación, el cuidado del entorno y la integración del paciente con el fin de recuperar la salud, estableciendo al paciente como centro de la atención generando como objetivo el cumplimiento del proceso de atención basado en la adaptación de la persona, la implementación del modelo se cumplió en un 100%.



A partir de este modelo de adaptación se genera por primera vez en la institución indicadores propios de cuidado de enfermería con el fin de generar visibilidad del proceso de atención, trazabilidad en el cuidado y evaluar por aparte las actividades de desempeño individual de las enfermeras. Estos indicadores de acuerdo a planeación y estructura se inician con medición desde el 2 semestre del año obteniendo resultados para el fin del semestre, a continuación, se adjuntan imágenes de los indicadores generados durante el 2018 en el establecimiento del modelo de enfermería.

Calidad y control interno

Auditoria Calidad

Para el año 2018 desde Auditoria de Calidad se trabaja como META del Plan Operativo Anual, lograr el cierre de ciclos de mejoramiento documentado, con trazabilidad y análisis causal en un 80% mínimo sobre todas las oportunidades de mejora identificadas.

Para lograr cumplir con esta meta se desarrollaron actividades de capacitación a líderes y colaboradores de procesos en el manejo adecuado de planes de mejoramiento, incluyendo áreas asistenciales, administrativas y financieras, en tres sesiones de capacitación con 39 líderes capacitados.

Con participación permanente del área de calidad y auditoria, se interviene con el seguimiento de oportunidades de mejora que se identificaron desde los comités institucionales. En esta actividad se cumple el seguimiento mensual de planes por calidad y finalizando año por auditoria, con la respectiva retroalimentación a los líderes de procesos. Para el año 2018 se construyen y/o reorganizan con estas bases, planes de mejoramiento en procesos administrativos y financieros, que previamente no se tenían, y así se cumple con involucrar las diversas áreas en el mejoramiento continuo institucional.

Planes Año 2017 por Macroprocesos:

MACROPROCESOS - Año 2017	Núm. planes 2017
ADM	9
ADT	7
MEJ	9
PEA	6
Total general	31

Fuente: Software de calidad ESAC

Planes Año 2018 por Macroprocesos:

MACROPROCESOS - Año 2018	Núm. planes 2018
ADF	4
ADM	7
ADT	5
MEJ	8
PEA	8
Total general	32

Fuente: Software de calidad ESAC

Para el cierre del año 2018 en los procesos seleccionados en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad las siguientes actividades de mejoramiento planeadas:

Origen	N. actividades x origen	% por origen
Auditorias	68	27,64%
Comités	65	26,42%
Seguridad	46	18,70%
Mantenimiento habilitación	39	15,85%
Otros	14	5,69%
ICONTEC Acreditación	7	2,85%
Acreditación	3	1,22%
Indicadores	2	0,81%
Acuerdos de Servicio	2	0,81%
Revisión Gestión	0	0,00%
Paciente Trazador	0	0,00%
Total actividades diseñadas	246	

Fuente: Consolidado x Origen Planes de mejoramiento Año 2018 – Auditoría de Calidad

Atributo	N. actividades x Atributo
Seguridad	113
Información	55
Calidez	7
Oportunidad	28
Eficiencia	11
Continuidad	5
Coordinación	4
Accesibilidad	0
Competencia	8
Aceptabilidad	0
Pertinencia	5
Liquidez	0
Rentabilidad	0
Gestión / Actividad	1
Solvencia	0
Endeudamiento	0
Efectividad	9
Total actividades diseñadas	246

Fuente: Consolidado x Atributo Planes de mejoramiento Año 2018 – Auditoría de Calidad

De estas mejoras se logra una ejecución del **79,67%**:

Total Actividades	Terminadas	En Proceso	Retrasadas	Anuladas	No iniciada
	196	15	30	4	1
Num actividades evaluadas	% Terminadas	% En Proceso	% Retrasadas	% Anuladas	% No iniciada
246	79,67%	6,10%	12,20%	1,63%	0,41%

Fuente: Consolidado x Ejecución Planes de mejoramiento Año 2018 – Auditoría de Calidad

ACCIONES DE AUDITORIA 2018

En la Clínica Nueva se lleva un seguimiento permanente a los procesos de atención a través de tres niveles que se definen desde el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad. En el primer y segundo nivel, que incluye al nivel directivo, Comités Institucionales, Calidad y Auditoria Interna se intervienen las oportunidades de mejora que se detecten, y se documenta su desarrollo y trazabilidad a través de Planes de Mejoramiento por Procesos.

Desde la óptica de Auditoria a través de los Comités, se fortalece la participación activa del grupo de especialistas médicos y quirúrgicos en el análisis de casos en diversos espacios, como en el Comité de Auditoría, generando acciones de mejoramiento enfocadas en:

- Calidad de registros clínicos
- Optimización de interconsultas, y
- Gestión de Riesgo clínico

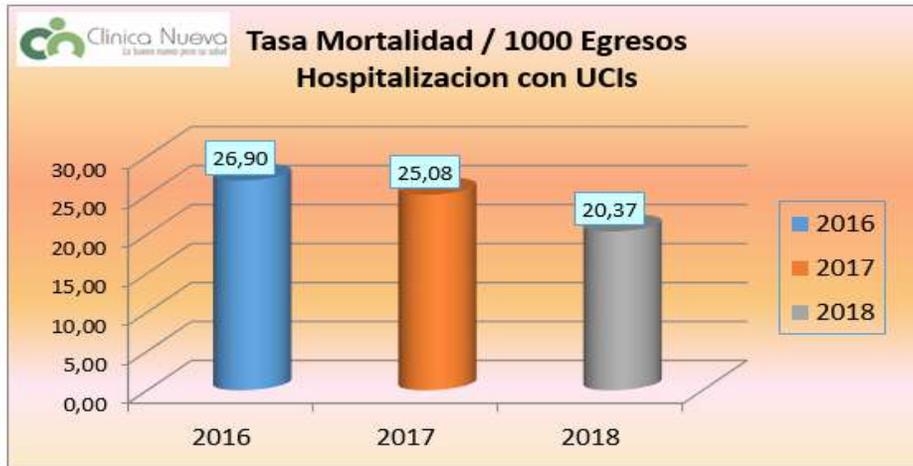
También dicha participación se fortalece en el Comité de Mortalidad, logrando impactar con análisis minuciosos, e implementando la Metodología de para el análisis de la mortalidad asociada a IAAS bajo los lineamientos de la Secretaria Distrital de Salud, aplicando la Herramienta de Tamización correspondiente.

COMPORTAMIENTO MORTALIDAD 2018

Del seguimiento realizado a través de este comité de Mortalidad se presenta el comportamiento de este hecho vital para el periodo 2018:

La tasa por egresos, de mortalidad hospitalaria (incluidas Ucis) presenta un mejor comportamiento año tras año, lo cual se puede interpretar como un mejor control del riesgo clínico.

AÑO	Tasa Mortalidad / 1000 Egresos Hospitalizacion con UCIs
2016	26,90
2017	25,08
2018	20,37
2019	



Igualmente la tasa por días estancia presenta esta misma tendencia negativa:

AÑO	Tasa Mortalidad / 1000 días Estancia Hospitalización con UCIs
2016	4,43
2017	4,24
2018	3,44
2019	



Fuente: Indicadores Mortalidad Año 2018 – Auditoría de Calidad

El comportamiento de defunciones es similar en ambos géneros, y concuerda con el comportamiento a nivel Nacional según Datos DANE que reporta para Colombia año 2018: En lo corrido del año 2018pr se presentaron 169.601 defunciones no

fetales, de las cuales el 55,1% correspondió a hombres y el 44,9% restante a mujeres:

Datos por trimestre vs Género Hosp mas UCI	FEM	MAS	T
2018 PRIMER TRIMESTRE	12	19	31
2018 SEGUNDO TRIMESTRE	14	15	29
2018 TERCER TRIMESTRE	7	12	19
2018 CUARTO TRIMESTRE	12	11	23
Total general	45	57	102
Porcentaje	44%	56%	

Fuente: Indicadores Mortalidad Año 2018 – Auditoría de Calidad

El comportamiento por grupo Etéreo muestra predominante el grupo mayor a 60 años, que presenta en general una comorbilidad alta, calificada desde el momento de ingreso a través del Índice de comorbilidad de Charlson:

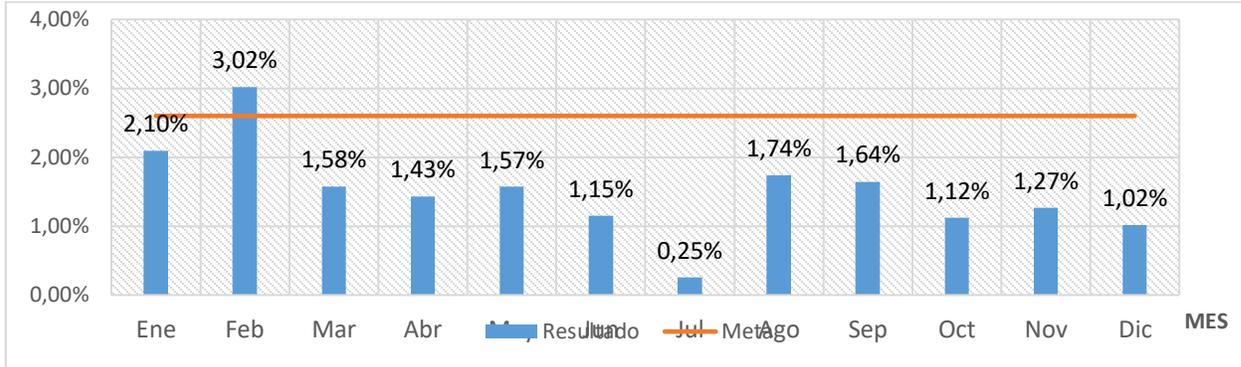
Defunciones x Grupo Etéreo 2018	TOTAL 2018	% por Grupo
15-44	9	8,8%
45-59	17	16,7%
Mayor a 60	76	74,5%
Total general	102	

Fuente: Indicadores Mortalidad Año 2018 – Auditoría de Calidad

Vigilancia Epidemiológica y control de infecciones

El comportamiento de los eventos relacionados con IAAS en el 2018 fue el siguiente:

Porcentaje de IAAS global 2018 Clínica Nueva

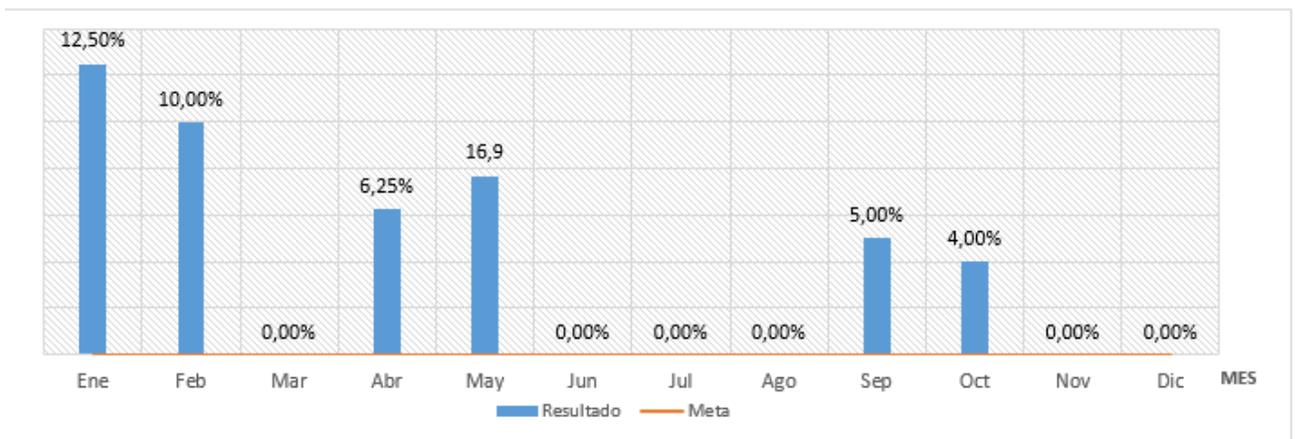


En relación a la tasa global de infecciones, la clínica presentó un índice de 1.49, comportamiento positivo si es comparado con el informe nacional de calidad en la atención en salud 2014 que reporto un índice de 1,31; teniendo en cuenta la complejidad de los pacientes que atiende la Clínica.

Para el control de infecciones asociadas a la atención en salud, la clínica ha implementado diferentes estrategias entre las que se incluye los paquetes BUNDLE para la prevención de infecciones como: bacteriemias asociadas a catéter, infección urinaria asociada a catéter, prevención de neumonía asociada a ventilador y prevención de infección de sitio quirúrgico.

La implementación de estas intervenciones ha tenido un impacto positivo en la disminución de las infecciones especialmente en las unidades de cuidado intensivo como se muestra a continuación:

Porcentaje de IAAS, Unidad de Cuidado Intensivo 2018

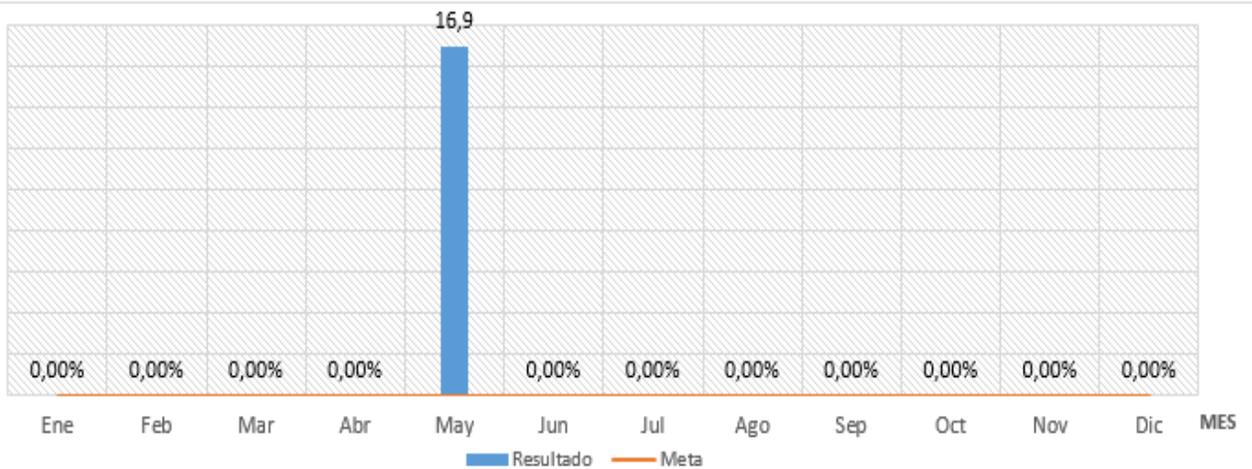


Tasa de Neumonía Asociada a Ventilación Unidad de Cuidado intensivo 2018

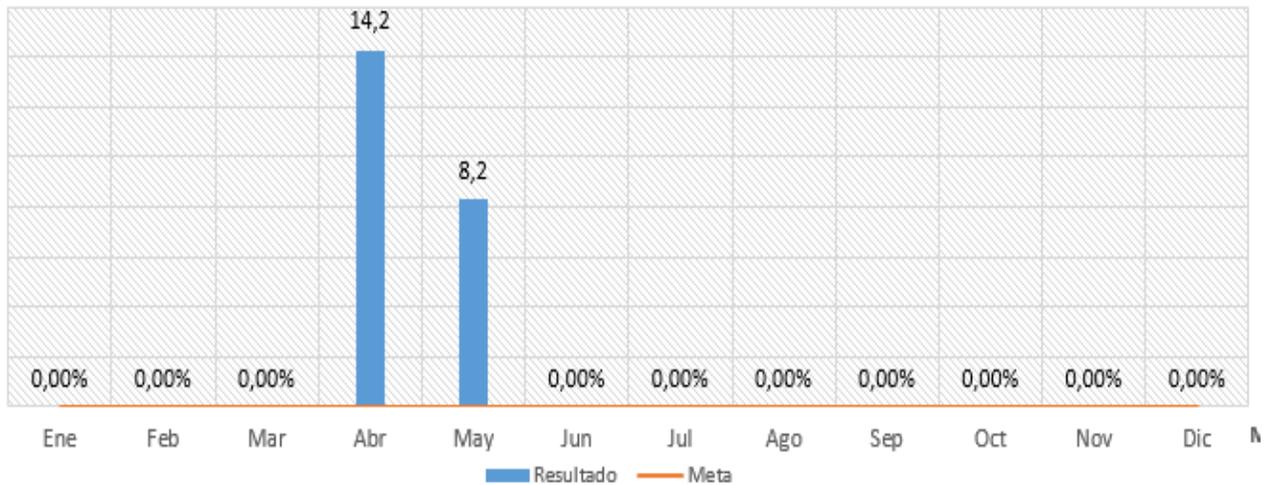
7



Tasa de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC) Unidad de Cuidado intensivo 2018



Tasa de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS-AC) Unidad de Cuidado intensivo 2018



Actividades de educación

Teniendo en cuenta la importancia de la formación del personal para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud; en el año 2018 se realizaron diferentes actividades en base a los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud (SDS).

En el primer semestre de 2018 se realizó la campaña **Respira sin IRA**, con el objetivo de fortalecer las prácticas para la prevención de infecciones respiratorias en la institución, con enfoque integral hacia el paciente, la familia y los colaboradores de la institución, se ubicó un póster al ingreso de la institución para indicar a los visitantes la etiqueta respiratoria, aspectos generales de la infección respiratoria aguda y uso correcto del tapabocas; adicional a esta actividad se publica de forma continua en las pantallas informativas de la institución un video sobre la higiene de manos como una de las principales estrategias en la prevención y control de infecciones.

SABER TOSER O ESTORNUDAR CORRECTAMENTE



Evite contagiar a los demás,



cubriendo la nariz y boca con un pañuelo desechable, el cual se debe depositar en la basura



o doble el brazo para cubrir nariz y boca

Afiche etiqueta respirato Afiche respira sin ira

USAR ADECUADAMENTE EL TAPABOCAS



Siempre que tengamos tos o gripa

- ★ El tapabocas debe cubrir nariz y boca.
- ★ Se debe cambiar por uno nuevo en cuanto se humedezca



- ★ El borde rígido del tapabocas debe colocarse sobre el puente de la nariz haciendo presión con dedo pulgar y el índice.
- ★ Coloque las tiras elásticas en la parte de atrás de las orejas.
- ★ Lávese las manos antes de ponerlo y al retirarlo.



Si se presentan alguno de estos síntomas, debe acudir al médico:

- ★ Asfixia o dificultad para respirar
- ★ Dolor de pecho al respirar o toser
- ★ Decaimiento o cansancio excesivo
- ★ Expectación verdosa o con pintas de sangre
- ★ Fiebre de difícil control mayor de 39 °C (más de 3 días)

Afiche uso correcto del tapabocas

La implementación coordinada de las políticas de calidad, seguridad, prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud, ha permitido controlar los riesgos en la gestión clínica, fortaleciendo las prácticas de seguridad y promoviendo el reconocimiento de la clínica como una institución prestadora de servicios de salud de calidad entre los pacientes y su familia

Acogida al usuario

La Clínica Nueva continúa con un equipo de personas dedicadas a escuchar y acompañar a los usuarios en áreas de hospitalización, urgencias, cuidado crítico y ambulatorios con el propósito de identificar, gestionar y responder a sus necesidades, expectativas, quejas, reclamos, sugerencias y solicitudes, les informan sobre los procesos de atención, realizan visitas a los pacientes hospitalizados, promueven la difusión y el cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes, una vez concluye todo el proceso de atención los entrevistan para aplicar evaluaciones sobre los servicios brindados y generar información para el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios.

En el acompañamiento del personal de acogida al usuario a pacientes, acompañantes y visitantes en hospitalización, urgencias y servicios ambulatorios durante el año 2018, se identificaron **17.736** necesidades, se gestionaron personalmente de forma inmediata **17.734** de las cuales fueron satisfechas **17.687** con una proporción de necesidades satisfechas del **99.72%**

Se recibieron en el año **6.637** comentarios formales de los usuarios como PQRSF a través de los 16 buzones, línea telefónica, personal, página web, correo electrónico o físico, gratamente correspondieron a: Felicitaciones y agradecimientos el **78%** es 8% más que el año anterior, Quejas y reclamos el **15%** es 7% menos que el año anterior, Sugerencias el **4%** es igual y Solicitudes el **3%** es 1% menos. El tiempo promedio de respuesta a los usuarios sobre sus quejas, reclamos, sugerencias y solicitudes fue de **3** días. Calidad y control interno verifico que se efectuaron **475** acciones de mejoramiento registradas en las respuestas a pqrs, logrando 90% de ejecución.

Como resultados de la evaluación de satisfacción de nuestros usuarios con el servicio recibido, a través de entrevista telefónica donde se aplicó encuesta a **3.048** pacientes y sus acompañantes una vez terminaron todo su proceso de atención, consolidamos resultados de proporción de usuarios satisfechos con la atención recibida del **98.20%** y como indicador de fidelización el **98.75% recomendarían** la Clínica Nueva a familiares y amigos

Entre las estrategias para promover y velar por el conocimiento y adherencia a los Derechos y Deberes de los pacientes y su familia, en Septiembre como es costumbre hace años, se realizó 15 talleres de capacitación dirigidos a trabajadores, sobre derechos y deberes de las personas en el sistema de salud, con una asistencia de **389** trabajadores llegando a una cobertura del **92%** El resultado en las evaluaciones es que los trabajadores conocen el **87%** de todos los derechos y deberes contemplados en la declaración institucional y consideran que se cumplen en un **97%**. En las 3.048 encuestas aplicadas a pacientes y su familia, el **98.69%** de

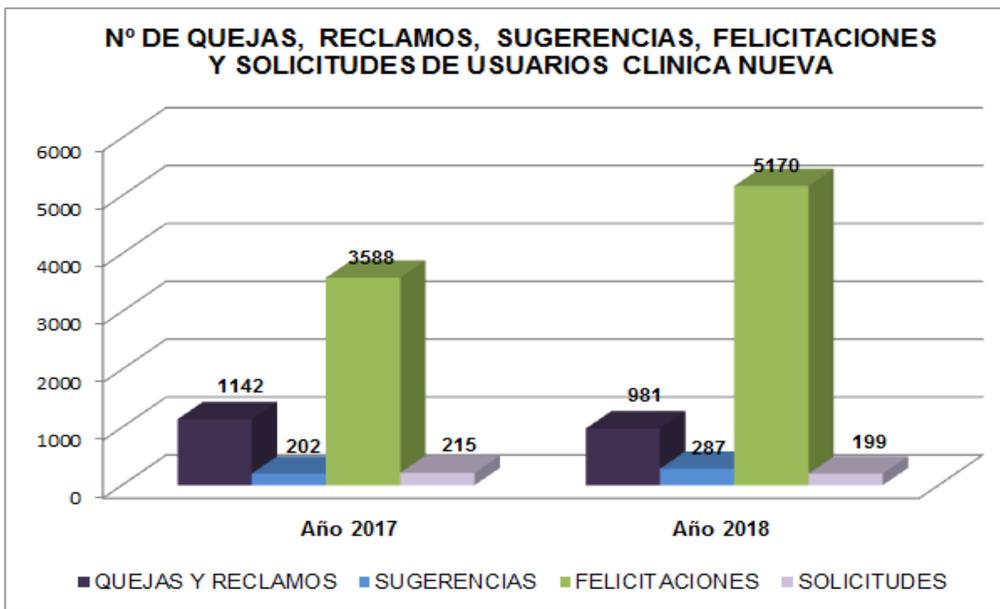
los pacientes consideraron que se cumplieron todos sus derechos durante su atención.

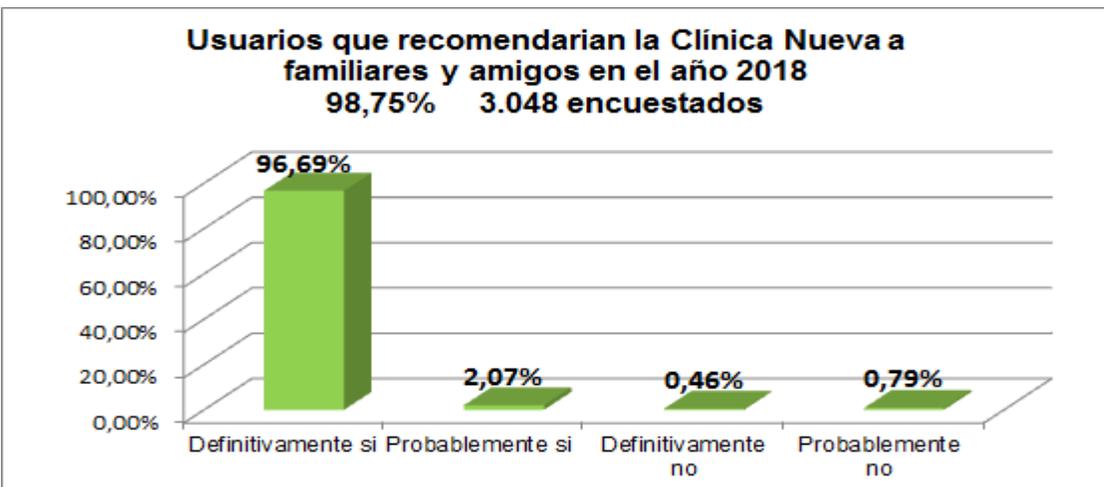
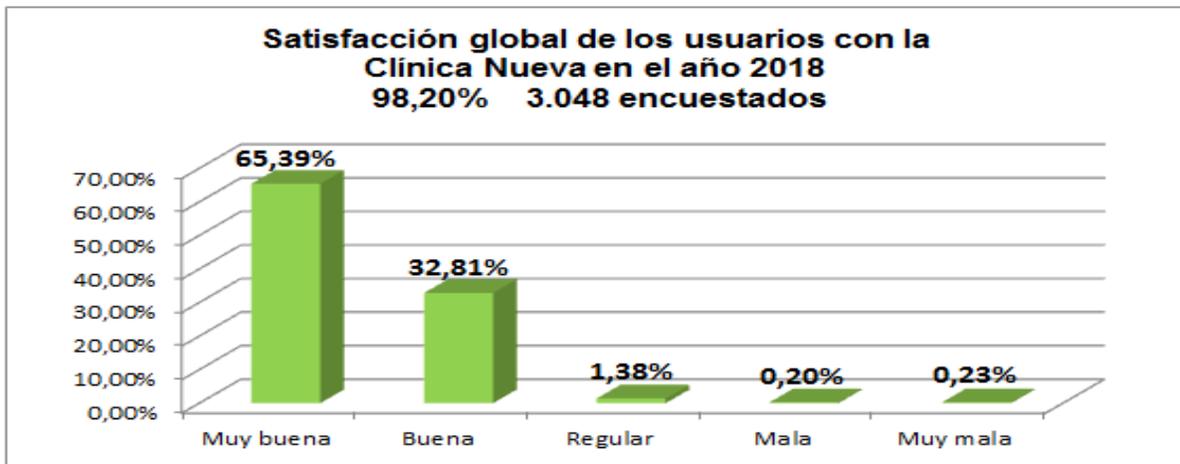
En cuanto a las actividades para entretenimiento de los pacientes y compartir un momento de distracción con sus visitantes, se realizaron 221 préstamos de juegos en habitaciones de hospitalización.

Se efectuaron 12 reuniones mensuales del Comité de Acogida al usuario con participación del director general, los subdirectores y los coordinadores o jefes de servicios, para realizar seguimiento, análisis, gestión y tomar decisiones para el mejoramiento continuo frente a los comentarios de los usuarios.

La Asociación de Usuarios de la Clínica Nueva conformada desde el año 2012 continua con usuarios altamente comprometidos con la institución, quienes se reunieron mensualmente y participaron activamente en cada reunión donde se presenta el informe de Acogida al usuario en el cual se consolida información correspondiente a los procedimientos para escuchar la voz del usuario y se explica el contenido del informe correspondiente a PQRS, los indicadores de respuesta a los usuarios, resultados de encuestas para evaluación de la atención respecto a satisfacción general, con el trato y la comunicación, derechos y deberes del paciente, atención personalizada e informa novedades relacionadas con cambios y mejoras en los servicios.

A partir del 1 de Noviembre se amplió el horario para visitas a pacientes en unidades de cuidado intensivo e intermedio a 6 horas todos los días, 3 en la mañana y 3 en la tarde, fortaleciendo el vínculo y apoyo entre familiares y amigos.





Seguridad del paciente

La seguridad del paciente se ha venido consolidando como una prioridad en las agendas nacionales e internacionales debido a su gran impacto en la prevención de efectos no deseados secundarios a la atención en salud; llevando de forma paulatina a una mayor concientización de los profesionales de la salud por ofrecer atención de calidad, segura y basada en evidencias científicas

En el año 2007 Colombia impulsa una política de seguridad del paciente liderado por el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud dando respuesta a la iniciativa mundial de trabajar en pro de la seguridad del paciente.

Siguiendo estos lineamientos, la Clínica establece dentro de su planeación estratégica la implementación del programa de seguridad del paciente como un elemento transversal a los procesos de atención de la institución.

Implementado las 7 metas de seguridad, el objetivo principal del programa es promover una cultura de seguridad entre los trabajadores y pacientes, desplegando recursos para desarrollar un modelo de atención sistemático que ha tenido resultados significativos en el fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios de la institución de cara a la promoción de la seguridad del paciente. Este modelo incluye actividades como:

- Identificación, prevención e intervención de los factores de riesgo para los pacientes, durante los procesos de atención, con visualización en todos los identificadores de paciente y gestión por los profesionales.
- Elaboración y aplicación de estrategias que permiten disminuir el riesgo y mejorar la seguridad de los usuarios atendidos, definiendo competencias y responsabilidades.
- Adopción e implementación de recomendaciones avaladas por los entes gubernamentales e instituciones reconocidas en los ámbitos nacional e internacional y requeridas por las diferentes evaluaciones externas a las que la institución se ha comprometido en forma voluntaria y en cumplimiento de normatividad vigente, es por ello que la clínica continúa fortaleciendo mes a mes las metas internacionales, con cada una de las actividades implementadas y seguidas a través de los indicadores.
- Definición de la atención centrada en el usuario y su familia como una prioridad inmersa en todos los procesos y procedimientos que tiene la Institución y que contribuyen a la información y satisfacción del usuario de nuestros servicios.
- Así mismo, siendo la Política de Seguridad del Paciente la expresión del compromiso de la Institución con la mejora de las condiciones estructurales y de sus procesos en busca de niveles de excelencia en esta materia, la Clínica ha incluido este compromiso dentro del contexto de la política integral de calidad, congruente con su direccionamiento estratégico.
- La plataforma de sistema de reporte de eventos adversos SIREA la se encuentra disponibles en todos los equipos de cómputo de la institución al que se puede acceder a notificar los indicios de atención insegura para

posteriormente realizar toda la trazabilidad desde el líder del programa, con la metodología de análisis con protocolo de Londres, identificando y gestionando el riesgo en la atención del paciente y fortaleciendo una cultura de auto reporte.

- Identificar el riesgo alto de caída con la escala de Downton, el punto azul en la manilla de identificación y otro en el identificador de cabecera, generando todas las medidas preventivas para evitar las caídas en la institución.
- Uso de estrategias alternativas, como por ejemplo camas bajas, traslado seguro y ejercicios de entrenamiento y dispositivos de alarma para pedir ayuda.
- Llevar a cabo evaluaciones de los riesgos del entorno, de manera multidisciplinaria (personal de salud, técnicos, administradores, etc.), y eliminar o minimizar los peligros (p.ej. secado del suelo, artículos personales al alcance, uso de dispositivos, compañía permanente).
- Articulación de las líneas de vigilancia que son: **farmacovigilancia** que permite intervenir de manera activa y pasiva en los procesos de la cadena de medicamentos, generando lineamientos y directrices a los profesionales, pacientes y/o familiares y realizando reportes al Invima, **tecno vigilancia** que fomenta buenas prácticas en el uso de equipos biomédicos, **hemovigilancia** que lidera las buenas prácticas relacionadas con el servicio transfusional y la seguridad de los componentes sanguíneos, **reactivo vigilancia** que promueve actividades para la identificación de defectos en la calidad de los reactivos de diagnóstico in vitro.
- En Cirugía segura se fortaleció las paradas quirúrgicas implementando los tableros en cada una de las salas de cirugía. Ver imagen.





un minuto para completar.
un evento que se puede evitar

Identificación del paciente: Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre: _____ Identificación: _____

Alergias: _____ Procedimiento: _____

Hab: _____ EPS: _____ RH: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Grupo Quirúrgico:	Momento Quirúrgico:	Hora:
Cirujano: _____	Pausa Quirúrgico: _____	
Anestesiólogo: _____	Inducción Anestésica: _____	
Ayudante: _____	Inicio Cirugía: _____	
Instrumentador: _____		
Circulante: _____		

Verificar:

Reserva UCI: _____

Reserva Sangre: _____

Profilaxis Antibiótica: _____ Hora: _____

Refuerzo Antibiótico: _____ Hora: _____

Lateralidad:

Derecha



Izquierda

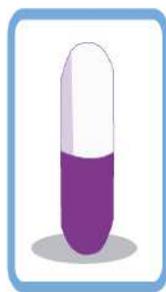


	Recuento de Material		
	Inicial	Parcial	Total
Hoja Bisturí			
Aguja			
Compresas			
Gasos			
Otros			

- Desde farmacovigilancia se implementaron actividades de cara a fortalecer las buenas prácticas como: clasificación medicamento según el riesgo: Naranja medicamento de alto riesgo, azul medicamento similar, aplicación de los 10 correctos, pacientes con alergia identificados con punto rojo.



META 3 Mejorar la seguridad en los medicamentos de alto riesgo



Los medicamentos son clasificados de acuerdo a su riesgo:

- Naranja: medicamento de alto riesgo
- Azul: medicamento similar

Aplicamos siempre los 10 correctos antes de administrar medicamentos.

Los pacientes con alergias son identificados con manilla de color rojo.

- En hemovigilancia se implementó la “parada transfusional” que consiste en la entrega y verificación del componente sanguíneo, que se realiza entre la bacterióloga, la profesional de Enfermería y auxiliar de Enfermería, donde se verifica, nombres completos, datos del paciente, tipo de hemocomponente, número de unidad, lote, este proceso se realiza en la habitación de cada paciente, con el ánimo de disminuir los posibles indicios de atención insegura.
- En identificación del paciente se fortaleció la meta, unificando la manilla blanca universal y con arte roja para los pacientes alérgicos, el identificador

de cabecera con los riesgos identificados para que los profesionales los gestionen en cada una de sus atenciones.

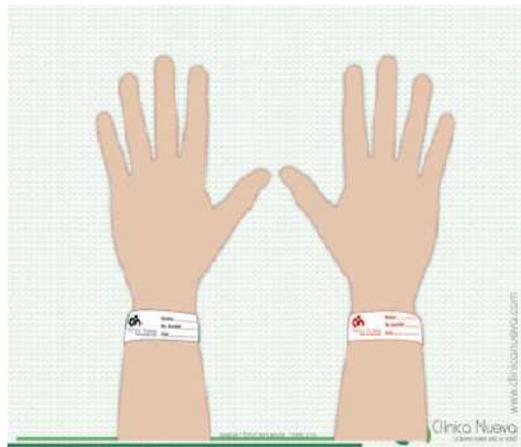
Identificación y gestión del riesgo clínico

- Identificación del paciente:
- Nombres: Apellidos:
- Id: Edad:
- Anti coagulado  E. Branden
- Alérgico  Riesgo caída 



A < 12
M 13-14
B > 15-16

www.clinicanueva.com



Nombre: _____
Id: _____ Fecha de ingreso: _____
Edad: _____ Alergias: _____

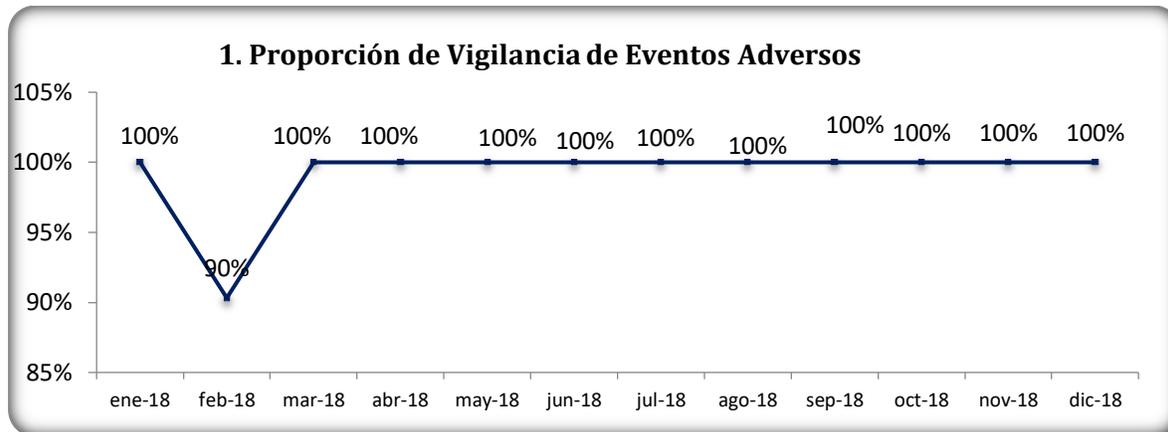


Nombre: _____
Id: _____ Fecha de ingreso: _____
Edad: _____

Otra actividad en la que se participa mensualmente en reuniones de interés en temas relacionados con seguridad del paciente es la del grupo interinstitucional, donde participan 12 instituciones acreditadas, siendo este un espacio de referenciación y actualización.

Indicadores

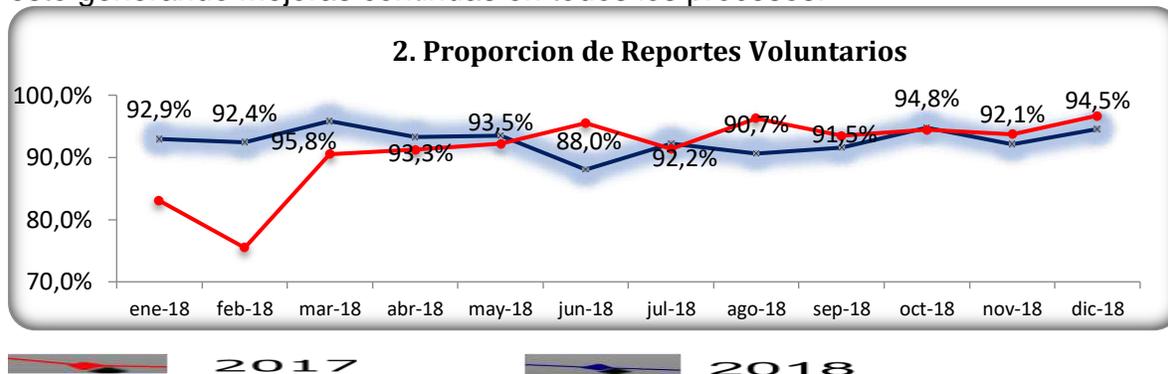
Toda esta intervención ha tenido resultados positivos en la calidad de la atención que la clínica brinda a sus pacientes a continuación se presenta algunos de ellos:



Para el año 2018 se observa mayor adherencia al reporte y gestión de los eventos con un promedio del 99 % durante el año. Para impactar este indicador se tienen líderes o coordinadores que son los encargados de realizar toda la investigación

Con la metodología de protocolo de Londres y su posterior seguimiento a plan de mejora si amerita.

De igual manera podemos presentar como un punto positivo el grado de cultura a nivel de la institución donde se ha incrementado el número de reportes voluntarios, esto generando mejoras continuas en todos los procesos.



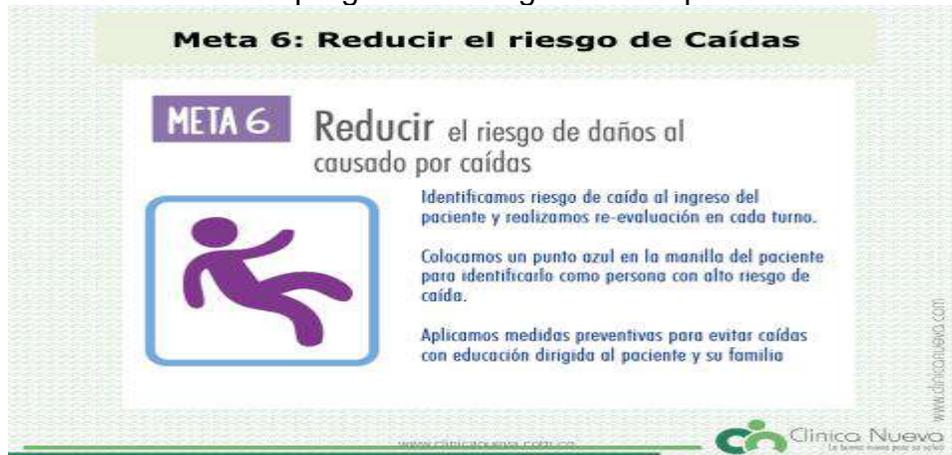
La prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería, Las caídas son efectos adversos que se presentan diariamente en el ámbito hospitalario. Aunque todos los pacientes tienen, en alguna medida, riesgo

de caerse durante su estancia hospitalaria, existen múltiples factores asociados al aumento del riesgo que sería necesario detectar a través de instrumentos de evaluación, que identifiquen al paciente de alto riesgo y así poder reducir el número de caídas.

La prevención de caídas es una obligación de seguridad compartida por el equipo multidisciplinario de salud, para prevenir las caídas en la institución, se han desarrollado protocolos, implementación de la escala de riesgo de caídas de J.H. Downton con el fin de documentar y gestionar oportunamente el riesgo, implementar acciones preventivas y posteriormente la verificación del impacto con las listas de adherencia donde el personal asistencial debe ejecutar simultáneamente acciones de prevención, educación y orientación al paciente y la familia además de documentarlas en la historia clínica.

La adherencia se realiza desde seguridad del paciente con seguimientos programados con “lista de chequeo evaluación y adherencia protocolo de prevención de caídas” en ella se evalúa: clasificación del riesgo al ingreso y en cada turno, registro de plan de cuidados según riesgo en notas de enfermería, identificación visual del riesgo (punto azul en manillas e identificador del paciente) uso de los recursos para la prevención, y la educación que se ofrece al paciente y

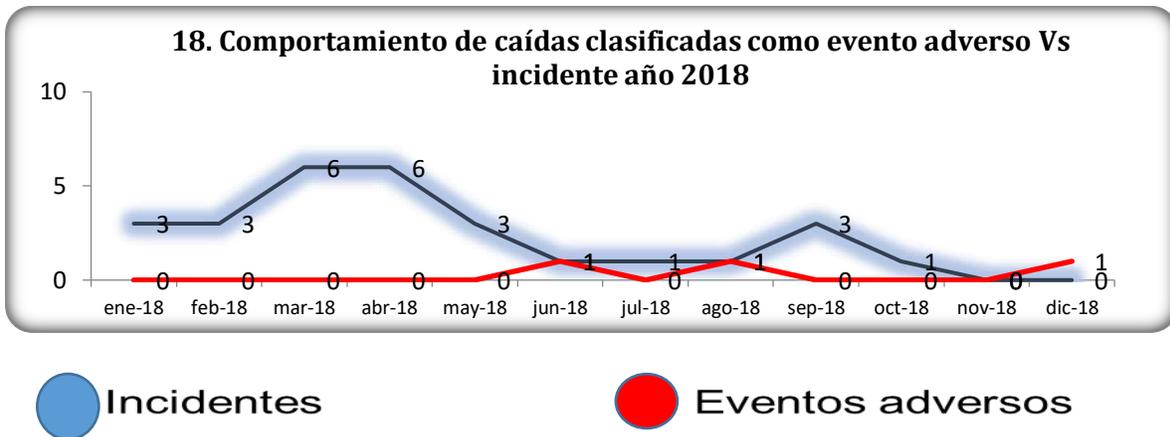
Su familia sobre el riesgo de caídas y los cuidados, junto con la entrega de folleto informativo sobre el programa de seguridad del paciente



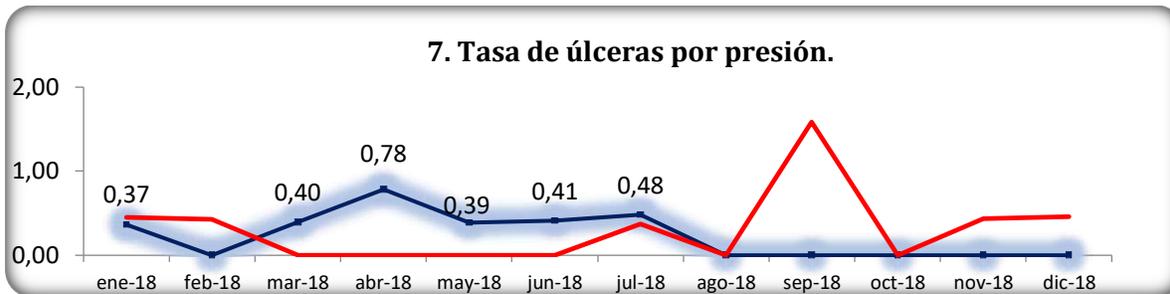
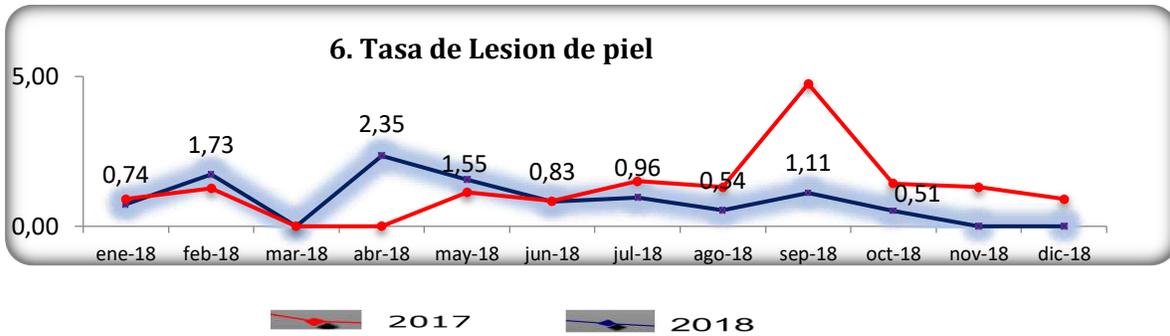
Desde la implementación de esta estrategia, el número de caídas de pacientes ha disminuido considerablemente, por lo que la medición y seguimiento de esta estrategia ha sido determinante para mejorar la calidad de la atención de enfermería. Durante el año 2018 se documentaron 3 caídas clasificadas como eventos adversos, en relación con el año anterior donde se presentaron 12 caídas y la identificación y notificación de los incidentes que no se realizaba por no causarle daño al paciente, para este año se incrementó posterior a la socialización del protocolo con la implementación de las barreras de seguridad, logrando un impacto positivo en la institución.



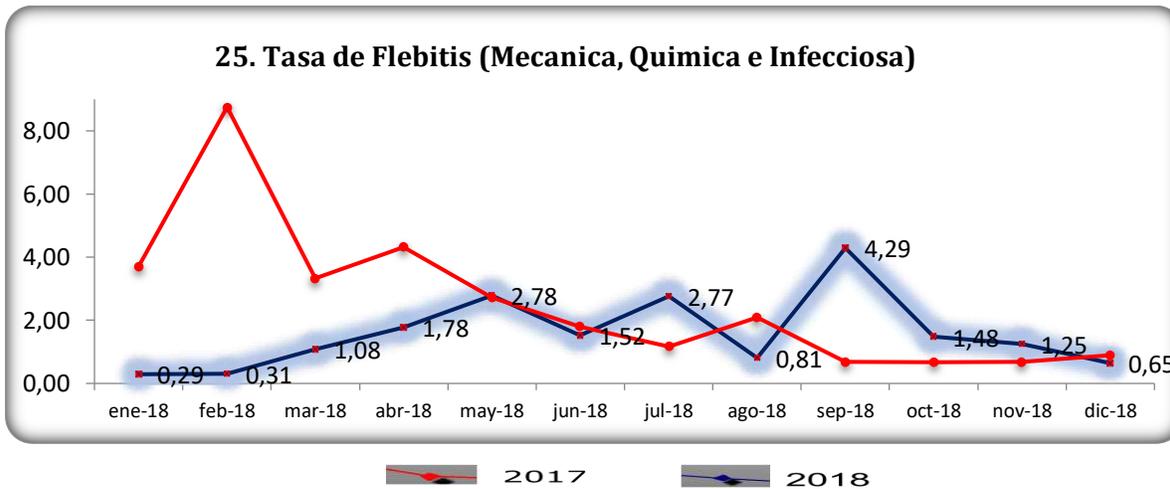
El seguimiento se realizará a través de los indicadores, identificando fallas e interviniendo según los resultados obtenidos, para el año 2018 se observa una disminución en los eventos adversos y se reporta de manera más espontanea los incidentes.



De otra parte para el año 2018 se estableció como meta del POA, fortalecer en un 30% la implementación de la séptima meta internacional de seguridad del paciente "PREVENCIÓN DE LESIONES DE PIEL Y ULCERAS POR PRESIÓN", para lo cual se plantearon dos fases: de implementación de buenas prácticas y herramientas en prevención de lesiones de piel y/o UPP y la realización de seguimiento a través de los Indicadores, mostrando un impacto muy positivo hacia el segundo semestre donde vemos una disminución en la severidad y tipo de lesiones de piel y la usencia de upp desde el mes de agosto.



Por otra parte durante el año, se programaron talleres, capacitaciones y retroalimentación con el lema “flebitis zero” donde se realizó acompañamiento en los servicios, se reforzaron temas relacionados con la identificación, seguimiento y evaluación de la flebitis, logrando mayor adherencia a los protocolos.



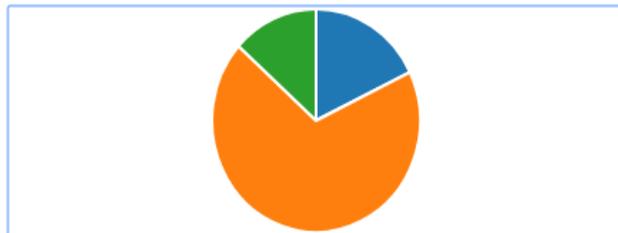
La evaluación del clima de seguridad del paciente se mide a través de la encuesta AHRQ, valiéndose de un instrumento para medir las doce dimensiones que definen la seguridad del paciente y que puede ser utilizada para identificar los aspectos susceptibles de mejora y monitorizar su evolución; dentro de sus preguntas, una que está direccionada a conocer de manera general la percepción de los funcionarios frente a si ha avanzado en seguridad del paciente; en este sentido, los

resultados obtenidos indican que el 18% excelente, el 69% muy bueno y el 13 % aceptable, mostrando que un (87%) de los encuestados califican entre excelente y muy bueno los avances que han desarrollado a nivel institucional.

7. Sección E: Nivel de seguridad en la atención de Pacientes Por favor califique el nivel general de Seguridad de la Atención de pacientes en su servicio o área de trabajo.

[Más detalles](#)

Excelente	20
Muy Bueno	77
Aceptable	15
Pobre	0
Malo	0



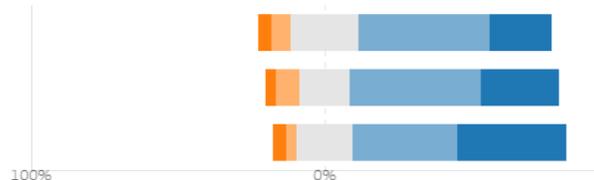
El personal en general percibe que se está trabajando en la Clínica en pro de la seguridad del paciente y que se involucra al personal en dicha mejora, se realiza capacitación y seguimiento continuo.

6. Sección D: Frecuencia de Reporte de Incidentes En su servicio o área de trabajo, cuando suceden los siguientes errores, ¿con que frecuencia son reportados? Piense en su servicio o área de trabajo de la clínica.

[Más detalles](#)

■ Nunca
 ■ Rara Vez
 ■ Algunas Veces
 ■ La mayoría de las veces
 ■ Siempre.

1. ¿Cuándo se comete un error, pero es detectado y corregido antes de afectar al paciente, que tan...
2. ¿Cuándo se comete un error, sin riesgo potencial para el paciente, que tan frecuentemente se reporta?
3. ¿Cuándo se comete un error, que puede lesionar al paciente, pero no sucede, que tan frecuentemente s...



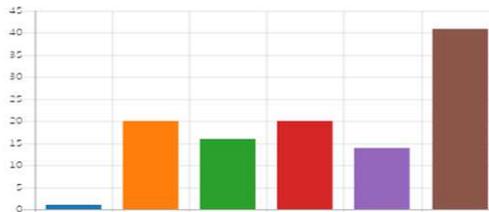
Con relación a auto reporte de los eventos en cada una de las áreas de trabajo aproximadamente el 70% son reportados, lo que se ha incrementado día tras día con la sensibilización y cultura del reporte.

16. 6. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en su profesión?

[Más detalles](#)

- Menos de 1 año
- b) 1 a 5 años
- c) 6 a 10 años
- d) 11 a 15 años
- e) 16 a 20 años
- f) 21 años o mas

1
20
16
20
14
41



Con respecto a la cultura de seguridad se observa que la mayoría del personal tienen entre 10 y 20 años de trabajo en la institución, por lo cual tienen mayor percepción de lo que se ha trabajado a través de los años en temas relacionados con la seguridad del paciente y hacen parte de su implementación; adicional una de los objetivos del programa es la socialización mensual del comportamiento de los eventos adversos en los comités, reuniones primarias, revisión por la gestión, también se realiza inducción y reinducción al personal nuevo en la institución con el objetivo de hacerlos parte de los procesos de calidad y continuar trabajando en la cultura de seguridad del paciente.

El trabajo de promoción de la cultura de seguridad es continuo por esta razón año tras año se realiza la semana de la seguridad, por ejemplo para el 2018 se realizó una campaña enfocada a promover las buenas prácticas en la prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IAAS) a través de actividades lúdicas, talleres y conferencias salud bajo el lema “**Asiste, aprende y gana con la liga de la seguridad**”.

(Ver imágenes semana de la seguridad)



COLABORADOR VIVE EL MES DE LA SEGURIDAD.

Asiste, aprende y gana
CON LA LIGA DE LA SEGURIDAD
AGOSTO DE 2018







LUNES 13		MARTES 14		MIÉRCOLES 15		JUEVES 16		VIERNES 17		LUGAR	
Inauguración Dr. Rodrigo Quijano V. <i>Brachy Cirujano Nueva</i> 7.00 am		Conferencia La seguridad como factor importante en la provisión de IAAS <i>Infectiología Epidemiológica: María del Pilar Corrales</i> 7.30 am		Conferencia Limpieza y desinfección eje fundamental en la prevención de infecciones <i>Coleman Epidemiología: Germán García Loverde</i> 7.00 am		Conferencia Programa de gerenciamiento de antibióticos PROGEA <i>Química Farmacéutica: Guillermo Arcila</i> 7.00 am		Taller Inserción y cuidados de PICC (Arrow) Salón de internet 7.30 am		Auditorio 5. 0 piso Ernesto Andrade	
Conferencia Cirujano segura <i>Infectiología Epidemiológica: María del Pilar Torres</i>						Taller Inserción y cuidados de PICC (Arrow) Salón de internet 8.00 am					
Conferencia Papel de los profesionales en salud en la prevención de Bacteriemias <i>Infectiología: Karen Sarmiento</i> 12.30 pm				Conferencia Papel de los profesionales en salud en la prevención de Bacteriemias <i>Infectiología: Karen Sarmiento</i> 1.30 pm		Taller Inserción y cuidados de PICC (Arrow) Salón de internet 12.00 pm		Gran cierre de jornada 12.30 pm Conferencia - premiación Equipo de control de infecciones Experiencias exitosas Fundación Clínica Statia <i>Infectiología epidemiológica: Libalva Pardo Méndez</i>		Auditorio 5. 0 piso Ernesto Andrade	
MUESTRA COMERCIAL											
CONVATEC Manejo y cuidado de heridas - ostomías		CONVATEC Manejo y cuidado de heridas - ostomías		LAB GOBY Campaña Liga de la higienización de lavado de manos		Control de infecciones Desde el laboratorio Clínico		Clínica Shaio Pasado presente y futuro en lavado de manos 7.00 - 12.00		Sala de espera 1. 0 piso	
QUIRUMÉDICAS Lavado de manos Talleres y sensibilización En cada uno de los servicios		BD Cuidado de accesos periféricos		BSN Fijación segura de accesos vasculares		QUIRUMÉDICAS Lavado de manos Talleres y sensibilización En cada uno de los servicios				Sala de espera 1. 0 piso	
HOSPIRA Importancia de la limpieza y desinfección de bombas de infusión en el control de infecciones Sala de espera 1. 0 piso		HOSPIRA Importancia de la limpieza y desinfección de bombas de infusión en el control de infecciones Sala de espera 1. 0 piso		PROCAP Taller. Cuidados y administración segura de heparinas Sala de espera 1. 0 piso		QUIRUMÉDICAS Lavado de manos Talleres y sensibilización En cada uno de los servicios		Taller Inserción y cuidados de PICC (Arrow) Salón de internet 2.00 pm			
				HB SUPPLEIR Conectores libres de aguja Sala de espera 1. 0 piso							

El proceso del programa de seguridad del paciente constituye una experiencia exitosa dentro de los programas de calidad de la institución por esto se propone continuar manteniendo una cultura de seguridad enfocada a:

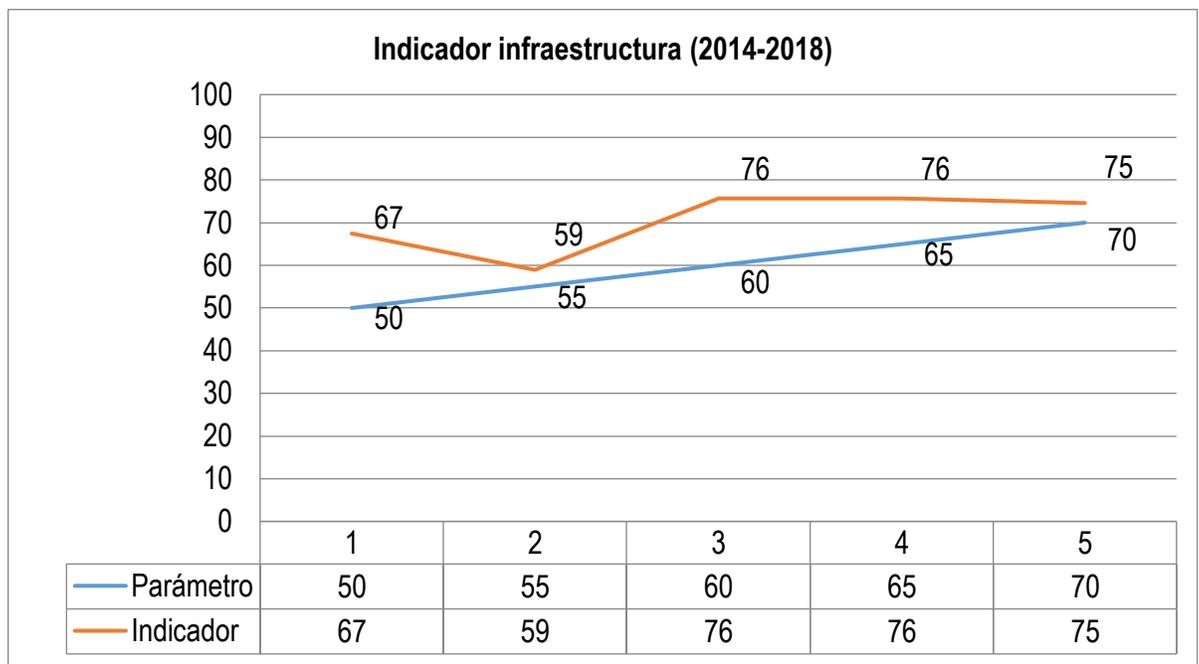
- Mejorar la comunicación entre los profesionales que brindan atención (Meta No. 2 de las metas internacionales de seguridad).
- Fortalecer el trabajo realizado con los paquetes instruccionales.

Programa de higiene de manos

- Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) afectan a cientos de millones de pacientes en todo el mundo ocasionando un impacto en su seguridad y en la economía de las instituciones de salud; por esta razón la Organización Mundial de la Salud (OMS) en base a datos científicos establece a partir del año 2005 una serie de directrices enfocadas en la atención segura de los pacientes bajo el lema (una atención limpia es una atención segura) haciendo énfasis en la importancia de la higiene de manos en la prevención y control de infecciones.
 - De esta forma año tras año esta organización emite nuevas campañas para promover la higiene de manos que a su vez son adaptadas y replicadas por instituciones de salud alrededor del mundo con el apoyo y seguimiento de los gobiernos.
 - Reconociendo la importancia de estas recomendaciones la Clínica Nueva incluye entre sus prioridades, la implementación de la estrategia multimodal para el mejoramiento de la adherencia a higiene de manos como un programa inmerso en los procesos estratégicos de la institución (calidad y control interno).
 - Iniciando un proceso en el año 2012, el programa de higiene de manos de la Clínica Nueva cuenta aproximadamente con 7 años de trayectoria durante los cuales se han logrado importantes avances en materia de infraestructura y cultura de adherencia a la higiene de manos encontrando un punto que equilibrio que la actualidad, motiva el trazó de nuevas metas en pro de la mejora continua de un programa que es considerado transversal en la institución.
 - Basándose en los componentes de la estrategia multimodal, año tras año el programa ha realizado una serie de actividades que nos llevan a los resultados obtenidos al año 2018 y que se presentan a continuación:
- Cambio del sistema
 - Este componente busca garantizar que las instituciones cuentan con la infraestructura necesaria para permitir que los trabajadores de la salud realicen higiene de manos enfocándose en el acceso a un suministro seguro y continuo de agua, jabón, toallas y un fácil acceso a soluciones a base de alcohol para las manos en todos los puntos de atención.
 - Dando respuesta a este componente la Clínica ha establecido la aplicación de una **encuesta de infraestructura dos veces al año**; en la que se realiza una inspección de la existencia y correcto funcionamiento de los elementos esenciales para la higiene de manos en un punto de atención (Lavamanos, agua, dispensador de jabón, dispensador de toallas, dispensador de alcohol glicerinado, marcación e instructivo).
 - Adicional a esta encuesta, se realiza inspecciones 1 vez por semana con el apoyo de la coordinación de servicios generales donde se verifica la

disponibilidad de insumos en los puntos de atención, se evalúa el proceso de limpieza, desinfección, marcación de los dispositivos y se realiza retroalimentación al personal en caso de encontrar aspectos a mejorar.

- Con la información obtenida se realiza la gestión del mantenimiento y/o cambio de Lavamanos, dispensadores e instructivos o en su defecto la necesidad de instalar nuevos puntos según las dinámicas de la Clínica, siempre con el objetivo de alcanzar una relación 1:1 entre los puntos de atención y los insumos para la Higiene de Manos.
- En relación a los avances en infraestructura, la clínica ha venido presentando un comportamiento positivo respecto al parámetro y/o meta que propone la Secretaria Distrital de Salud desde el año 2014 fecha en la que se inicio la medición de este indicador. (Gráfica No. 1)
- A la fecha la clínica cuenta aproximadamente con el 76% de sus puntos de atención con puntos completos para la higiene de manos y se espera que continuar con el trabajo para continuar con el aumento de los puntos de forma continua



Indicador de infraestructura Programa higiene de manos

- Por otra parte también se estableció el tipo de productos que se debe usar en la institución según las áreas de clínica con el objetivo de garantizar un acceso continuo a los productos y que estos sean adecuados para la actividad que realiza cada una de las áreas de la institución. (Cuadro No. 1)
 - **Productos para la higiene de manos Clínica Nueva**

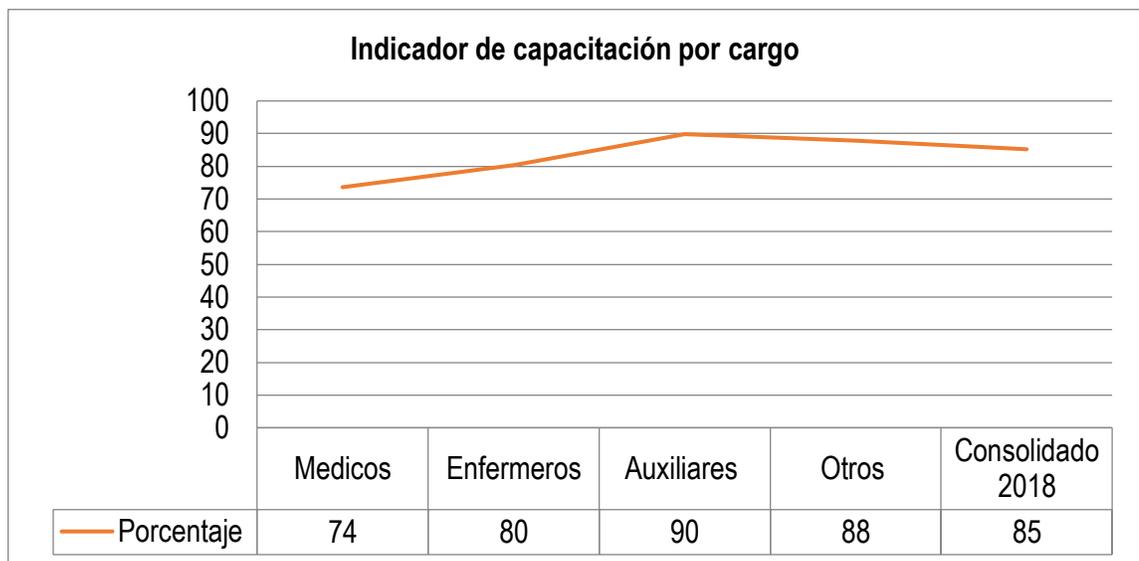
Área	Servicio	Insumo primera opción	Insumo segunda opción
Críticas	Urgencias	Clorhexidina al 4%	Solución yodada (Isodine Espuma)
	Unidades		
	Cirugía		
	Gastroenterología		
	Hemodinamia		
	Radiología		
	Central de esterilización		
	Central de gases medicinales		
No críticas	Hospitalización	Clorhexidina al 4 ó 2%	Jabón antibacterial
	Consulta Externa		
	Laboratorio (Toma muestras)		
	Gases medicinales		
	Cocina	Clorhexidina al 4 ó 2% sin olor	Jabón antibacterial sin olor
Comunes	Áreas administrativas	Jabón no medicado y/o jabón cosmético	Jabón no medicado y/o jabón cosmético
	Baños públicos		

Tipo de jabón según la clasificación de áreas de la Clínica Nueva

Formación y aprendizaje

- En este componente se debe garantizar formación a todos los trabajadores de la salud sobre la importancia de la Higiene de Manos, en base al modelo de “Mis 5 momentos para la Higiene de Manos”, y procedimientos adecuados para la fricción de manos y el lavado de manos.
- La implementación de este segundo componente de la estrategia en la Clínica, se ha venido desarrollando a través capacitaciones, talleres y actividades lúdicas donde se realiza entrega de material educativo como (folletos, dispensadores personales de alcohol glicerina, etc.) con el apoyo de los proveedores de insumos para la higiene de manos.

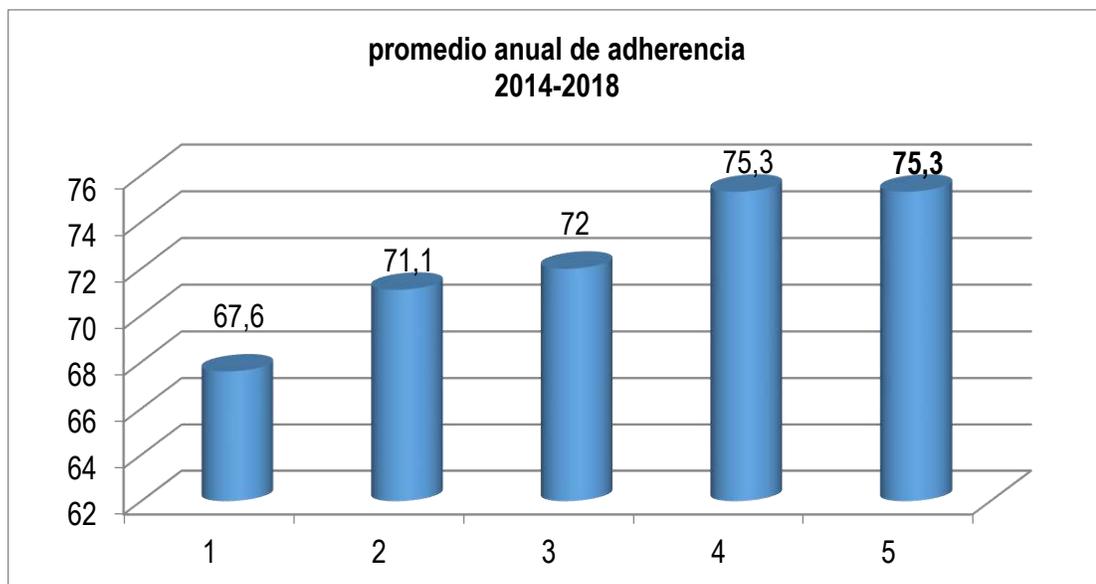
-
- Las actividades educativas siempre tendrán como eje central el tema que la Organización Mundial de la Salud establezca para el año de trabajo y siempre se realizará adicional a los talleres y las capacitaciones dos campañas masivas en los meses de **Mayo y Octubre** para celebrar el día mundial de la higiene de manos
-
- Por otra parte durante las rondas de seguridad se fomenta entre los pacientes y sus familiares la práctica de higiene de manos sumada a otras recomendaciones para la prevención de infecciones.
- Otros aspectos de formación se orientan a los observadores y líderes de higiene de manos, quienes reciben formación y actualización en aspectos relacionados con la estrategia de higiene de manos tres veces al año. En la actualidad se cuenta con 18 observadores y aproximadamente 20 líderes de diferentes cargos y áreas de la Clínica
- **El promedio de capacitación del personal anual es en promedio del 85%** con una asistencia significativa de todas las categorías de seguimiento. (Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y otros que corresponden al personal no contenido en las categorías anteriores, por ejemplo: instrumentadores, terapeutas, personal administrativos, de mantenimiento y/o servicios generales. (Ver grafica No. 2)



Indicador de capacitación por cargo año 2018

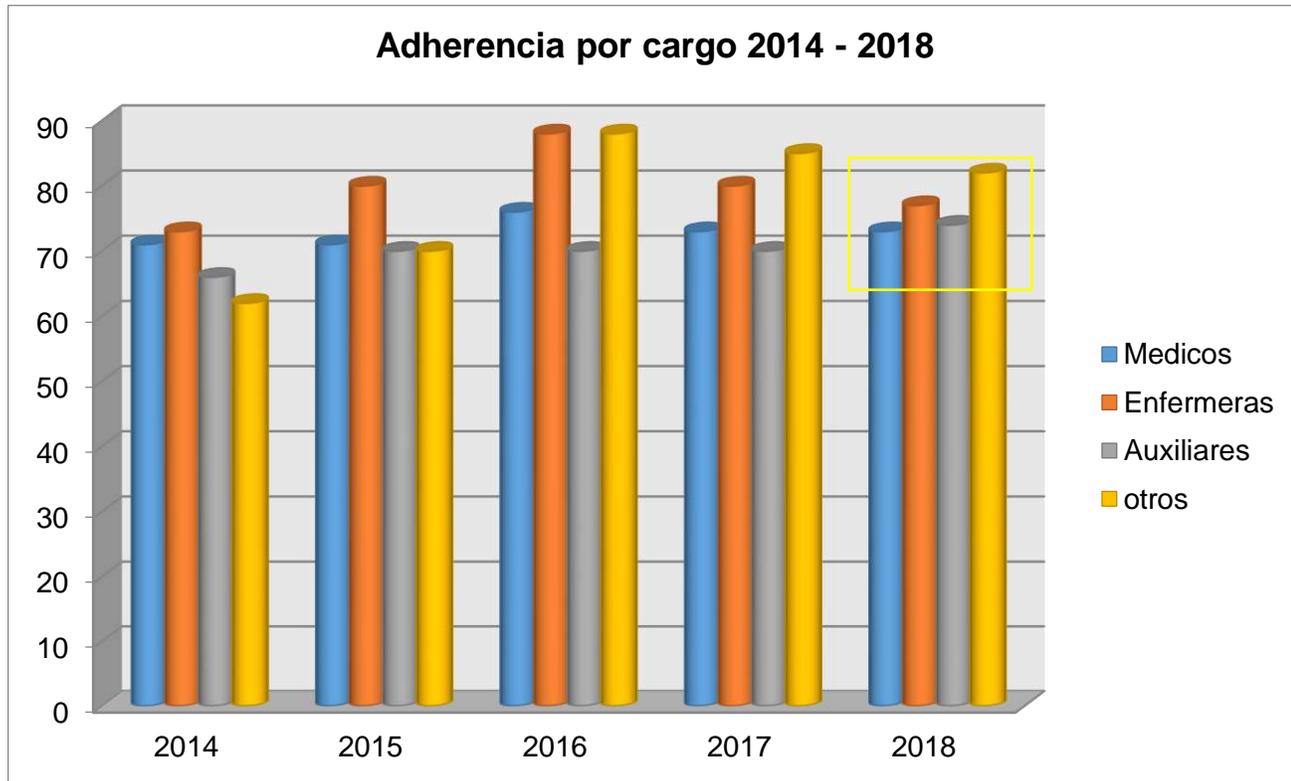
- Se hace seguimiento y retroalimentación de las prácticas, visiones y conocimientos de los trabajadores de la salud en relación a la higiene de manos y el control de infecciones.

- Se realiza seguimiento diario de la práctica de higiene de manos con apoyo del grupo de observadores haciendo y en base a los datos obtenidos en estas observaciones se calcula mensualmente los indicadores de adherencia global, adherencia por cargo en 4 categorías (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y otros) y adherencia por servicio.
- Posteriormente estos indicadores son socializados en el comité de control de infecciones de forma mensual a todos los jefes de área quienes son responsables de replicar esta información y establecer acciones de mejora en compañía del líder del programa.
- Al realizar un análisis de cada uno de los indicadores de este componente encontramos aspectos muy interesantes en relación al progreso que el programa ha tenido a lo largo de sus 5 años de implementación



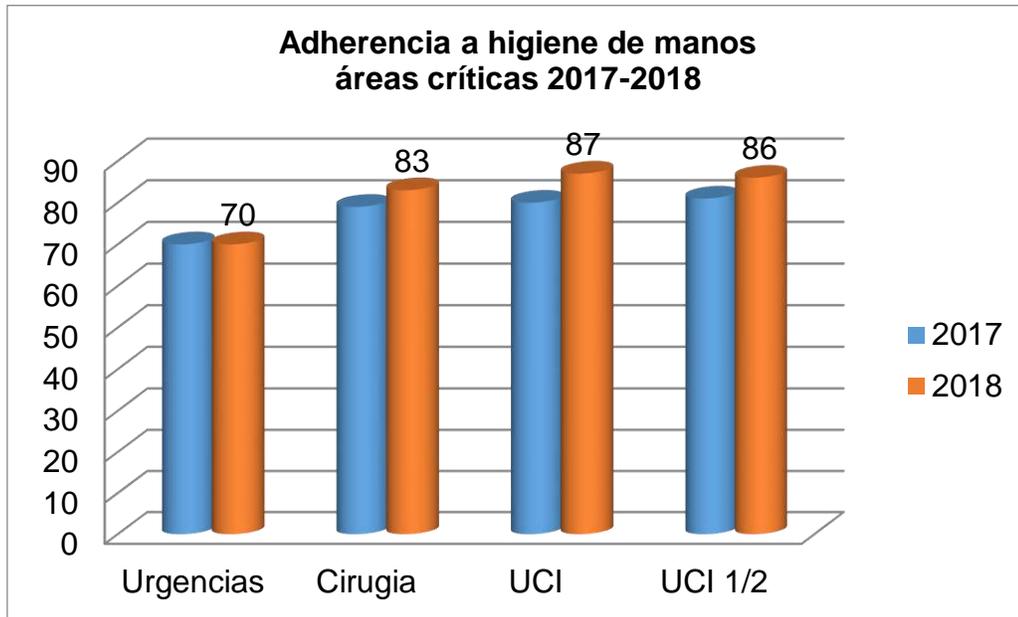
Indicador global de adherencia Clínica Nueva

- La adherencia global a higiene de manos ha presentado un aumento progresivo y sostenido en el tiempo que invita a establecer nuevas metas para la clínica en relación a la adherencia.
-



Indicador de adherencia por cargo

- Como muestra la gráfica anterior el promedio de adherencia por cargo ha crecido hasta mantenerse en un **promedio superior al 70%**; Adicional a la medición de adherencia global y por cargo se realiza seguimiento específico por servicio. (Áreas críticas y áreas no críticas), que presentan un comportamiento positivo con adherencias superiores al 75%. (Ver gráfica No. 5)



Indicador de adherencia a higiene de manos en áreas críticas, Clínica Nueva 2017-2018

- Teniendo en cuenta que los indicadores del programa han mostrado un comportamiento positivo y sostenido en el tiempo, la clínica traza nuevas metas para el programa esperando aumentar su adherencia en un 3% en el 2019 respecto a los indicadores obtenidos en el año 2018.
- **Recordatorios en el lugar de trabajo**
- En el componente de recordatorios se busca señalar y recordar a los trabajadores de la salud la importancia de la higiene de manos, indicaciones y procedimientos adecuados para llevarla a cabo. El enfoque de recordación del programa se basa en sensibilizar a los trabajadores sobre la higiene de manos como una práctica que busca mejorar la seguridad del paciente, la calidad de la atención, y además cuidar su propia salud; siendo la Higiene de Manos una práctica que fundamental dentro de la cultura de Seguridad de la Clínica.
- La Clínica viene trabajando en la actualización de instructivos para la técnica de higiene de manos y constantemente produce piezas que se publican a través de los salvapantallas de los equipos y en los ascensores de la clínica especialmente en los meses que se realiza campaña masiva de higiene de manos (Mayo/Diciembre)



Lema y slogan programa Higiene de Manos Clínica Nueva

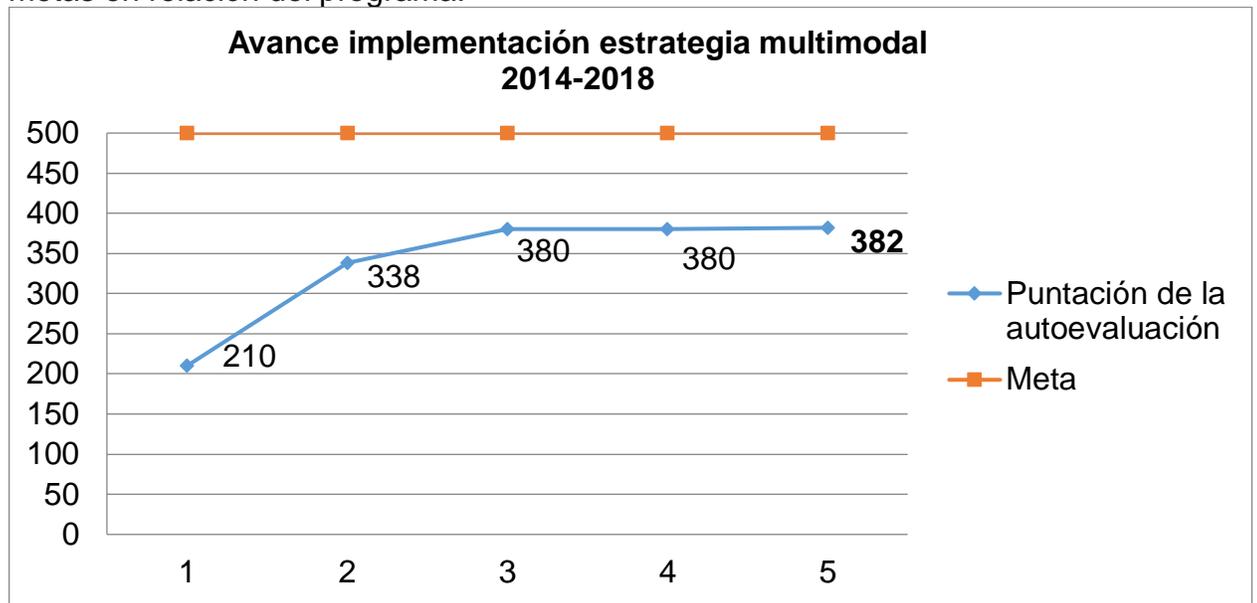


Campaña higiene de manos Clínica Nueva, Octubre 2018

- Adicional al trabajo que se realiza con los trabajadores de la salud, la clínica también realiza diseñar piezas comunicativas para la educación a pacientes y familiares sobre la higiene de manos y la prevención de infecciones a través de estrategias como: El manual de información para pacientes y acompañantes disponible en cada una de las habitaciones.
- **Clima institucional de seguridad**
- Este componente busca crear un entorno y una percepción que propicie la sensibilización sobre las cuestiones de seguridad del paciente y garantizar al mismo tiempo que la mejora de la higiene de manos se considere una gran prioridad a todos los niveles de la clínica.
- La clínica ha obtenido buenos resultados en este componente y evidencia de

ellos son los buenos resultados obtenidos en la encuesta de percepción a directivos; el trabajo constante ha logrado no sólo una mayor participación de los trabajadores en las actividades del programa también, una mejor conciencia sobre importancia de higiene de.

- Finalmente, en relación a la implementación de la estrategia multimodal para el mejoramiento de la higiene de manos luego de 5 años de arduo trabajo la clínica ha logrado consolidar su implementación en un **nivel avanzado** obteniendo 382 puntos de 500 posibles en la autoevaluación aplicada (ver grafica No. 6). Lo que invita a la clínica a continuar mejorando y trazar nuevas metas en relación del programa.



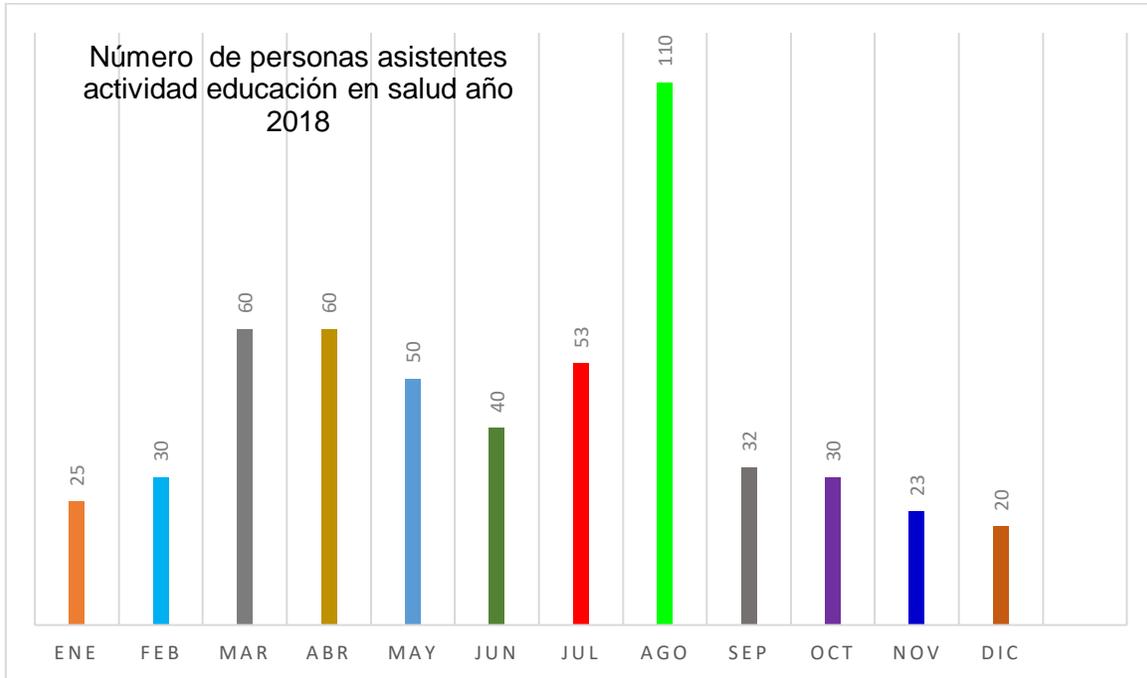
Nivel de avance en la implementación de la estrategia multimodal para el mejoramiento de la higiene de manos en la

Clínica Nueva entre los años 2014-2018

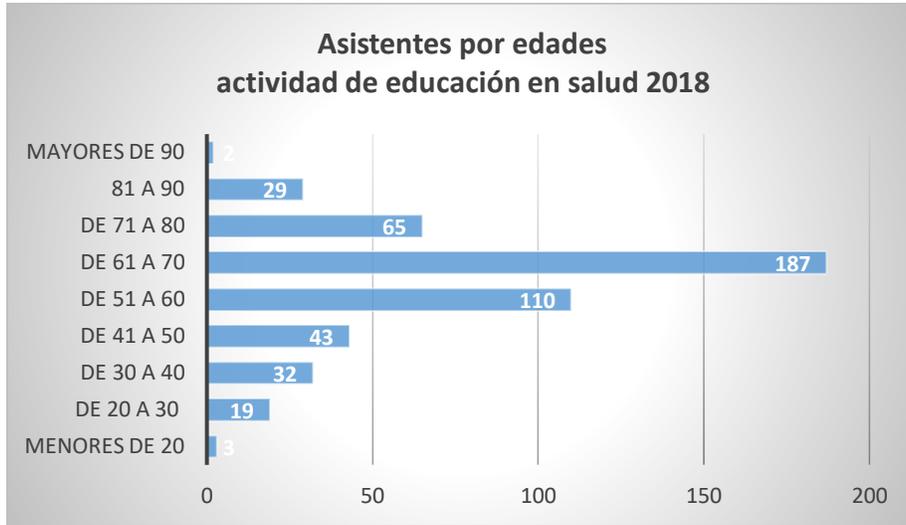
- Todos estos progresos no son más que una invitación para que la Clínica continúe trabajando para mejorar y trazar nuevas metas en relación del programa como aumentar el porcentaje global de adherencia, mejorar la infraestructura y continuar potenciando la formación de sus trabajadores e
- incluso compartir la experiencia exitosa del programa con otras instituciones de salud en la ciudad o el país.

Educación al paciente, familia y cuidador

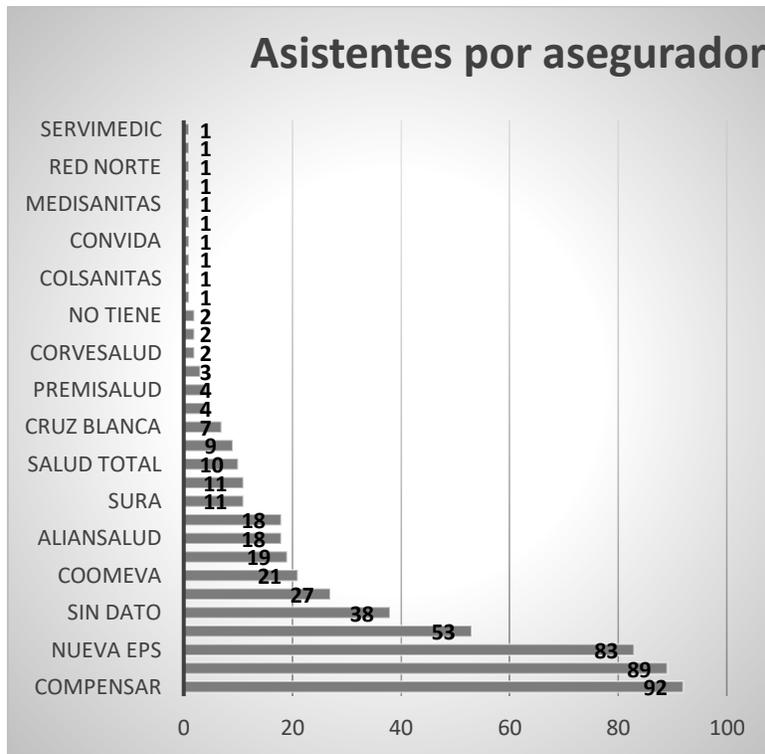
Con la asistencia de 553 personas se llevó a cabo el programa de educación al paciente, familia y cuidador, los últimos viernes de cada mes durante el año 2018,



Fuente: Listas de asistencia



La población de mayor participación se encuentra entre los 60 y 70 años, afiliados con aseguramiento contributivo a EPS primordialmente de Compensar, Sanitas, Nueva EPS y Famisanar.



Se desarrollaron durante el año los siguientes temas:

Enero	Manejo de la voz y cambios fisiológicos dados por el envejecimiento
Febrero	¿Qué sabemos de la tuberculosis? ¿Cómo podemos prevenir enfermedades respiratorias? Taller: fortalecimiento muscular respiratorio
Marzo	Aprendamos sobre donación de órganos Mujer, sigue dando vida. Cuida tus órganos, cuida tu cuerpo.
Abril	Parkinson y vida cotidiana
Mayo	Maltrato social, económico político y cultural a las mujeres
Junio	Aprenda qué hacer frente al maltrato. Tipos de maltrato. Rutas de atención. Conozca la estructura actual del Sistema General de Salud
Julio	Trastorno afectivo bipolar –TAB-
Agosto	Divertirse mejora su salud. Celebración del día nacional del adulto mayor y el pensionado
Septiembre	Hablemos del corazón. Síntomas, signos, medios diagnósticos y tratamientos
Octubre	Uso correcto y adecuado de medicamentos
Noviembre	Medicamentos, suplementos dietarios y productos naturales. Cómo identificarlos en casa
Diciembre	Hablemos de nuestra casa común. Encíclica Laudato Si