



# INFORME DE GESTIÓN | AÑO 2024

**Dr. Jhon Jairo Beltrán Suárez**  
**Gerente General**



Hospital de Alta Complejidad  
**del Magdalena Centro**  
Tu salud, nuestro compromiso

# INTRODUCCIÓN

El año 2024 generó grandes retos en el departamento de Caldas, con un trabajo articulado que aseguró el acceso a los servicios de salud mediante personal altamente calificado y con tecnologías de última generación; este fue un año de transición que nos permitió afrontar de manera estratégica y sostenible los diferentes desafíos en la activación de la prestación de los servicios de salud de manera eficaz y dando una respuesta oportuna para el mejoramiento de la salud de nuestros usuarios.

**El informe de gestión del año 2024** muestra no solo cifras que indican nuestra sostenibilidad y manejo de indicadores sino también nuestro compromiso con los pacientes y su familia que son atendidos en nuestra institución, es aprender continuamente para asegurar un servicio que marque la diferencia y genere una huella indeleble en la calidad de vida de nuestros usuarios.



# PLATAFORMA ESTRATÉGICA

## MISIÓN

Somos una Institución Prestadora de Servicios de Salud de alta complejidad, enfocada en la cultura de seguridad del paciente y humanización de la atención, conformada por un equipo humano multidisciplinario, idóneo y comprometido con la prestación de servicios que brinda bienestar y salud con calidad en región del Magdalena Centro y sus áreas de influencia.

Para el año 2027, seremos la IPS de primera opción en todas las áreas de influencia en la región del Magdalena Centro en la prestación integral de servicios de salud de alta complejidad, reconocidos por nuestros altos estándares de calidad, innovación tecnológica, excelencia organizacional, humanización en la atención y compromiso con el bienestar de los pacientes, sus familias y la región.

## VISIÓN

### Valores Corporativos

- Respeto •
- Lealtad •
- Confiabilidad •
- Liderazgo •
- Trabajo En Equipo •
- Humanización •
- Responsabilidad •
- Disciplina •

### Principios

- Calidad •
- Solidaridad •
- Eficiencia •
- Eficacia •
- Mejora Continua •

# POLÍTICA DE CALIDAD

El Hospital de Alta Complejidad del Magdalena Centro S.A.S. para el desarrollo del PAMEC, está comprometida en garantizar a los usuarios una atención segura durante la prestación de servicios de salud, mediante un modelo de Calidad oportuno, confiable y humanizada; con el fin de mejorar continuamente los procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo.

# POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Hospital de Alta Complejidad del Magdalena Centro S.A.S., conforme a los procedimientos establecidos en la normatividad vigente, se compromete a velar por la seguridad en el proceso de atención de los usuarios y sus familias con la minimización del riesgo, mediante la observación, seguimiento, evaluación de los riesgos y mejoramiento continuo de cada uno de sus procesos con la participación activa de sus colaboradores en el perfeccionamiento de sus habilidades y competencias con la utilización logística y tecnológica apropiada, generando una cultura organizacional, proactiva orientada a sus trabajadores, pacientes y familias.

## PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

### 1. Enfoque de atención centrado en el usuario

Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

### 2. Cultura de seguridad

El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

### 3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, es transversal a todos sus componentes.

### 4. Multicausalidad

El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

## 5. Validez

Para impactar al paciente se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

## 6. Alianza con el paciente y su familia

La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

## 7. Alianza con el profesional de la salud

La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos, por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

# OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención segura en salud.
2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
5. Homologar la terminología utilizada en la entidad.
6. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
7. Difundir en todos los clientes internos y externos los principios de la política de seguridad del paciente.
8. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

# POLÍTICA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

## OBJETIVO

Generar una cultura del autocuidado a través de programas y actividades integrales e interdisciplinarios que permitan generar ambientes de trabajo seguros y

saludables que promueva el bienestar de los empleados del Hospital de Alta Complejidad del Magdalena Centro S.A.S.

## ALCANCE

Esta política es aplicable para los empleados del Hospital y, en lo que resulte pertinente, las responsabilidades aquí contenidas también serán aplicables a los contratistas que presten sus servicios a El Hospital de Alta Complejidad del Magdalena Centro S.A.S.

## DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA

La Institución prestadora de servicios de salud de nivel complementario; HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL MAGDALENA CENTRO S.A.S, se compromete con la prevención de incidentes, accidentes y protección de la salud de los trabajadores, procurando su integridad física, mental y social a través de la identificación de peligros y gestionando los mismos, evaluando, valorando y estableciendo los respectivos controles, el mejoramiento continuo de los procesos y el cumplimiento de la normatividad nacional vigente en seguridad y salud en el trabajo, destinando los recursos físicos, humanos y financieros necesarios para esta gestión.

## LINEAMIENTOS

El Hospital de Alta Complejidad del Magdalena Centro se compromete a mantener condiciones de trabajo seguras y optimas en cada uno de los ambientes laborales, fomentamos una cultura preventiva y del autocuidado, el amor por la vida donde se involucran a los trabajadores, contratistas y grupos de interés que interactúan con la empresa.

Dando el compromiso de El Hospital de Alta Complejidad del Magdalena Centro con el bienestar de sus empleados, la compañía adquiere las siguientes responsabilidades:

1. Proteger la seguridad y salud de los trabajadores, mediante la mejora continua del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).
2. Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos bajo la metodología definida por la compañía para establecer los controles respectivos y planes de trabajo.
3. Consultar, informar y formar a los empleados sobre los aspectos de seguridad y salud en el trabajo, de forma que comprendan los riesgos involucrados en su labor y la genere una cultura del autocuidado.
4. Garantizar a los empleados su derecho a participar ante el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo o el órgano que haga sus veces, el cual

es el mecanismo de participación para los empleados y comunicación entre empleados y empleador.

5. Conformar, formar y disponer de los elementos necesarios para El Comité de Convivencia Laboral quien promueve las buenas relaciones laborales, previene las conductas de acoso laboral y las atiende en caso de presentarse.
6. Realizar actividades que mitiguen el ausentismo por accidentalidad, enfermedad común y laboral.
7. Realizar las investigaciones de incidentes, accidentes y enfermedades laborales bajo los procedimientos establecidos.
8. Cumplir la normatividad nacional vigente aplicable en materia de riesgos laborales y propender por la implementación de las mejores prácticas.
9. Identificar, prevenir, gestionar y atender integralmente las emergencias, mitigando las consecuencias en personas, instalaciones y equipos.
10. Realizar plan de trabajo anual, acciones de seguimiento y mejora continua que habiliten el progreso del desempeño del sistema de seguridad y salud en el trabajo y el cumplimiento de metas establecidas.
11. Contar con indicadores que posibiliten la medición, el seguimiento y la priorización de acciones de seguridad y salud en el trabajo.
12. Realizar auditorías internas y externas e inspecciones.
13. Conversar regularmente con la alta dirección y los empleados sobre los temas relevantes de seguridad y salud en el trabajo y su avance.
14. Incluir requisitos de seguridad y salud en el trabajo para la contratación adquisición de bienes y servicios.

Por su parte los empleados del Hospital de Alta Complejidad del Magdalena Centro deberán:

1. Procurar el cuidado integral de su salud.
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
4. Informar oportunamente acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
5. Participar en las actividades y formaciones de Seguridad y Salud en el Trabajo.
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.

Para dar cumplimiento a lo aquí establecido, El Hospital de Alta Complejidad del Magdalena Centro S.A.S. implementará el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, en los términos establecidos en el Decreto 1072 de 2015 y cualquier otra norma que lo modifique o adicione. Adicionalmente se tendrán en cuenta las mejores prácticas, normas y lineamientos internacionales que permitan el mejoramiento continuo.

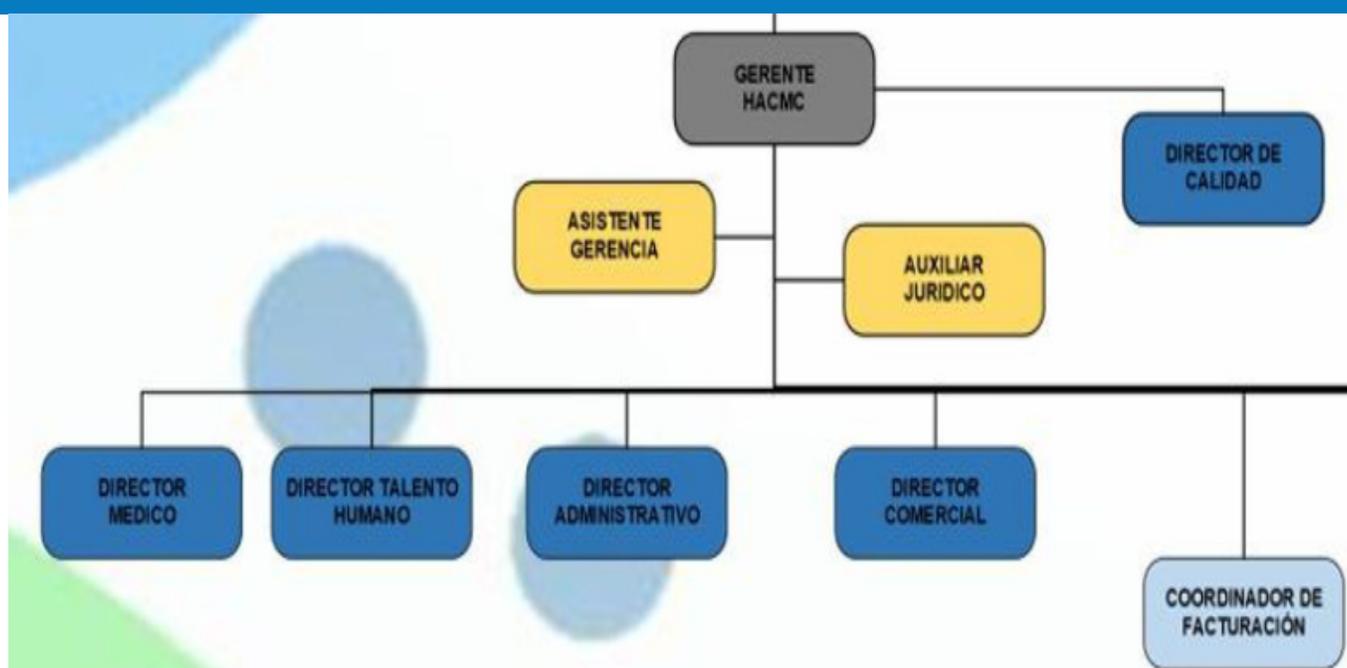
## GOBERNABILIDAD

La Dirección de Talento Humano, deberá revisar, como mínimo una vez al año, el contenido de esta política y será la responsable de su aprobación y administración.

## DIVULGACIÓN

La Dirección de Talento Humano, deberá revisar, como mínimo una vez al año, el contenido de esta política y será la responsable de su aprobación y administración. La Dirección de Talento Humano gestionará con las áreas involucradas el cumplimiento de esta política, velará por la divulgación y apropiación de esta y la actualizará de acuerdo con los cambios organizacionales, disposiciones legales u otros aspectos que puedan afectar lo aquí descrito.

# ORGANIGRAMA GENERAL





Hospital de Alta Complejidad  
**del Magdalena Centro**  
Tu salud, nuestro compromiso

# MAPA DE PROCESOS

GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO      GESTIÓN DE CALIDAD      GESTIÓN COMERCIAL Y COMUNICACIONES

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

- GESTIÓN DE JURÍDICA
- GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
- GESTIÓN ADMINISTRATIVA
- GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO
- GESTIÓN FINANCIERA
- GESTIÓN DE TALENTO HUMANO



- GESTIÓN AMBULATORIA
- GESTIÓN DE URGENCIAS
- GESTIÓN HOSPITALARIA
- GESTIÓN DE UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO
- GESTIÓN QUIRÚRGICA
- GESTIÓN DE UNIDAD DE MATERNA
- GESTIÓN DE APOYO DE DIAGNÓSTICO TERAPEUTICO

SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

SIAU      GESTIÓN DE SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICAS      GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA      GESTIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES

# GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

## GESTIÓN DE LA CALIDAD

En el año 2024, el área de Calidad presenta la gestión realizada en relación con el cumplimiento de los estándares del **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad**. Como parte de este proceso, se analizan los diferentes componentes del sistema, iniciando con la revisión del **Sistema Único de Habilitación**.

El **Hospital de Alta Complejidad del Magdalena Centro**, en cumplimiento de la normatividad vigente establecida en la **Resolución 3100 de 2019**, presenta la distribución de sus servicios habilitados según grupos y niveles de complejidad en la prestación de servicios de salud. A continuación, se detallan los grupos con su respectivo porcentaje de participación:

- **Grupo de consulta externa:** 53%
- **Grupo de diagnóstico y complementación terapéutica:** 17%
- **Grupo quirúrgico:** 15%
- **Internación:** 12%
- **Atención inmediata:** 3%

En total, el hospital cuenta con **71 servicios habilitados**, distribuidos en las siguientes modalidades:

- **Intramural:** 49 servicios
- **Telemedicina:** 7 servicios
- **Modalidad mixta (Intramural y Telemedicina):** 15 servicios

Asimismo, es importante resaltar que el hospital se clasifica como una **institución de mediana complejidad**, con el **78% de sus servicios habilitados en niveles de alta y mediana complejidad**.

Cuenta con una capacidad instalada de:

- **168 camas**
- **20 camillas**
- **11 consultorios**
- **7 salas**

Para un **total de 206 unidades**.

**Novedades Registradas en el REPS durante la Vigencia 2024**

Durante el año 2024, se realizaron diversas actualizaciones ante el **Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)**, todas con **resultados positivos y estados finales cerrados**. Estas novedades incluyen:

- **Habilitación de servicio:** Cirugía endovascular neurológica.
- **Actualización de información:** Cambio de representante legal.
- **Cambio administrativo:** Modificación en la gerencia.
- **Modificación de horarios:** Ajustes en los horarios del grupo quirúrgico y consulta externa.
- **Cierre temporal de servicio:** Consulta externa neonatal.

Todas estas actualizaciones se llevaron a cabo conforme a la normatividad vigente, garantizando la **continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud**.

### **Autoevaluación de Estándares y Actividades de Mejora – 2024**

Durante el año 2024, se realizó una **autoevaluación** de los criterios de cumplimiento en todos los servicios, analizando el cumplimiento de cada uno de los estándares. Como resultado, se identificaron algunos criterios que requerían ajustes, por lo que se implementaron diversas **actividades de mejora** para fortalecer la calidad y la prestación de los servicios.

Estándar de talento humano Cumplimiento en Capacitación con un porcentaje del 46% de cumplimiento lo que indica que menos de la mitad de las capacitaciones programadas fueron ejecutadas.

#### **Servicios con Mayor Cumplimiento:**

- **Hospitalización (61%) y Urgencias (60%)** son los servicios con mayor porcentaje de cumplimiento, lo que sugiere que estas áreas han priorizado las capacitaciones en mayor medida.

#### **Servicios con Menor Cumplimiento:**

- **Hemodinamia (21%), Farmacia (27%), UCI Pediátrica (27%), UCI Neonatal (27%) y Unidad Materna (29%)** presentan los niveles más bajos de ejecución. Esto podría indicar dificultades en la programación, baja asistencia o falta de prioridad en estos entrenamientos.

#### **Áreas Críticas con Bajo Cumplimiento:**

- **Vigilancia Epidemiológica (25%) y Temas de Seguridad del Paciente (27%)** son áreas clave para la seguridad y calidad de la atención, por lo que su bajo nivel de capacitación podría representar un **riesgo** en la prestación de los servicios.

# GESTIÓN DE AUDITORÍAS Y CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

## Auditorías Internas y Externas

Durante el periodo evaluado, se llevaron a cabo auditorías internas programadas en diferentes procesos, obteniendo los siguientes resultados:

- **Fármaco y Tecnovigilancia:** 33% de cumplimiento.
- **Urgencias:** 79% de cumplimiento, con la ejecución de sus respectivos planes de mejora.

En cuanto a las auditorías externas, se realizó evaluación al **proveedor de Casa de Dietas**, alcanzando un **63% de cumplimiento**. El **cumplimiento global de auditorías de proceso** se ubicó en un **65%**, lo que evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento y ejecución de estos procesos.

## Otras Gestiones en el Sistema Único de Habilitación

1. **Lavado de tanques:** Realizado en el mes de agosto, cumpliendo con la actividad programada.
2. **Renovación de certificado de seguridad:** Proceso concluido satisfactoriamente.
3. **Solicitud de concepto sanitario vigente a proveedores:** Garantizando el cumplimiento de requisitos regulatorios.
4. **Auditoría de hojas de vida del talento humano:** En octubre, se formalizó la firma de contratos y otrosíes, con seguimiento por parte de la gerencia. Además, se inició la ejecución del cronograma de capacitación.

## GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA

Durante el año 2024, se llevaron a cabo diversas actividades para garantizar el cumplimiento de los estándares de infraestructura y habilitación, asegurando el adecuado funcionamiento de las instalaciones y el cumplimiento de normativas vigentes.

### Acciones ejecutadas:

1. **Limpieza y mantenimiento de tanques de almacenamiento de agua:**
  - Se realizó el **lavado y desinfección** de los tanques, garantizando la calidad del agua utilizada en las diferentes áreas del hospital.
2. **Mantenimiento y optimización de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales (PTAR):**

- Se ejecutaron trabajos de limpieza y mantenimiento correctivo para asegurar su adecuado funcionamiento y el cumplimiento de los estándares ambientales.
3. **Renovación de licencias y permisos:**
- Se gestionó la renovación del **concepto sanitario**, quedando en espera de la inspección para su aprobación.
  - Se logró la certificación de **seguridad contra incendios** emitida por el Cuerpo de Bomberos.
  - Se obtuvo el **certificado de vertimientos**, cumpliendo con los requisitos ambientales.
4. **Gestión y mantenimiento preventivo de equipos e instalaciones:**
- Se realizó la revisión y verificación del estado de los equipos de ionización, manteniéndolos vigentes y en cumplimiento normativo.

## GESTIÓN DE DOTACIÓN Y EQUIPOS BIOMÉDICOS

Durante el año 2024, se implementaron diversas estrategias para fortalecer la gestión de dotación y mantenimiento de equipos biomédicos en el hospital, asegurando su operatividad y cumplimiento de normativas.

Acciones realizadas:

1. **Creación y organización de carpeta de almacenamiento de información de equipos biomédicos:**
  - Se implementó un **sistema de custodia y registro** para documentar el historial de mantenimiento, calibraciones y certificaciones de cada equipo biomédico.
  - Se digitalizaron registros para mejorar el acceso y seguimiento de la información.
2. **Ejecución del cronograma de mantenimiento biomédico:**
  - Se llevaron a cabo **mantenimientos preventivos y correctivos** según la programación establecida.
  - Se logró un cumplimiento del **100% en mantenimientos garantizados** a partir del mes de septiembre.
  - Se gestionaron mantenimientos correctivos con un cumplimiento promedio del **97%** en la corrección de fallas reportadas.

## GESTIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

Durante el año 2024, se llevaron a cabo diversas acciones para fortalecer el seguimiento y control de los procesos relacionados con la adquisición, almacenamiento, dispensación y vigilancia de insumos, medicamentos y dispositivos médicos.

**Fortalecimiento de los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia:**

- Se realizaron reportes masivos en cero al Sistema de Información del Programa Nacional de Tecnovigilancia y Reactivovigilancia, demostrando un monitoreo efectivo sin incidentes adversos.
- Se garantizó la trazabilidad de dispositivos médicos y reactivos in vitro mediante reportes oportunos y seguimiento continuo.
- Como evidencia de la gestión, se consolidaron y documentaron los reportes en la plataforma de vigilancia, asegurando un control detallado de los eventos y su respectivo cierre.

**Elaboración y aplicación de listas de chequeo:** Se desarrollaron listas de chequeo para evaluar el cumplimiento de los procedimientos en cada etapa del proceso.

## GESTIÓN DE PROCESOS PRIORITARIOS

Durante el año 2024, se implementaron estrategias clave para fortalecer los procesos prioritarios en la institución. Entre las acciones destacadas se encuentran:

- **Elaboración y Validación del Protocolo de IV:** Se trabajó en la estructuración y oficialización del protocolo de Infusión Venosa (IV), garantizando la implementación de procedimientos estandarizados y alineados con las normativas vigentes.
- **Revisión del Kit de Emergencia Obstétrica:** La Dirección Territorial de Caldas llevó a cabo una inspección y actualización del kit de emergencia obstétrica, asegurando su disponibilidad y cumplimiento con los requisitos normativos y de seguridad para la atención de urgencias gineco-obstétricas.
- **Revisión Documental:** Desde julio hasta diciembre, el área de calidad revisó un total de 79 documentos, de los cuales 39 correspondieron a documentos nuevos y 40 a modificaciones de documentos existentes, asegurando la mejora continua y la actualización de los procesos.
- **Cambio de Plantillas en Documentación Institucional:** En septiembre, se realizó una reunión entre el Área de Calidad, el Área de Procesos y la Gerencia en Salud, donde se establecieron nuevas plantillas para la normalización documental. Se optimizaron formatos y criterios para mejorar la calidad y consistencia de la documentación, iniciando la transición con la implementación de las nuevas plantillas a partir de octubre.

## GESTIÓN DE LA PLANTA DE GASES MEDICINALES

Durante el año 2024, se llevó a cabo una gestión documental exhaustiva en relación con la planta de gases medicinales del Hospital de Alta Complejidad Magdalena Centro. Este proceso se realizó de manera articulada con el equipo de Ingeniería Biomédica y la Químico Farmacéutica, con el objetivo de estructurar y organizar la documentación requerida para la certificación y operación de la planta. En el mes de octubre se participó en una capacitación especializada sobre normativas, buenas

prácticas y estándares de calidad aplicables a la producción y gestión de aire medicinal.

En el proceso de certificación de la planta de producción de aire medicinal en el Hospital de Alta Complejidad Magdalena Centro, se ha avanzado significativamente, alcanzando un cumplimiento del 80% en los criterios establecidos. Se ha contado con el apoyo de MESSER, que brindará capacitación y acompañamiento, y de la Química Farmacéutica de Insumedic, cuyo conocimiento en gases medicinales ha sido valioso. Además, ya se tiene proyectado un trabajo conjunto con el proveedor para finalizar el proceso. Sin embargo, persisten algunas dificultades, como la falta de un director técnico para liderar el proceso, la ausencia de un plan de capacitación en gases y la necesidad de completar la adecuación de las áreas conforme a la normativa. Se recomienda contratar al personal faltante, especialmente un director técnico con experiencia en gases medicinales, y continuar con la capacitación del personal y la adecuación de las instalaciones. Se proyecta certificar la planta en el primer semestre del año 2025 para cumplir con los estándares de habilitación y producción de aire medicinal.

## **Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud (PAMEC)**

### **Avances en la Implementación de la Ruta Crítica PAMEC en 2024**

Durante la vigencia 2024, se ha dado cumplimiento a la ruta crítica establecida por el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), ejecutando las fases esenciales del proceso de mejora continua. Esto incluyó:

1. **Autoevaluación:** Se llevó a cabo una revisión interna para identificar oportunidades de mejora en los procesos hospitalarios.
2. **Selección de Procesos a Mejorar:** Con base en los resultados de la autoevaluación, se priorizaron los procesos más críticos que impactan la seguridad del paciente y la calidad de la atención.
3. **Priorización de Procesos:** Se definieron los estándares de mayor relevancia que requieren intervención inmediata para garantizar el cumplimiento de los criterios de calidad y seguridad.
4. **Definición de la Calidad Esperada:** Se establecieron parámetros y objetivos claros para orientar las acciones de mejora.

Adicionalmente, se realizó un proceso de sensibilización sobre PAMEC en los distintos servicios hospitalarios, capacitando y socializando a 206 colaboradores. Esta iniciativa tuvo como propósito estandarizar los enfoques, garantizar el cumplimiento de los estándares y promover una cultura de mejora continua en la institución. Asimismo, se buscó involucrar a todo el personal en estos procesos, asegurando la adopción de prácticas uniformes en todas las áreas y reforzando el compromiso con la calidad y la seguridad del paciente.

# GESTIÓN DE INDICADORES Y SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA CALIDAD

Durante el año 2024, la institución implementó mejoras en el **Sistema de Información de la Calidad**, realizando un cambio de plantilla para optimizar el panel de control y mejorar el seguimiento de los indicadores. Este monitoreo fue llevado a cabo desde el área de Gestión Nacional y el área de Contabilidad, permitiendo una evaluación más precisa del desempeño institucional.

## Monitoreo y Desviaciones en Indicadores Claves

### 1. Proporción de Partos por Cesárea

- Se reportó una tasa del **76%**, superando el límite de tolerancia del **60%**.
- Se identificaron los siguientes factores contribuyentes:
  - **Elección de la gestante:** La Ley 2244 de 2022 permite a las mujeres elegir la vía del parto, lo que influye en la alta proporción de cesáreas.
  - **Manejo de casos complejos:** Como hospital de referencia, se reciben pacientes con mayores complicaciones obstétricas.
  - **Falta de control prenatal:** Muchas gestantes llegan sin un adecuado seguimiento médico, lo que incrementa los factores de riesgo en el parto.

### 2. Tasa de Mortalidad Perinatal

- Durante 2024, la tasa de mortalidad perinatal fue de **23.3**, superando el techo de **17**.
- Se identificó que este resultado estuvo influenciado por un bajo número de nacimientos (menos de 100 por trimestre), lo que aumentó la variabilidad de la tasa.
- Se determinó que las causas de mortalidad perinatal no eran atribuibles directamente a la IPS, sino a condiciones preexistentes de los pacientes atendidos.

### 3. Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS-AC)

- En el segundo trimestre, el indicador presentó una desviación fuera del rango de tolerancia.
- Se implementó un **plan de mejora**, logrando que en el tercer trimestre la tasa se ajustara dentro del límite permitido, con un valor global de **6.28 (<9)**.

### 4. Tiempo Promedio de Espera para Atención en Triage 2 (Urgencias)

- Se identificaron desviaciones en la tendencia del indicador.
- Se implementaron acciones correctivas en conjunto con la Coordinación de Servicios para mejorar la eficiencia en la atención.

- Gracias a estas medidas, al cierre del año el tiempo promedio de espera fue de **24.3 minutos**, cumpliendo con los estándares establecidos.

### Cumplimiento Global de la Resolución 0256

A pesar de algunas desviaciones en ciertos trimestres, en 2024 se alcanzó un cumplimiento del **100%** en los **36 indicadores** aplicables. El desempeño superior al esperado en otros periodos permitió que, a nivel global, se lograra el cumplimiento total al cierre del año. Este resultado evidencia una **tendencia positiva** en la gestión y monitoreo de los indicadores, reflejando la efectividad del seguimiento y la capacidad de adaptación ante fluctuaciones a lo largo del periodo evaluado.

## GESTIÓN DEL RIESGO

Durante la vigencia 2024, se implementó el **sistema de gestión del riesgo**, enfocado en la identificación, evaluación y mitigación de riesgos en diferentes servicios de la institución. Como parte de este proceso, se adoptó una **matriz de evaluación 5x5**, permitiendo clasificar los riesgos según su **probabilidad e impacto**.

Dentro de este marco, se logró un **40% de avance en el plan de mejora**, en la fase de **"Planear y Hacer"**, centrado en la documentación de estrategias para la reducción de riesgos críticos.

SERVICIO	NIVEL DE RIESGO				TOTAL RIESGOS IDENTIFICADOS
	RIESGO NO TOLERABLE	RIESGO IMPORTANTE	RIESGO MODERADO	RIESGO BAJO	
HOSPITALIZACIÓN	4	7	3	0	14
URGENCIAS	4	6	8	0	18
CIRUGÍA	0	6	7	0	13
UCI ADULTOS	5	1	4	0	10
UCI PEDIÁTRICA	1	4	3	0	8
UCI NEONATAL	0	5	3	0	8
UNIDAD MATERNA	1	4	5	0	10

Se identificaron **riesgos en áreas clave** como hospitalización, urgencias, cirugía, UCI adultos, UCI pediátrica, UCI neonatal y unidad materna. A partir de este análisis, se establecieron niveles de riesgo en cada servicio, clasificándolos como **riesgo no tolerable, importante, moderado o bajo**.

El enfoque adoptado en **2024** permitió no solo una mayor visibilidad de los riesgos asistenciales, sino también la implementación de medidas preventivas y correctivas,

con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en la institución.

### Auditorías Externas por Entes Territoriales de Caldas – 2024

Durante el año 2024, se recibieron un total de **19 auditorías externas** por parte de los entes territoriales de Caldas. Del total de auditorías:

- **63%** no requirieron la implementación de planes de mejora.
- **26%** derivaron en planes de mejora que fueron ejecutados en su totalidad.
- **5%** se encuentran en proceso de ejecución.
- **5%** permanecen sin ejecutar al cierre del año.

Este balance refleja una gestión eficiente en el cumplimiento de estándares y regulaciones, garantizando la calidad y mejora continua en los procesos institucionales.

## AUDITORÍAS EXTERNAS E INTERNAS

### Auditorías Externas por Entes Territoriales de Caldas

Durante el año 2024, se recibieron un total de **19 auditorías externas** por parte de los entes territoriales de Caldas. Del total de auditorías:

- **63%** no requirieron la implementación de planes de mejora.
- **26%** derivaron en planes de mejora que fueron ejecutados en su totalidad.
- **5%** se encuentran en proceso de ejecución.
- **5%** permanecen sin ejecutar al cierre del año.

Este balance refleja una gestión eficiente en el cumplimiento de estándares y regulaciones, garantizando la calidad y mejora continua en los procesos institucionales.

### Auditorías Internas

En cuanto a la auditoría de procesos internos, se alcanzó un **cumplimiento global del 65%** a lo largo del año, con variaciones mensuales en los niveles de cumplimiento:

- **Meses con mayor cumplimiento:** Marzo (83%) y Octubre (69%).
- **Meses con menor cumplimiento:** Junio (50%) y Diciembre (56%).

Los principales procesos evaluados y su nivel de cumplimiento fueron:

- **Proceso de atención consulta de urgencias:** 83%
- **Proceso de triage atención inicial:** 79%

- **Proceso de atención a pacientes en observación: 71%**
- **Programa de notificación: 61%**
- **Proceso de manejo prehospitalario: 47%**
- **Registro de terminación/egresos: 24%**

Estos resultados reflejan avances en la gestión de calidad, con áreas de oportunidad identificadas para fortalecer la mejora continua dentro de la institución.

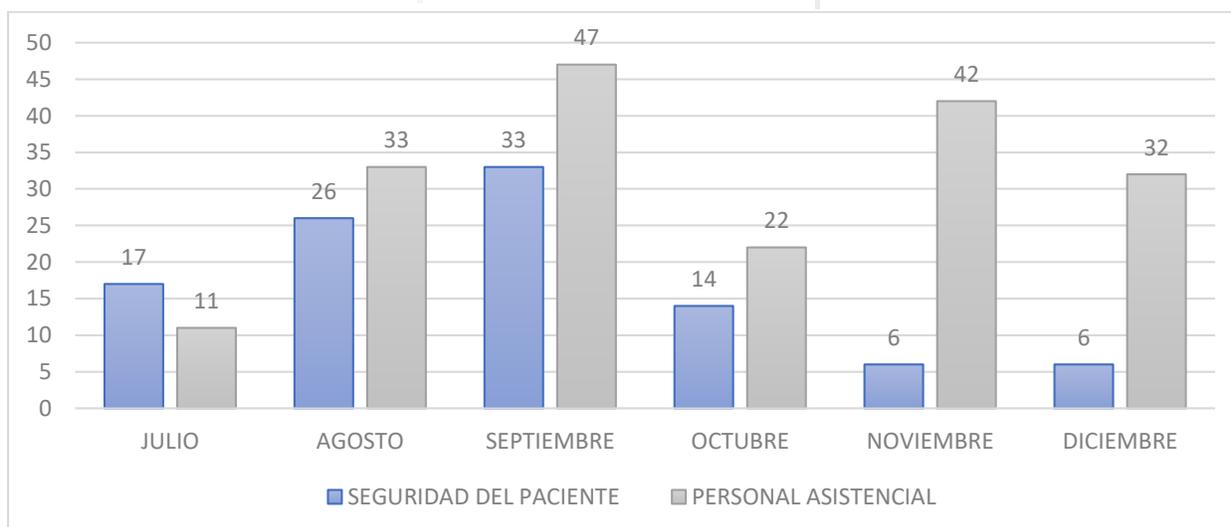
## GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se realizó la medición de la adherencia a las **guías de práctica clínica** adoptadas por la institución, obteniendo los siguientes resultados:

Práctica Clínica	Porcentaje de Adherencia
Identificación segura del paciente	80%
Administración segura de medicamentos	70%
Prevención del riesgo de caídas	77%
Prácticas seguras en prevención de UPP	71%
Prácticas de bioseguridad	79%
Prevención de flebitis	74%
Prácticas de comunicación asertiva	87%
Prácticas de cirugía segura	91%

La medición de la adherencia a las guías de práctica clínica adoptadas por la institución es un indicador clave de la cultura de seguridad del paciente. Los resultados obtenidos reflejan un compromiso institucional con la mejora continua, aunque existen oportunidades de fortalecimiento en algunas áreas críticas.

Comportamiento cultura del reporte seguridad del paciente



En el año 2024, se ha evidenciado un aumento en la cultura de seguridad del paciente por parte del personal de salud, reflejado en la cantidad de alertas de seguridad reportadas entre enero y diciembre.

A lo largo del año, se observó una variabilidad en el número de reportes, con picos significativos en mayo, agosto, septiembre y noviembre. Destaca el mes de septiembre, en el cual se registró el mayor número de complicaciones y eventos adversos, lo que podría estar relacionado con una mayor carga asistencial o factores específicos que afectaron la seguridad del paciente en ese periodo.

En total, se reportaron 504 alertas de seguridad, lo que demuestra el compromiso del personal en la identificación de incidentes y riesgos. Sin embargo, es importante señalar que el 52.1% de estas alertas corresponden a eventos adversos (263 en total), distribuidos de la siguiente manera:

- Flebitis en el sitio de venopunción: 64 casos
- Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS): 64 casos
- Lesiones por presión: 38 casos
- Reacciones adversas a medicamentos: 25 casos
- Caídas: 19 casos
- Retiro o auto retiro del paciente: 15 casos

Esta información resalta la importancia de continuar fortaleciendo las estrategias de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en la atención hospitalaria.

### Gestión de Planes de Mejora y Sensibilización en Seguridad del Paciente

Del total de eventos adversos reportados, se ha gestionado un plan de mejora en el 91% de los casos, logrando su cierre completo. El 9% restante corresponde a planes de mejora en curso que continuarán en 2025 dentro del programa de seguridad del paciente.

Como parte de este programa, se han implementado diversas estrategias de sensibilización para promover una atención segura. Entre ellas, se destacan los despliegues de capacitación dirigidos al personal de salud. A continuación, se presenta el detalle de los despliegues realizados por mes:

Mes	Número de Despliegues	Personas Capacitadas
Febrero	9	376
Marzo	18	419
Abril	9	347
Mayo	9	343
Junio	3	78
Julio	4	343
Agosto	3	71
Septiembre	1	74

Además, se llevaron a cabo tres despliegues adicionales en jornadas especiales, con el objetivo de fortalecer la cultura de seguridad del paciente y optimizar las prácticas asistenciales.

#### 1. Jornada de Higiene de Manos – Mayo

A comienzos de mayo, se realizó una jornada de higiene de manos con el propósito de sensibilizar al personal asistencial sobre su importancia en la prevención de infecciones. La actividad incluyó:

- Un stand informativo con material educativo.
- Visitas a cada uno de los servicios para reforzar la práctica adecuada del lavado de manos.

#### 2. Jornada de Seguridad del Paciente – 31 de julio

El 31 de julio se desarrolló la Caravana de Seguridad del Paciente, una estrategia que recorrió cada uno de los servicios hospitalarios, exponiendo las acciones clave para mejorar la seguridad del paciente. Durante la jornada, se promovieron las mejores prácticas en cada proceso asistencial seguro adoptado por la institución.

#### 3. Semana de la Seguridad del Paciente – 16 al 20 de septiembre

Entre el 16 y el 20 de septiembre, se llevó a cabo la Semana de la Seguridad del Paciente, un evento en el que cada servicio adoptó un proceso asistencial seguro y, a través de stands informativos, presentó los aspectos más relevantes de su implementación. Esta iniciativa fomentó la participación activa de todos los colaboradores del hospital, fortaleciendo el compromiso institucional con la seguridad del paciente.

### **Prácticas Asistenciales Seguras y Protocolos Implementados - 2024**

Como parte del compromiso con la seguridad del paciente, se han adoptado y reforzado diversas prácticas asistenciales seguras en la institución. Estas medidas buscan garantizar una atención de calidad y minimizar los riesgos para los pacientes.

#### Prácticas Asistenciales Seguras Adoptadas

N.º	Práctica Asistencial Segura
1	Identificación hospitalaria y ambulatoria del paciente
2	Administración segura de medicamentos
3	Prevención de caídas ambulatorias y hospitalarias
4	Prevención de lesiones en piel por presión

5	Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (bioseguridad - higiene de manos)
6	Cirugía segura
7	Seguridad en los procesos transfusionales
8	Comunicación efectiva entre el personal que cuida y atiende al paciente
9	Consentimiento informado
10	Reducción del riesgo en el binomio madre e hijo
11	Prevención de flebitis

### Actualización y Creación de Protocolos

Tipo de Protocolo	Protocolos
Protocolos Actualizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración segura de medicamentos</li> <li>- Seguridad del paciente en salas de cirugía</li> <li>- Venopunción y prevención de flebitis</li> <li>- Lesiones en piel</li> </ul>
Protocolos Creados	- Protocolo de baño del paciente

Estas acciones fortalecen la seguridad del paciente al estandarizar y mejorar los procesos asistenciales en la institución.

## OTRAS GESTIONES REALIZADAS POR EL PROGRAMA

Durante el año 2024, el programa de seguridad del paciente llevó a cabo diversas gestiones para fortalecer la calidad de la atención y la seguridad en los servicios asistenciales. Entre las acciones realizadas, se destacan:

### Dotación y Equipamiento:

- Se gestionó y entregaron bañeras al servicio de UCI Pediátrica, que anteriormente no contaba con este insumo.
- Se adquirieron medicamentos e insumos necesarios para completar los kits del servicio de urgencias.

### Capacitación y Mejora de Prácticas:

- Se realizaron diversas capacitaciones dirigidas al personal de salud.
- Se logró la adquisición de apósitos inteligentes para el abordaje y tratamiento de diferentes lesiones en la piel.

**Medidas para la Prevención de Riesgos:** Se solicitó la instalación de cintas antideslizantes en los baños con el fin de prevenir la ocurrencia de caídas.

Estas iniciativas reflejan el compromiso institucional con la seguridad del paciente y la mejora continua en la atención hospitalaria.

## GESTIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Durante el año 2024, los casos de interés en salud pública atendidos en el hospital reflejaron importantes desafíos epidemiológicos. Entre los eventos más relevantes se destacan:

- **Enfermedades de alta incidencia:** El dengue (456 casos) y las infecciones respiratorias agudas graves - IRAG (269 casos) fueron los eventos más reportados, lo que requirió estrategias intensivas de control y prevención.
- **Condiciones de alto impacto en salud materna:** Se registraron 72 casos de morbilidad materna extrema (MME), lo que subraya la necesidad de un seguimiento estricto y medidas de prevención.
- **Infecciones asociadas a la atención en salud:** Se reportaron 60 casos de infecciones asociadas a dispositivos (IAD), lo que enfatiza la importancia del cumplimiento de los protocolos de bioseguridad.
- **Persistencia de enfermedades crónicas y emergentes:** Aunque en menor proporción, se registraron 42 casos de COVID-19 y 29 de tuberculosis (TBC), reflejando la continuidad de la vigilancia epidemiológica.
- **Factores psicosociales y violencia:** Los intentos de suicidio (25 casos) y la violencia de género (23 casos) resaltaron la necesidad de un trabajo articulado con Psicología y Trabajo Social para la atención y prevención de estas situaciones.
- **Otros eventos de interés:** Se identificaron 23 casos de agresión por animales y 19 casos de morbilidad tardía.

### Casos de Interés Público en 2024

Evento de Salud Pública	Casos Reportados
Dengue	456
Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG)	269
Morbilidad Materna Extrema (MME)	72
Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD)	60
COVID-19	42
Tuberculosis (TBC)	29
Intento de Suicidio	25
Violencia de Género	23
Agresión por Animal	23
Morbilidad Tardía	19

## ESTADÍSTICAS VITALES Y TASA DE INFECCIONES EN ATENCIÓN EN SALUD

### Estadísticas Vitales

- La **tasa de natalidad ajustada** por edad en mujeres fértiles (15 a 49 años) osciló entre **13 y 18** en 2024, manteniéndose dentro del techo de tolerancia nacional.

- Se registraron **597 partos**, con una incidencia alta de partos por cesárea.
- La **tasa de mortalidad general** fue de **7.8** por cada 1,000 ingresos hospitalarios, con **359 defunciones**, lo que indica una tasa baja de mortalidad.

### Frecuencia de Nacimientos por Tipo de Parto

Mes	Nacimientos Totales	Parto Vaginal	Parto por Cesárea
<b>Enero</b>	58	30	28
<b>Febrero</b>	55	27	28
<b>Marzo</b>	53	31	22
<b>Abril</b>	49	27	22
<b>Mayo</b>	47	26	21
<b>Junio</b>	48	26	22
<b>Julio</b>	57	35	22
<b>Agosto</b>	56	31	25
<b>Septiembre</b>	52	30	22
<b>Octubre</b>	54	36	18
<b>Noviembre</b>	44	30	14
<b>Diciembre</b>	51	46	5
<b>TOTAL</b>	<b>597</b>	<b>375</b>	<b>222</b>

### Tasa de Infecciones en Atención en Salud

Se presentan los principales indicadores epidemiológicos en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), con estrategias de mejora aplicadas para la disminución de casos.

#### Tasa de Infecciones en UCI Adulto

Tipo de Infección	Tasa Global 2024	Picos de Incidencia	Acciones Correctivas
<b>Neumonía asociada a ventilación mecánica</b>	<b>5.1</b> por 1,000 días de dispositivo	Abril y Agosto	Plan de mejora implementado, reducción en Oct-Dic sin casos.
<b>Infección del torrente sanguíneo</b>	<b>6.3</b> por 1,000 días de dispositivo	Marzo, Abril y Octubre	Plan de mejora, reducción de casos en Nov y Dic.
<b>ITU asociada a dispositivos</b>	<b>3.0</b> por 1,000 días de dispositivo	Primer semestre	Intervención efectiva, reducción a 0 casos en Oct-Dic.

## Tasa de Infecciones en UCI Pediátrica

Tipo de Infección	Tasa Global 2024	Picos de Incidencia	de	Acciones Correctivas
Neumonía asociada a ventilación mecánica	0	No se presentaron casos		Continuidad de protocolos preventivos.
Infección del torrente sanguíneo	1.6 por 1,000 días de dispositivo	Primer semestre		Acciones correctivas lograron reducir a 0 en el segundo semestre.
ITU asociada a dispositivos	3.0 por 1,000 días de dispositivo	Pico en Junio con tasa de 25		Plan de mejora implementado, reducción significativa de casos.

## Tasa de Infecciones en UCI Neonatal

Tipo de Infección	Tasa Global 2024	Picos de Incidencia	de	Acciones Correctivas
Infección del torrente sanguíneo	15 por 1,000 días de dispositivo	Supera el techo de tolerancia	el de	Plan de mejora en ejecución para reducción progresiva de casos.

## HIGIENE DE MANOS GLOBAL

El cumplimiento global de higiene de manos ha oscilado entre **31% y 76%** a lo largo del año, evaluando todas las unidades funcionales. Se observa una mejora progresiva desde abril, alcanzando su punto más alto en septiembre y manteniendo una tendencia regular en el último trimestre del año.

### Comportamiento de la Adherencia a la Higiene de Manos

Mes	Porcentaje de Adherencia
Enero	71%
Febrero	72%
Marzo	No disponible
Abril	31%
Mayo	43%
Junio	59%
Julio	44%
Agosto	66%
Septiembre	76%
Octubre	74%
Noviembre	76%

Diciembre

71%

## PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA)

El programa PROA evalúa diversos indicadores clave para optimizar el uso de antibióticos y mejorar la calidad del tratamiento en los pacientes. Los indicadores medidos incluyen:

- Valoración por Infectólogo en pacientes que reciben más de 48 horas de antibiótico.
- Prescripción de antimicrobianos conforme a las guías implementadas.
- Toma de muestras para diagnóstico de infecciones antes de iniciar la terapia antibiótica.
- Ajuste de terapia antibiótica basado en hallazgos microbiológicos.
- Aplicación de profilaxis antibiótica.

El programa se encuentra en fase de implementación, con un seguimiento continuo para medir la adherencia de los profesionales involucrados y realizar mejoras según los resultados obtenidos.

**PROGRAMAS DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE LOS ANTIBIÓTICOS PROA**

VARIABLE	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Valoración por infectólogo de los pacientes que reciben más de 48 horas de antibiótico	38%	64%	73%	74%	80%		92%
Prescripción de antimicrobianos de acuerdo a las guías implementadas				86%	74%		50%
Toma de muestras para diagnóstico de infecciones previo al inicio de terapia antibiótica	50%	61%	73%	59%	67%		100%
Ajuste de terapia antibiótica de acuerdo a hallazgos microbiológicos	100%	100%	100%	100%	100%		100%
Aplicación de profilaxis antibiótica	25%	36%	86%	87%	85%	100%	79%

## GESTIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN AL USUARIO

Durante el año 2024, se realizaron **21.748 encuestas de satisfacción** a los usuarios de la IPS, obteniendo una **satisfacción global del 97,7%**.

El análisis mensual muestra una tendencia estable con niveles de satisfacción superiores al 98% en la mayoría de los meses, destacando octubre con un **100% de satisfacción**. El mes con menor porcentaje fue enero, con un **91%**, mientras que diciembre cerró con un **95%**.

Al evaluar la satisfacción por unidades de servicio, se evidencia una mayor satisfacción en **Unidad Materna, UCI Neonatal y UCI ADULTO**, alcanzando un

**100% de satisfacción** en estas áreas. Esto refleja un alto nivel de calidad percibida en la atención brindada en estos servicios.

## PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS EN LA IPS

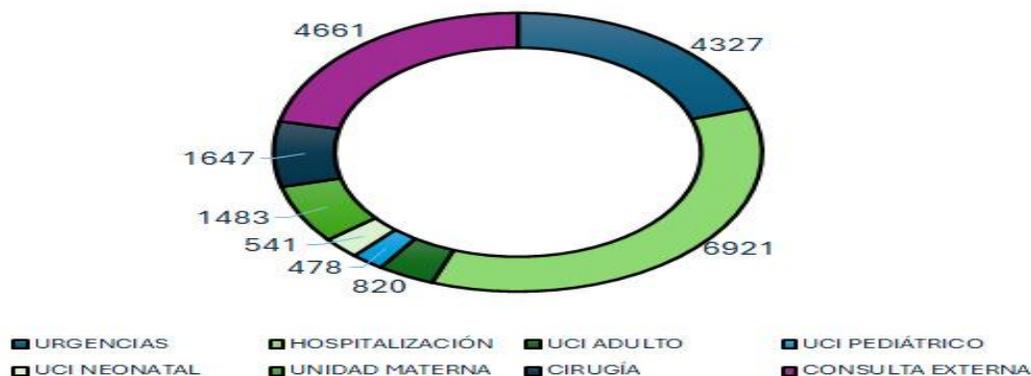


### UNIDADES DONDE SE ENFATIZÓ ATENCIÓN Humanización y Atención Empática

El proceso de medición de la satisfacción global pone especial énfasis en la **humanización y la atención empática** hacia los pacientes, priorizando las unidades donde estos aspectos son fundamentales.

Para garantizar la precisión de los resultados, se toma una muestra representativa equivalente al **95% del total de egresos mensuales**, con un margen de error del **5%**. Esta metodología permite obtener datos confiables y asegurar una mayor participación en los servicios de **mayor demanda**, como **Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias**, donde se concentra el mayor número de atenciones.

### ENCUESTAS POR SERVICIO



Para el año 2024, el **indicador de proporción de recomendación** alcanzó un **96%**, reflejando un alto nivel de satisfacción entre pacientes y familiares. Este resultado impacta positivamente en la **reputación, fidelización y demanda de servicios** de la institución, fortaleciendo la confianza en la atención brindada. Además, una alta tasa de recomendación no solo atrae a más pacientes, sino que también contribuye a mejorar la competitividad de la institución en el sector salud.

# GESTIÓN DE PQRSF – 2024

Durante el año 2024, se registraron un total de **896 PQRS-F**, calculadas sobre **42.528 egresos**. La distribución de estas solicitudes es la siguiente:

- **Quejas:** 1,15%
- **Sugerencias:** 0,42%
- **Felicitaciones:** 0,59%

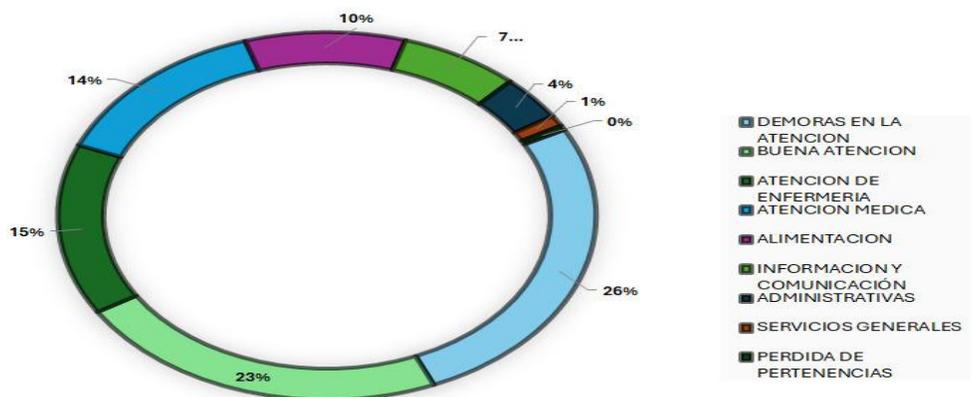
En cuanto a la gestión de las solicitudes recibidas:

- Se resolvió el **53% de las quejas**.
- Se atendió el **19% de las sugerencias**.
- Se respondió el **27% de las felicitaciones**, en reconocimiento a los agradecimientos de los usuarios.

Estos resultados reflejan el compromiso de la institución en la atención oportuna de las inquietudes y el fortalecimiento de la calidad en la prestación de los servicios.

## Causas de Quejas

La siguiente gráfica presenta las principales causas de quejas reportadas en el año 2024:



- **Demoras en la atención (26%):** Es la principal causa de quejas, con un impacto significativo en la percepción del servicio.
- **"Buena atención" (23%):** Hace referencia a expectativas no cumplidas o quejas menores.
- **Atención de enfermería (15%) y atención médica (14%):** Representan áreas críticas que requieren mejoras en calidad y trato.
- **Alimentación (10%) y comunicación administrativa (7%):** Se identifican oportunidades de mejora para aumentar la satisfacción del usuario.
- **Servicios generales (4%) y pérdida de pertenencias (1%):** Aunque menos frecuentes, siguen siendo aspectos relevantes a atender.

## Conclusión

Para mejorar la experiencia del paciente y la percepción del servicio, es fundamental Reducir los tiempos de atención, optimizar la calidad en la atención médica y de enfermería, fortalecer la comunicación administrativa. Estas acciones permitirán minimizar los motivos de queja y mejorar la satisfacción general de los usuarios.

## OTRAS GESTIONES REALIZADAS POR EL SIAU

Durante el año 2024, el Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU) implementó diversas estrategias para fortalecer la calidad del servicio, la comunicación con los usuarios y la mejora continua en la atención. A continuación, se destacan las principales acciones y su impacto:

**Socialización de deberes y derechos en todos los servicios:** Se promovió la comprensión de los derechos y deberes de los usuarios, incentivando su participación activa y el cumplimiento de las normativas hospitalarias.

**Ronda de hallazgos en todos los servicios:** Permitió identificar oportunamente áreas de mejora, facilitando la implementación de acciones correctivas y preventivas para optimizar la calidad del servicio.

**Captación de PQRS-F (Peticiónes, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones) en todos los servicios:** Se fortaleció el canal de retroalimentación con los usuarios, mejorando la gestión de la calidad y fomentando la confianza en el sistema de atención.

**Respuesta oportuna a las PQRS-F:** Se mejoró la percepción de los usuarios sobre el compromiso del hospital con la solución de problemas, fortaleciendo la confianza y la transparencia en la atención.

**Apertura de buzones en compañía de la Secretaría de Salud y vigilancia del hospital:** Se reforzó la transparencia en la comunicación y la gestión de opiniones y sugerencias de los usuarios.

**Reuniones mensuales con la Asociación de Usuarios:** Se promovió un diálogo constante y constructivo con los usuarios, lo que permitió identificar oportunidades de mejora y optimizar la atención.

**Capacitación del personal en gestión del usuario, enfoque diferencial y atención humanizada:** Se fortalecieron las competencias del talento humano, mejorando la calidad de la atención y la experiencia del usuario.

**Estrategias de descongestión en el servicio:** Se implementaron acciones para reducir tiempos de espera y mejorar el acceso oportuno a los servicios de salud.

**Encuestas de satisfacción y revisión diaria de decisiones en los servicios:** Se monitoreó la calidad percibida por los usuarios y se implementaron mejoras rápidas para optimizar la atención.

**Capacitación en comunicación y humanización del servicio:** Se promovió una atención más cercana y humanizada, garantizando transparencia y confianza en el proceso de atención.

**Cumplimiento de la Política de Participación Social en Salud:** Se incentivó la participación de los usuarios en la identificación y solución de oportunidades de mejora, contribuyendo a una gestión más efectiva y centrada en sus necesidades.

Estas acciones reflejan el compromiso del SIAU con la **mejora continua de la atención, la transparencia y la humanización del servicio**, impactando positivamente en la experiencia de los usuarios y la calidad hospitalaria.

### **Ejecución de la Política de Participación Social en Salud (PPSS)**

Durante el 2024, se implementaron diversas estrategias para garantizar el cumplimiento de la **Política de Participación Social en Salud (PPSS)**, promoviendo la inclusión activa de los usuarios en la toma de decisiones y la mejora continua de la atención en la institución.

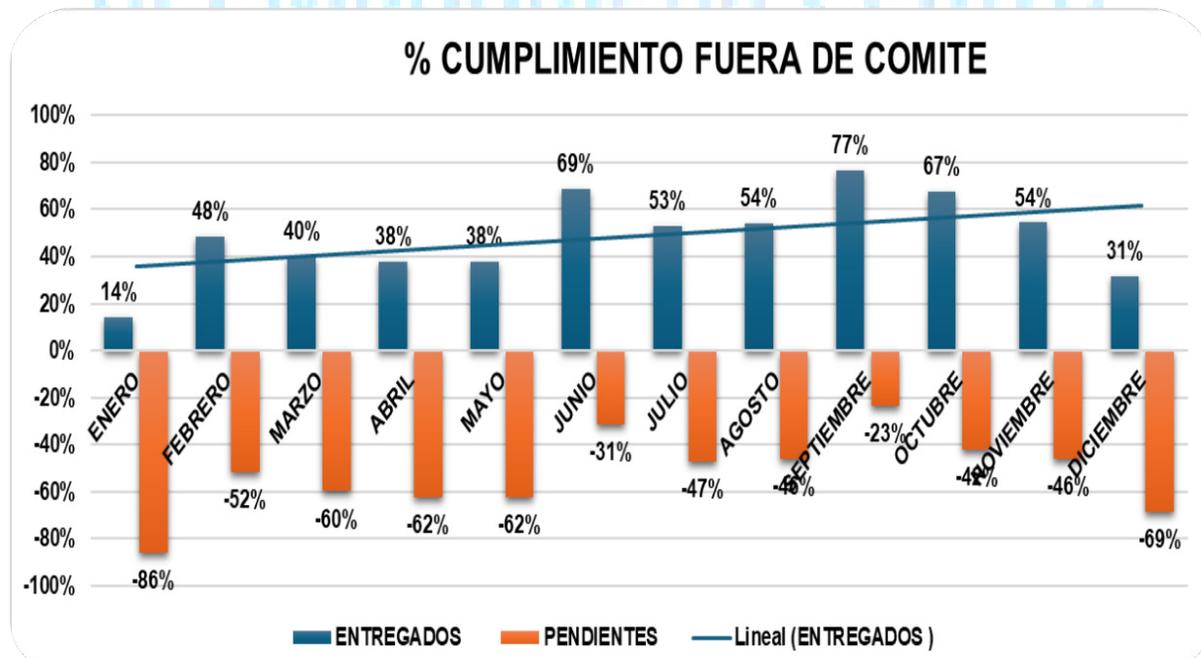
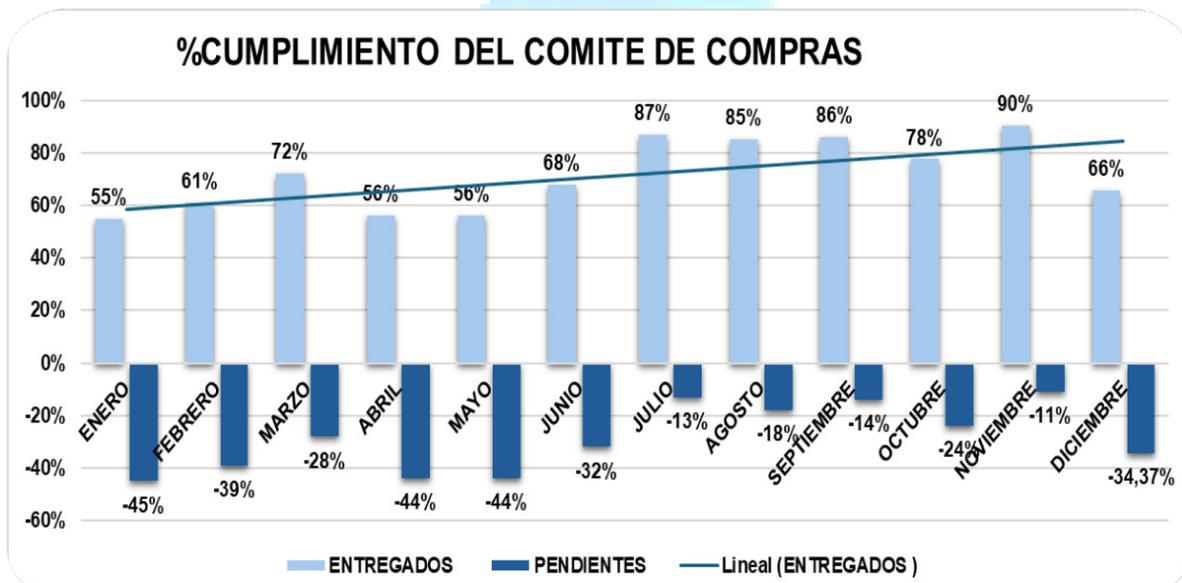
Entre las principales acciones desarrolladas se destacan:

- **Fortalecimiento de espacios de diálogo y participación:** A través de reuniones periódicas con la Asociación de Usuarios y otros actores del sistema de salud, se promovió la construcción colectiva de propuestas orientadas a mejorar la calidad del servicio.
- **Socialización de derechos y deberes:** Se realizaron actividades educativas para que los usuarios comprendieran mejor sus derechos y responsabilidades, fomentando una participación informada.
- **Gestión eficiente de PQRS-F:** Se optimizó la captación y respuesta de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones, garantizando mayor transparencia y confianza en la institución.

- **Capacitación del personal en atención humanizada y comunicación efectiva:** Se reforzaron las competencias del talento humano para brindar un servicio más cercano, empático y centrado en las necesidades del usuario.
- **Monitoreo de la satisfacción del usuario:** Se aplicaron encuestas de satisfacción y revisión de hallazgos en los servicios para implementar mejoras oportunas en la atención.

## GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

### 1. Gestión de compras y abastecimiento



Tanto en las solicitudes de compras generadas dentro y fuera de comité, no hubo un cumplimiento total a las órdenes de compras generadas. De tal manera, se plantearon esquemas de seguimiento a los proveedores para garantizar el abastecimiento total de lo requerido por la institución. Igualmente, se requiere el fortalecimiento logístico y de proveeduría de los proveedores contratados.

## GESTIÓN DE ACTIVOS FIJOS

Se da cumplimiento al cronograma de inventarios establecida, arrojando la siguiente información:

Contamos con 10122 elementos inventariados por un costo total de COP \$ 48.364.680.301. De los cuales 9 items corresponde a inventario en comodato por COP \$ 1.533.149.096.

TIPO DE INV	CANT	COSTO NETO PCGA.
CONSTRUCCIONES Y EDIFICACIONES	4	\$ 9.362.311.599,14
EQ MEDICO CIENTIFICO COMODATO	9	\$ 1.533.149.096,78
EQUIPO DE COMPUTO	352	\$ 1.120.882.963,08
EQUIPO DE COMPUTO COMODATO	796	\$ 263.399.619,22
EQUIPO DE COMUNICACION MOVIL-CELULARES	39	\$ 16.098.305,45
EQUIPO MEDICO CIENTIFICO	36	\$ 1.654.150.511,78
INSTRUMENTAL	2800	\$ 342.449.881,18
INSTRUMENTAL COMODATO	2	\$ 1,80
MAQ Y EQ ELECTRICO	44	\$ 603.648.287,77
MAQ Y EQUIPO ELECTRICO COMODATO	49	\$ 2.459.194.761,83
MAQ Y EQUIPO REFRIGERACION	41	\$ 194.837.185,92
MUEBLES Y ENSERES ADMON	1783	\$ 1.072.267.341,38
MUEBLES Y ENSERES HOSPITALARIOS	3391	\$ 3.331.230.690,86
MUEBLES Y ENSERES HOSPITALARIOS COMODATO	733	\$ 10.452.830.245,10
ADICION M Y ENSERES HOSPIT	19	\$ 19.635.237,22
ADICION CONSTRUCCIONES Y EDIFICACIONES	16	\$ 15.906.210.935,33
ADICION MAQ Y EQUIPO ELECTRICO COMODATO	1	\$ 26.197.969,82
MUEBLES Y ENSERES HOSPITALARIOS	7	\$ 6.185.667,41
<b>TOTAL</b>	<b>10122</b>	<b>\$ 48.364.680.301,07</b>

Se logró un etiquetado del 91%, siendo prioritario concluir al 100%, a través de la gestión oportuna de facturas para lograr respectivo cargue del inventario en el sistema de información SIESA

SERVICIO	CANT	ETIQ	%
ACTIVOS FIJOS	148	36	24%
BIOMEDICA	63	42	67%
CARDIOLOGIA	117	117	100%
CIRUGIA	592	593	100%
DIR. ADMINISTRATIVA	236	219	93%
DIR. CALIDAD	25	25	100%
DIR. TALENTO HUMANO	22	21	95%
DIR.COMERCIAL	153	150	98%
FACTURACION	39	34	87%
FARMACIA	190	160	84%
FISIOTERAPIA	8	8	100%
GASES MEDICINALES	8	6	75%
GERENCIA	57	54	95%
HARDWARE	552	256	46%
HOSPITALIZACION	1139	1129	99%
IMAGENOLOGIA	189	189	100%
UCI ADULTO	475	470	99%
UCI NEONATAL	382	382	100%
UCI PEDIATRICA	284	284	100%
UNIDAD MATERNA	245	240	98%
URGENCIAS	608	608	100%
SUCURSAL NEVA	56	50	89%
CONSULTA EXTERNA	221	221	100%
LABORATORIO CLINICO	135	131	97%
NUTRICIONISTA	9	9	100%
DIRECCION MEDICA	29	28	97%
COMUNICACIONES	8	7	88%
TRAUMANORTE	6	0	0%
ACCESO PRINCIPAL	10	10	100%
CEU	37	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>6043</b>	<b>5479</b>	<b>91%</b>

Del valor anterior, se cuenta con inventario asegurado COP \$26.849.868,215. Lo cual corresponde al 55% del inventario total.

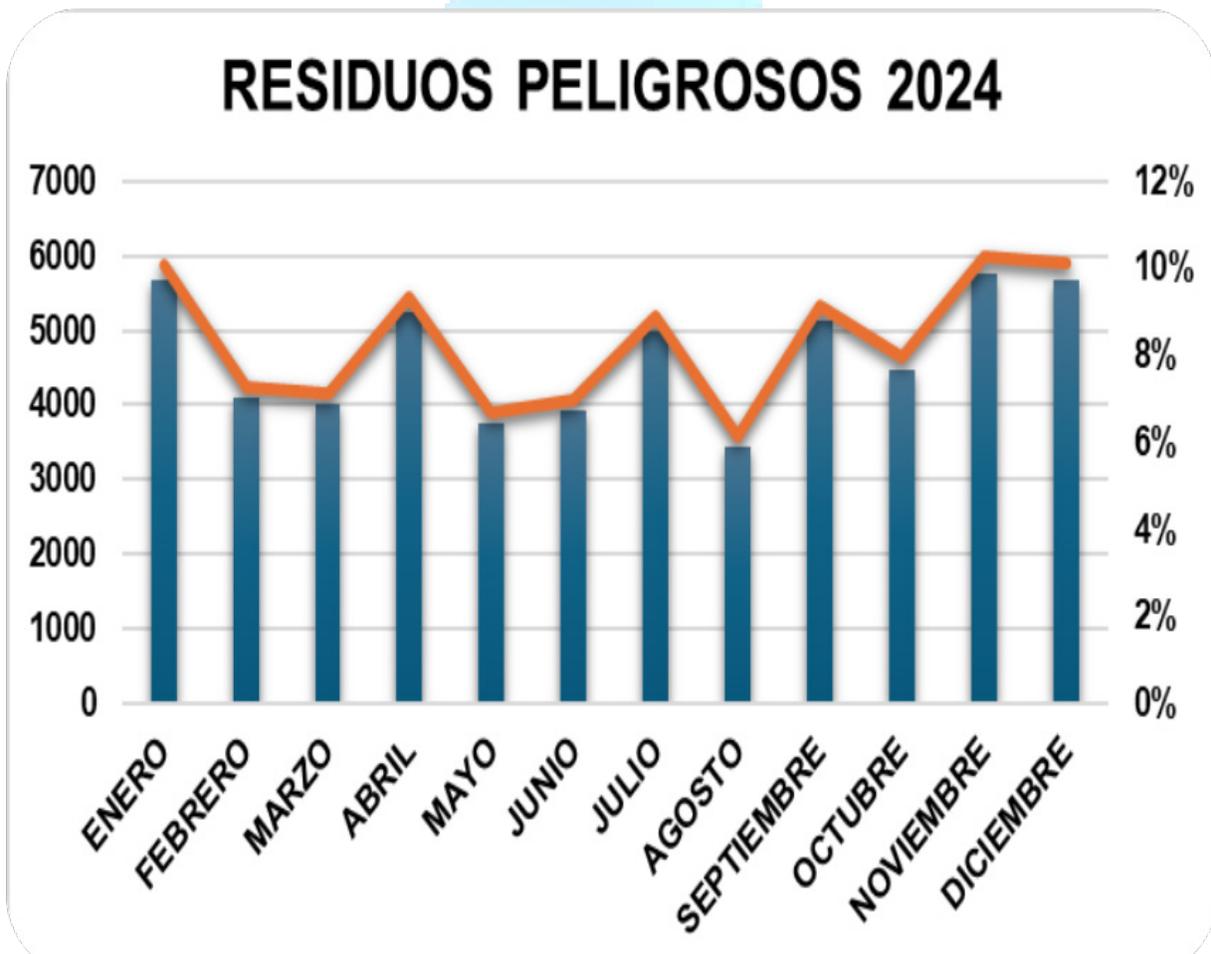
TIPO DE INVENTARIO	TOTAL
EQ BIOMEDICO	\$ 21.412.751.957,93
EQ BIOMEDICOS	\$ 11.755.950,00
EQ COMPUTO	\$ 1.492.105.352,59
EQ COMPUTO	\$ 518.959.872,00
EQ COMUNICACIONES	\$ 20.100.267,00
INSTRUMENTACION	\$ 8.120.066,00
INSTRUMENTAL	\$ 4.660.849,20
MAQ Y EQ ELECTRICO	\$ 1.674.528.232,57
MAQ Y EQ EREFRIGERACION	\$ 9.624.440,00
MAQ Y EQ REFRIGERACION	\$ 222.091.119,00
MUEBLES U ENSERES HOSPITALARIC	\$ 47.957.873,00
MUEBLES Y ENSERES ADMON	\$ 83.443.229,44
MUEBLES Y ENSERES HOSPITALARIC	\$ 1.336.961.490,62
MUEBLES Y ENSERES HOSPITALARIC	\$ 6.807.516,38
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 26.849.868.215,73</b>

# GESTIÓN AMBIENTAL

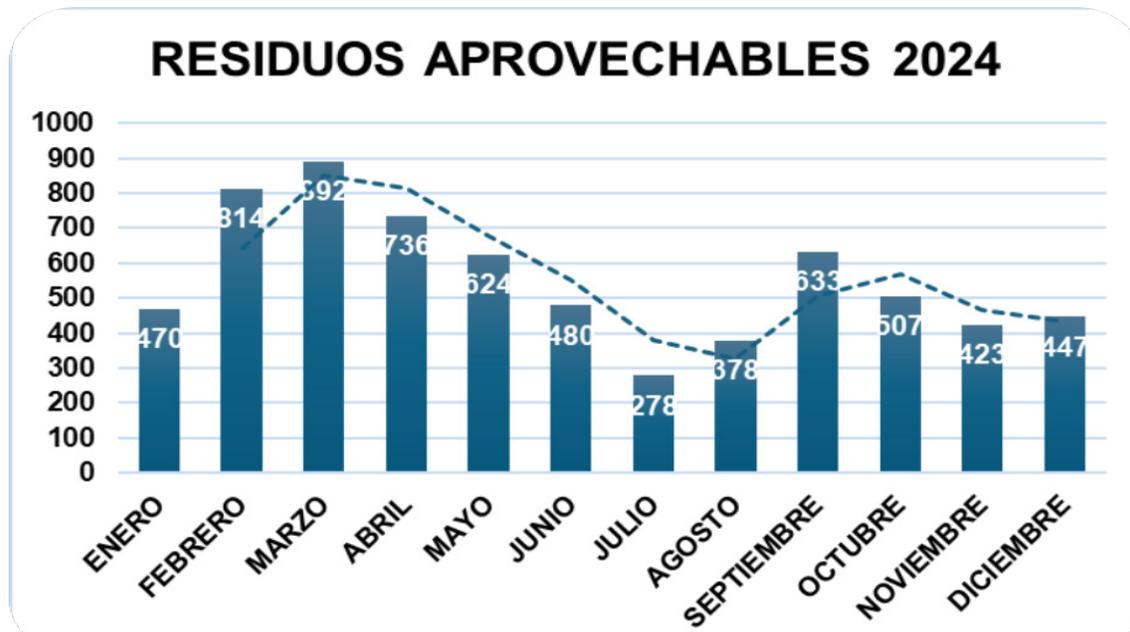
Dentro de las actividades rutinarias, se cumplió al 100% con los cronogramas de:

- Capacitación al personal sobre la gestión de residuos
- Sensibilización a los pacientes y sus familias sobre la segregación de residuos, ahorro de energía y agua
- Fumigación y Control de plagas mensual
- Lavado de tanques para almacenamiento de agua
- Recolección de lodos y aguas residuales

Dadas las actividades anteriores se contó con los siguientes resultados:



Se cuenta con un aliado estratégico para la recolección de residuos aprovechables, el cual aprovechó las siguientes cantidades:



Así mismo, se realiza el estudio de vertimiento de aguas residuales en la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales se cuentan con los siguientes resultados relevantes:

- Demanda química de oxígeno: 393 mg de O<sub>2</sub>/L. Límite normativo 300 mg de O<sub>2</sub>/L
- Sólidos suspendidos: 110 mg SST/L. Límite normativo 75 mg SST/L

Los resultados anteriores, plantean aumentar el número de mantenimientos del sistema, basado en que el volumen de agua residual es superior a la capacidad de almacenamiento de la PTAR.

## GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

- Se cumple en un 75% el cronograma de mantenimientos preventivos
- Avance de construcción del segundo piso: Instalación de pañete perimetral, instalación de estructura de cubierta, Instalación de mampostería perimetral, dinteles y columnetas.

## GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL SERVICIO FARMACÉUTICO

Se tuvieron los siguientes resultados en el control de inventarios:

UBICACIÓN	DETALLE	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
FARMACIA PRINCIPAL	INVENTARIO INICIAL	\$ 701.426.114	\$ 553.802.302	\$ 503.852.756	\$ 562.662.790	\$ 554.033.903	\$ 664.918.769	\$ 577.737.093	\$ 584.879.811	\$ 598.789.356	\$ 758.571.175	\$ 958.725.657
	INVENTARIO FINAL	\$ 729.011.572	\$ 551.667.145	\$ 518.926.878	\$ 559.514.303	\$ 557.839.621	\$ 576.454.822	\$ 589.169.965	\$ 608.293.692	\$ 602.849.817	\$ 757.586.865	\$ 1.012.778.561
	DIRERENCIA	-\$ 27.585.458	\$ 2.135.157	-\$ 15.074.122	\$ 3.148.487	-\$ 3.805.718	\$ 88.463.947	-\$ 11.432.872	-\$ 23.413.881	-\$ 4.060.461	\$ 984.310	-\$ 54.052.904
FARMACIA CX	DETALLE	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
	INVENTARIO INICIAL	\$ 345.194.220	\$ 232.634.840	\$ 339.271.170	\$ 380.112.545	\$ 226.712.610	\$ 296.774.093	\$ 344.423.014	\$ 253.644.488	\$ 56.610.151	\$ 389.629.717	\$ 340.652.918
	INVENTARIO FINAL	\$ 243.538.391	\$ 101.536.732	\$ 309.105.079	\$ 338.815.308	\$ 239.706.822	\$ 363.004.143	\$ 793.301.841	\$ 263.415.577	\$ 43.618.418	\$ 328.464.367	\$ 346.849.396
	DIRERENCIA	\$ 101.655.829	\$ 131.098.108	\$ 30.166.091	\$ 41.297.237	-\$ 12.994.212	-\$ 66.230.050	-\$ 448.878.827	-\$ 9.771.089	\$ 12.991.733	\$ 61.165.350	-\$ 6.196.478
BODEGA ALMACEN	DETALLE	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
	INVENTARIO INICIAL	\$ 1.437.345.408	\$ 917.339.575	\$ 1.055.086.890	\$ 1.395.958.035	\$ 1.457.973.725	\$ 1.348.131.428	\$ 1.183.217.181	\$ 1.077.128.156	\$ 1.463.959.449	\$ 1.393.155.858	\$ 2.372.112.561
	INVENTARIO FINAL	\$ 1.452.535.752	\$ 1.003.758.213	\$ 1.057.019.967	\$ 1.391.574.670	\$ 1.457.074.979	\$ 1.364.167.774	\$ 1.181.339.444	\$ 1.075.823.351	\$ 1.467.874.530	\$ 1.402.377.636	\$ 2.358.637.960
	DIRERENCIA	-\$ 15.190.344	-\$ 86.418.638	-\$ 1.933.077	\$ 4.383.365	\$ 898.746	-\$ 16.036.346	\$ 1.877.737	\$ 1.304.805	-\$ 3.915.081	-\$ 9.221.778	\$ 13.474.601
BODEGA BIOMEDICO	DETALLE	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
	INVENTARIO INICIAL	\$ 30.345.899	\$ 54.885.834	\$ 159.418.454	\$ 172.617.319	\$ 159.418.454	\$ 253.775.288	\$ 274.036.585	\$ 278.024.060	\$ 298.934.395	\$ 298.860.982	\$ 299.259.762
	INVENTARIO FINAL	\$ 17.483.626	\$ 54.885.534	\$ 159.418.454	\$ 172.617.319	\$ 159.418.454	\$ 253.775.288	\$ 274.057.754	\$ 278.024.060	\$ 298.934.395	\$ 298.230.065	\$ 297.415.956
	DIRERENCIA	\$ 12.862.273	\$ 300	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	-\$ 21.169	\$ -	\$ -	\$ 630.917	\$ 1.843.807

	DETALLE	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
LABORATORIO	INVENTARIO INICIAL	\$ 258.938.805	\$ 415.918.351	\$ 502.350.344	\$ 453.083.434	\$ 450.244.650	\$ 461.737.185	\$ 440.124.930	\$ 289.010.864	\$ 282.490.831	\$ 322.059.387	\$ 442.225.553
	INVENTARIO FINAL	\$ 259.483.246	\$ 414.941.901	\$ 505.441.495	\$ 453.279.279	\$ 450.645.914	\$ 497.818.516	\$ 442.339.843	\$ 287.472.506	\$ 304.613.367	\$ 304.850.887	\$ 442.225.553
	DIRERENCIA	-\$ 544.441	\$ 976.450	-\$ 3.091.151	-\$ 195.845	-\$ 401.264	-\$ 36.081.331	-\$ 2.214.913	\$ 1.538.358	-\$ 22.122.536	\$ 17.208.500	\$ -
HEMOCOMPONENTES	DETALLE	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
	INVENTARIO INICIAL	\$ 28.935.001	\$ 6.944.405	\$ 9.168.060	\$ 19.745.667	\$ 94.406.070	\$ 45.358.118	\$ 32.612.422	\$ 9.143.337	\$ 11.954.126	\$ 1.933.628.225	\$ 26.506.500
	INVENTARIO FINAL	\$ 28.034.329	\$ 6.944.405	\$ 8.251.276	\$ 19.745.667	\$ 94.406.070	\$ 45.358.118	\$ 32.688.420	\$ 9.143.337	\$ 11.954.126	\$ 1.927.672.095	\$ 26.506.500
	DIRERENCIA	\$ 900.672	\$ -	\$ 916.784	\$ -	\$ -	\$ -	-\$ 75.998	\$ -	\$ -	\$ 5.956.130	\$ -
HEMODYNAMIA	PARA LO MESES DE FEBRERO Y MARZO NO SE TENIA HABILITADO EL SERVICIO DE HEMODYNAMIA	DETALLE	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
	INICIAL	\$ 301.746.277	\$ 232.341.028	\$ 208.213.370	\$ 266.227.731	\$ 278.193.844	\$ 242.664.585	\$ 294.811.358	\$ 284.834.455	\$ 301.648.694		
	FINAL	\$ 244.477.547	\$ 235.128.243	\$ 211.301.302	\$ 266.692.885	\$ 276.955.615	\$ 245.060.034	\$ 296.259.054	\$ 285.679.136	\$ 301.648.694		
	DIRERENCIA	\$ 57.268.730	-\$ 2.787.215	-\$ 3.087.932	-\$ 465.154	\$ 1.238.229	-\$ 2.395.449	-\$ 1.447.696	-\$ 844.681	\$ -		

Se identificó la oportunidad de mejora respecto a la oportunidad de los procesos rutinarios como movimientos internos del inventario, movimiento entre bodegas, dispensación, devoluciones y aprovechamientos de medicamentos e insumos.

Así mismo se relaciona el costo de consumo de medicamentos y dispositivos dispensados a los servicios del hospital:

MES	FACTURABLE	NO FACTURABLE	TOTAL MES
ENERO	\$ 699.191.690	\$ 75.373.224	\$ 774.564.914
FEBRERO	\$ 815.029.853	\$ 89.206.954	\$ 904.236.807
MARZO	\$ 779.847.480	\$ 82.144.042	\$ 861.991.522
ABRIL	\$ 870.650.494	\$ 101.608.372	\$ 972.258.866
MAYO	\$ 640.953.957	\$ 88.228.077	\$ 729.182.034
JUNIO	\$ 782.757.073	\$ 83.475.725	\$ 866.232.798
JULIO	\$ 746.575.043	\$ 90.402.837	\$ 836.977.880
AGOSTO	\$ 471.060.163	\$ 89.828.465	\$ 560.888.628
SEPTIEMBRE	\$ 523.586.210	\$ 81.446.321	\$ 605.032.531
OCTUBRE	\$ 644.332.578	\$ 82.528.630	\$ 726.861.208
<b>Total general</b>			<b>\$ 37.090.753.687</b>

### Medicamentos

MES	FACTURABLE	NO FACTURABLE	TOTAL MES
ENERO	\$ 2.117.237.305	\$ 103.220.466	\$ 2.220.457.771
FEBRERO	\$ 2.543.699.605	\$ 172.193.639	\$ 2.715.893.244
MARZO	\$ 2.636.551.817	\$ 116.649.004	\$ 2.753.200.821
ABRIL	\$ 2.994.808.870	\$ 127.182.161	\$ 3.121.991.031
MAYO	\$ 2.809.992.930	\$ 145.969.643	\$ 2.955.962.573
JUNIO	\$ 2.764.984.468	\$ 159.040.786	\$ 2.924.025.254
JULIO	\$ 3.287.833.520	\$ 189.670.752	\$ 3.477.504.272
AGOSTO	\$ 2.486.755.369	\$ 152.133.120	\$ 2.638.888.489
SEPTIEMBRE	\$ 2.657.881.259	\$ 195.805.585	\$ 2.853.686.844
OCTUBRE	\$ 3.154.787.036	\$ 216.791.556	\$ 3.371.578.592
<b>Total general</b>			<b>\$ 29.033.188.890</b>

### Dispositivos

<b>COSTO INSUMOS COLECTIVO</b>	
MES	total costo
ENERO	\$ 48.172.155
FEBRERO	\$ 40.064.496
MARZO	\$ 40.925.765
ABRIL	\$ 34.709.264
MAYO	\$ 30.908.815
JUNIO	\$ 25.593.440
JULIO	\$ 29.936.171
AGOSTO	\$ 34.103.382
SEPTIEMBRE	\$ 31.802.888
OCTUBRE	\$ 39.770.872
<b>Total general</b>	<b>\$ 355.987.249</b>

Se tuvo un inventario sin rotar por COP \$ 458.538.574, discriminado de la siguiente manera:

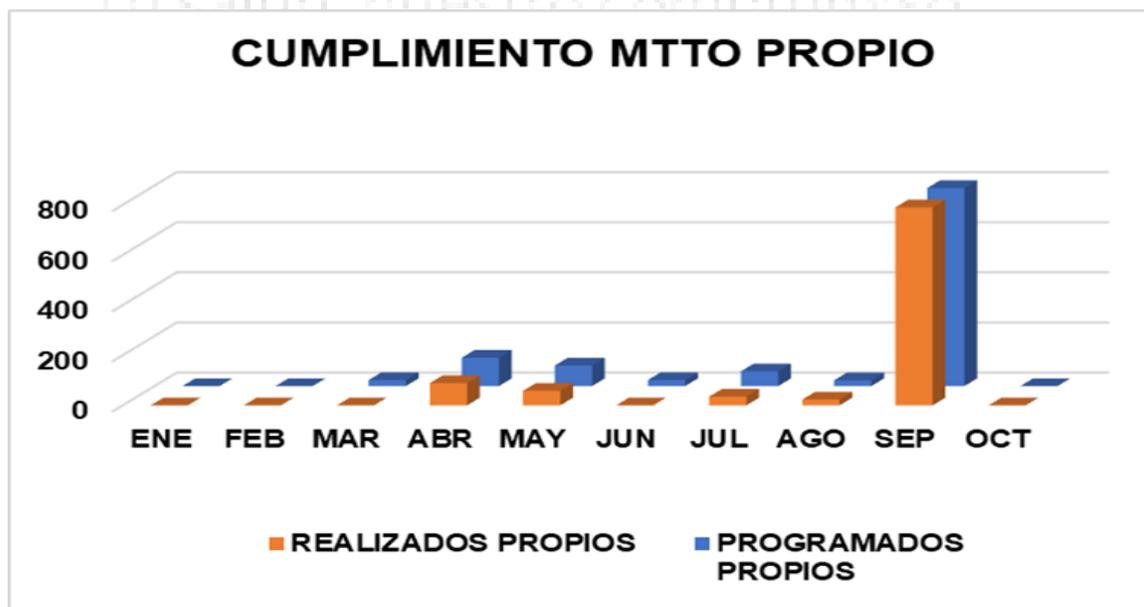
GRUPO	COSTO
HEMODINAMIA	\$ 47.344.267
ALIMENTOS	\$ 16.969.397
DISPOSITIVOS MEDICOS	\$ 371.613.690
MEDICAMENTOS	\$ 22.611.220
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 458.538.574</b>

Del cual se hizo devolución de dichos elementos al proveedor logístico.

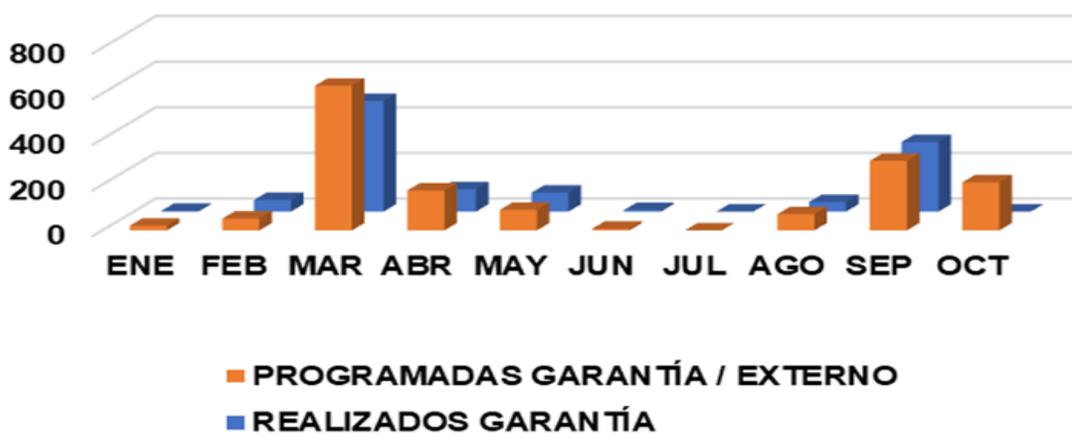
## GESTIÓN BIOMÉDICA

Se cumplió al 100% los mantenimientos propios de la institución y un 99,9% en el cumplimiento de los equipos realizados por garantía durante el primer semestre del 2024; el único proveedor que incumplió fue GERMAR con la prueba de esfuerzo, pero fue realizada por el HACMC en el mes de JULIO.

Durante el segundo semestre se lleva un cumplimiento del 100% en los propios de la institución y un 94% en los mantenimientos externos; faltantes 1 incubadora neonatal (EQUITRONIC), 1 torre de gastro (ENDOCOL) y 2 Analizadores (BIOMERIEUX).



## CUMPLIMIENTO MTTTO GARANTIA / EXTERNO



Se dio cumplimiento al 94% de los mantenimientos correctivos solicitados:

C O R R E C T I V O S	MES	REPORTADOS	CORREGIDOS	CUMPLIMIENTO
	ENE	12	9	75%
	FEB	32	29	91%
	MAR	8	8	100%
	ABR	10	10	100%
	MAY	13	12	92%
	JUN	10	10	100%
	JUL	13	10	77%
	AGO	19	14	95%
	SEP	10	10	100%
	OCT	6	6	100%
	NOV	14	14	100%
	DIC	28	28	100%

Respecto a equipos fuera de servicio, se identifica la posibilidad de mejora en la gestión de repuestos o de visita por parte de proveedores:

C O R R E C T I V O S	MES	FUERA DE SERVICIO	EQUIPOS PUESTOS EN MARCHA	EQUIPOS DE BAJA	%EQUIPOS FUERA DE SERVICIO
	ENE	3	0	1	0,21%
	FEB	5	0	1	0,35%
	MAR	4	0	0	0,28%
	ABR	4	0	0	0,28%
	MAY	5	0	1	0,35%
	JUN	4	2	0	0,28%
	JUL	5	0	2	0,35%
	AGO	8	0	0	0,56%
	SEP	1	0	0	0,07%
	OCT	0	0	0	0,00%
	NOV	3	1	1	0,21%
	<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2,94%</b>

Así mismo, respecto a las capacitaciones realizadas frente al manejo y buen uso de los equipos biomédicos, se identifica la necesidad de plantear nuevas estrategias que en conjunto con el área de capacitaciones, eleven la participación a dichos espacios por parte del personal asistencial.

SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT
	%Asist									
HEMODINAMIA	0%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
CIRUGIA	28%	8%	83%	94%	24%	0%	0%	0%	0%	0%
UCI ADULTO	29%	0%	48%	37%	37%	0%	0%	0%	33%	0%
UCI NEONATAL	0%	43%	0%	57%	33%	0%	0%	60%	0%	0%
UCI PEDIATRICA	27%	0%	0%	73%	47%	0%	0%	30%	20%	0%
HOSPITALIZACIÓN	18%	0%	0%	0%	73%	0%	0%	22%	0%	0%
URGENCIAS	0%	0%	60%	45%	36%	0%	0%	29%	0%	0%
CARDIOLOGIA	0%	0%	0%	100%	50%	0%	0%	0%	0%	0%
UNIDAD MATERNA	0%	25%	56%	50%	63%	0%	0%	33%	0%	0%
FISIOTERAPEUTAS	100%	0%	0%	0%	75%	0%	0%	0%	0%	0%

El programa de tecnovigilancia tuvo 9 reportes de equipo biomédico con alguna novedad en su uso:

MES	TECNO ACTIVA	INVIMA	
		ALERTAS	INFORMES DE SEGURIDAD
ENERO	0	0	0
FEBRERO	0	0	1
MARZO	0	0	0
ABRIL	0	0	0
MAYO	0	0	0
JUNIO	0	0	0
JULIO	5	1	0
AGOSTO	4	0	1
SEPTIEMBRE	0	0	0
OCTUBRE	0	0	0

## GESTIÓN DOCUMENTAL

Durante el 2024 se recibieron 12.522 historias clínicas, entregadas por el área de facturación, de las cuales se han digitalizado y organizado 11.522 historias clínicas, contando con 4.601 historias clínicas inventariadas y encarpetadas.

Historias Clínicas Digitalizadas y Organizadas						
MES	HC ENTREGADAS	HC DIGITALIZADAS	HC ORGANIZADAS	HC ENCARPETADAS	HC INVENTARIADAS	PEDINETES POR ORGANIZAR
ENERO	120	40	40	80	80	80
FEBRERO	1033	1033	1033	1033	1033	0
MARZO	38	38	38	38	38	0
ABRIL	800	800	800	400	400	0
MAYO	800	800	800	600	600	0
JUNIO	1951	1951	1951	400	400	0
JULIO	1180	1180	1180	500	500	0
AGOSTO	900	600	600	100	100	0
SEPTIEMBRE	4100	1058	1058	500	500	0
OCTUBRE	500	930	930	300	300	0
NOVIEMBRE	800	1470	1470	550	550	0
DICIEMBRE	300	1625	1625	100	100	2419
TOTAL	12.522	11.525	11.525	4.601	4.601	2.419

Así mismo, se entregaron 861 historias clínicas a pacientes por distintos medios

ENTREGA DE HIISTORIAS CLINICAS				
MES	HC ENTREGADAS	HC ENTREGADAS CORREO	HC ENTREGADAS FISICO	HC ENTREGADAS DIGIFILE
ENERO	80	2	3	75
FEBRERO	25	3	22	0
MARZO	57	9	8	40
ABRIL	71	0	0	71
MAYO	61	0	2	59
JUNIO	61	0	1	60
JULIO	65	0	2	63
AGOSTO	70	0	2	68
SEPTIEMBRE	97	2	2	93
OCTUBRE	107	3	2	102
NOVIEMBRE	98	2	1	95
DICIMENBRE	138	2	1	135
TOTAL	792	23	46	861

## GESTIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Contamos con cinco aplicativos institucionales, entre los cuales se encuentra Urosoft, SIESA, Intranext, Digifile, Kejudesk.

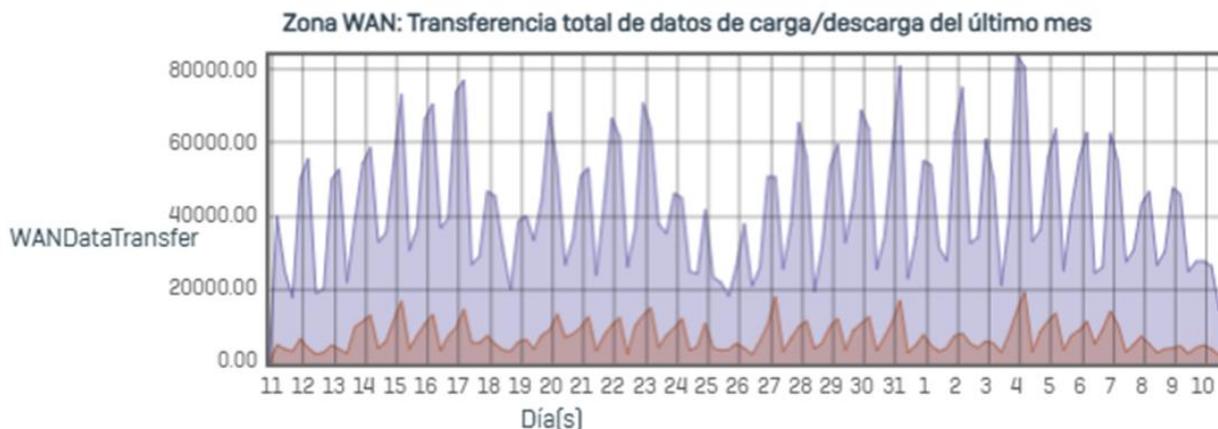
Durante el año se reportaron 3317 ticket a través del aplicativo kejudesk, de los cuales 3311 se pudo ofrecer un cierre definitivo.

Se realiza el acompañamiento en los servicios en la capacitación de la herramienta

CUMPLIMIENTO CAPACITACIONES 2024				
MES	CAPACITACIONES REALIZADAS	CAPACITACION PERFIL	RESULTADO	TEMA
ENERO	19	107	100%	INGRESO E INDUCCION A SISTEMA UROSOFT
FEBRERO	22	69	100%	INGRESO E INDUCCION A SISTEMA UROSOFT
MARZO	16	69	100%	INGRESO E INDUCCION A SISTEMA UROSOFT
ABRIL	14	45	100%	INGRESO E INDUCCION A SISTEMA UROSOFT
MAYO	14	32	100%	INGRESO E INDUCCION A SISTEMA UROSOFT
JUNIO	9	14	100%	INGRESO E INDUCCION A SISTEMA UROSOFT
JULIO	11	24	100%	INGRESO E INDUCCION A SISTEMA UROSOFT
AGOSTO	12	26	100%	INGRESO E INDUCCION A SISTEMA UROSOFT
SEPTIEMBRE	8	26	100%	INGRESO E INDUCCION A SISTEMA UROSOFT
OCTUBRE	13	23	100%	INGRESO E INDUCCION A SISTEMA UROSOFT
NOVIEMBRE	10	96	100%	INGRESO E INDUCCION A SISTEMA UROSOFT
DICIEMBRE	4	24	100%	INGRESO E INDUCCION A SISTEMA UROSOFT

## GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

Respecto al servicio de conexión de datos se experimentaron interrupciones, debido a problemas con la estabilidad eléctrica en nuestra infraestructura.

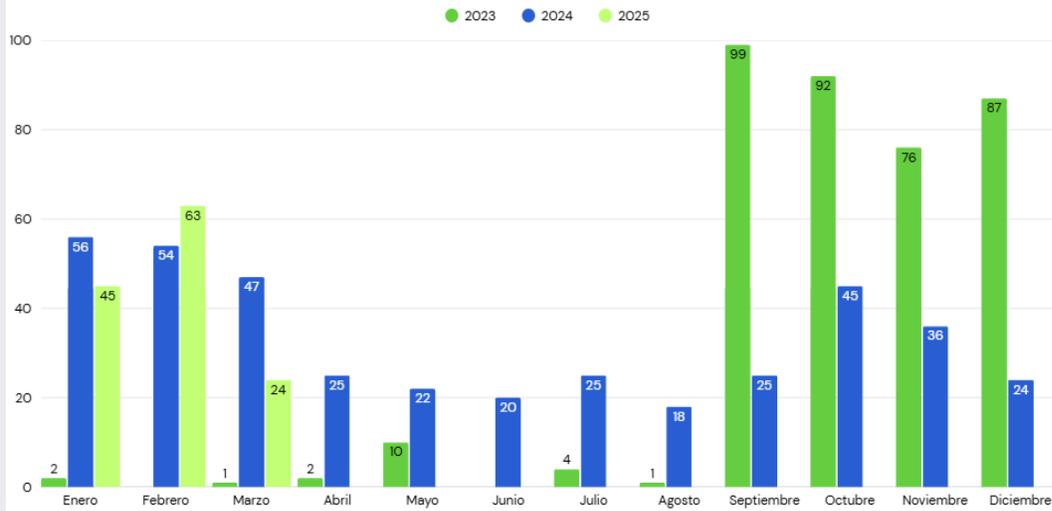


Se registraron 1008 ticket generados por kejudesk. De los cuales todos tenían cierre definitivo.

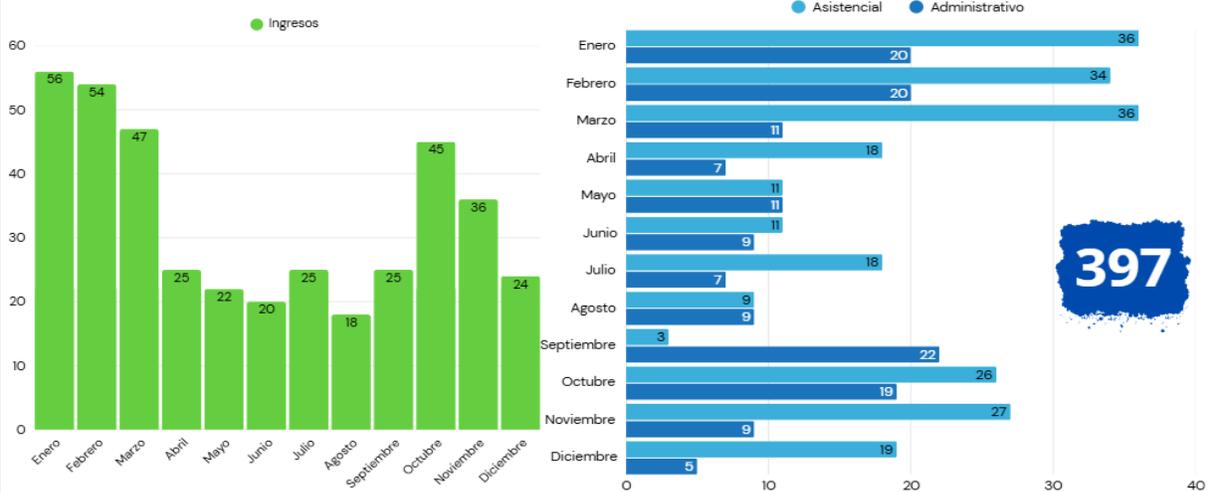
## GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

INGRESOS			
	2023	2024	2025
Enero	2	56	45
Febrero	0	54	63
Marzo	1	47	24
Abril	2	25	
Mayo	10	22	
Junio	0	20	
Julio	4	25	
Agosto	1	18	
Septiembre	99	25	
Octubre	92	45	
Noviembre	76	36	
Diciembre	87	24	
<b>TOTAL</b>	<b>374</b>	<b>397</b>	<b>132</b>

## Ingresos Personal 2023-2024-2025



## Ingresos 2024

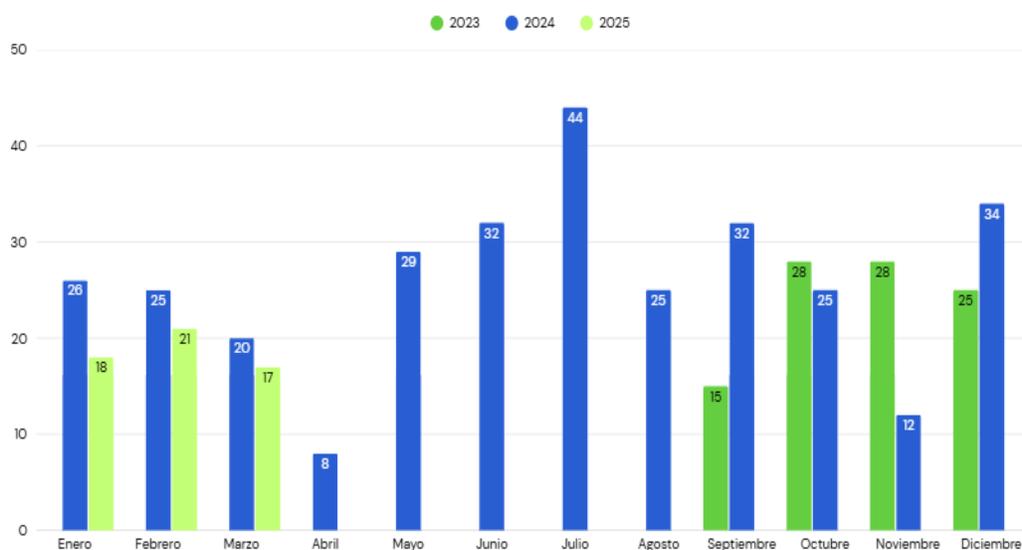


RETIROS			
	2023	2024	2025
Enero	0	26	18
Febrero	0	25	21
Marzo	0	20	17
Abril	0	8	
Mayo	0	29	
Junio	0	32	

Julio	0	44	
Agosto	0	25	
Septiembre	15	32	
Octubre	28	25	
Noviembre	28	12	
Diciembre	25	34	
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>312</b>	<b>56</b>

## RETIROS 2023-2024-2025

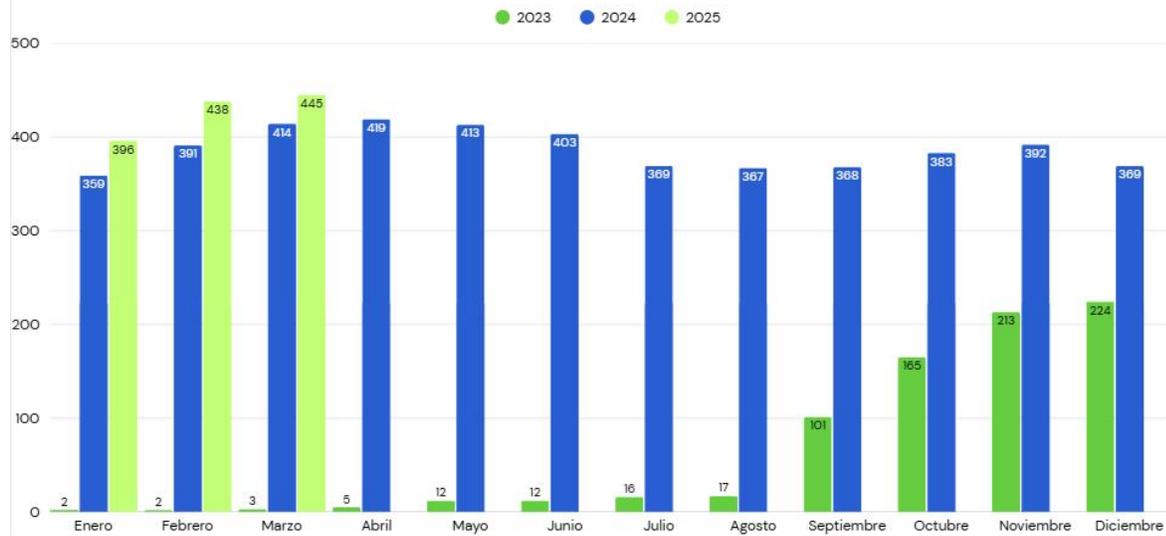
Hospital de Alta Complejidad  
del Magdalena Centro



2023: 96  
2024: 312  
2025: 56

PLANTA	2023	2024	2025
Enero	2	359	396
Febrero	2	391	438
Marzo	3	414	445
Abril	5	419	
Mayo	12	413	
Junio	12	403	
Julio	16	369	
Agosto	17	367	
Septiembre	101	368	
Octubre	165	383	
Noviembre	213	392	
Diciembre	224	369	

## Planta Personal 2023-2024-2025



ACCIDENTES SST		
	2024	2025
Enero	5	2
Febrero	5	1
Marzo	3	2
Abril	11	
Mayo	2	
Junio	1	
Julio	3	
Agosto	1	
Septiembre	1	
Octubre	5	
Noviembre	3	
Diciembre	4	
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>5</b>

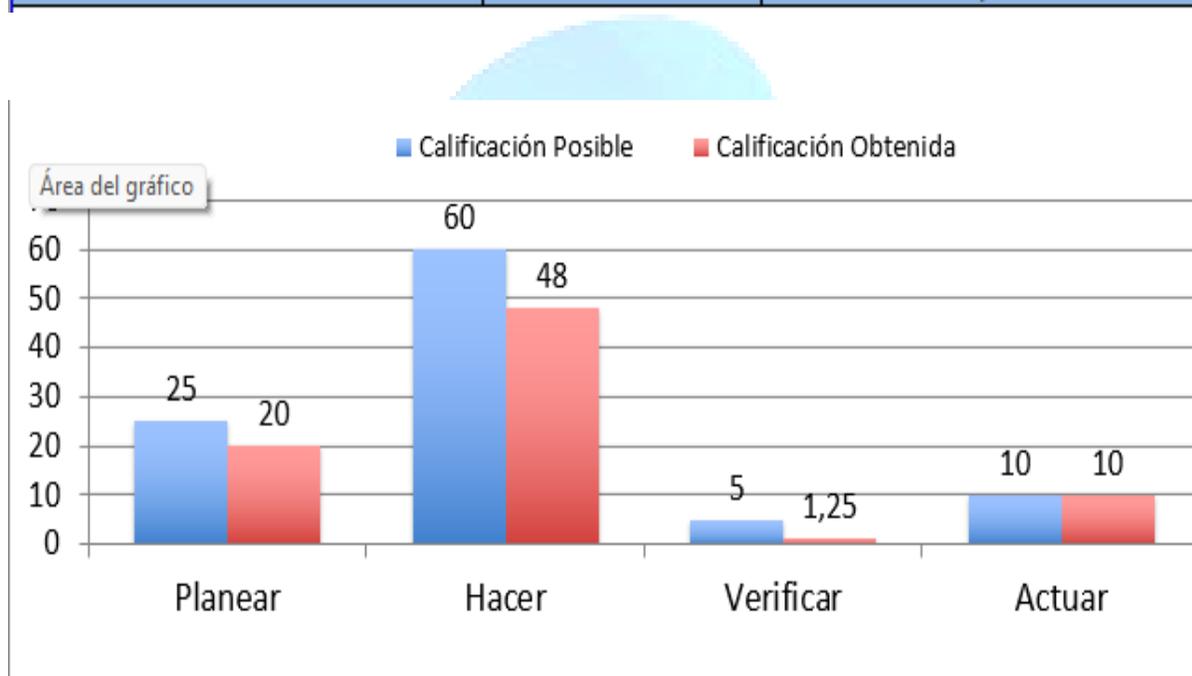


Dentro de los accidentes laborales más frecuentes se tiene:

Diagnostico Principal	Accidentes	Días
PUNCION O LACERACION ACCIDENTAL DURANTE UN PROCEDIMIENTO NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	35	0
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	3	15
CONTUSION DE LA RODILLA	2	0
CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE	2	0
CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS	1	0
CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUNECA Y DE LA MANO	1	0
CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	1	0
CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO	1	0
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>47</b>

La evaluación de los estándares mínimos del SST fue de:

Ciclo	Calificación Posible	Calificación Obtenida
Planear	25	20
Hacer	60	48
Verificar	5	1,25
Actuar	10	10
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>79,25</b>



Para el año 2024, el cumplimiento de los estándares mínimos ante el ministerio del trabajo fue de 79,25%, Considerando que se trata de una institución en su primer año de operación, la base de su funcionamiento se encuentra en el proceso de gestión (hacer). Durante la etapa de planificación, se realizaron ajustes derivados tanto del comportamiento institucional, como del histórico necesario para asegurar una ejecución adecuada.

## GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN COMERCIAL

Puntos azules: El hospital de Alta Complejidad del Magdalena Centro, cuenta con ocho (8) puntos azules distribuidos en el departamento de Caldas, Tolima y Boyacá, con el fin de brindar un acercamiento a los usuarios de otros municipios a los diferentes servicios ofertados.

**Hospital de Alta Complejidad del Magdalena Centro**  
Tu salud, nuestro compromiso

**NUESTROS Puntos Azules**

**PUERTO BOYACÁ**  
📍 Carrera 4 N° 27 - 81  
☎ 302 781 5542

**MARQUETALIA**  
📍 Calle 4 N° 2A - 40  
☎ 302 657 6384

**SAMANA**  
📍 Calle 6 N° 9 - 71 Local 102  
☎ 302 722 6624

**NORCASIA**  
📍 Carrera 5 N° 13 - 20  
☎ 302 835 0138

**MANZANARES**  
📍 Calle 6 N° 5 - 60  
☎ 302 792 6077

**LÉRIDA**  
📍 Carrera 6 N° 7 - 71 Local 2  
☎ 302 835 7643

**MARIQUITA**  
📍 Avenida Quesada N° 5 - 22  
☎ 302 654 0417

**HONDA**  
📍 Calle 8 N° 22 - 29  
☎ 302 656 6951

**Puntos Azules**  
Servicios de Salud para más municipios del Magdalena Centro

PUERTO BOYACÁ  
SAMANA  
NORCASIA  
LA DORADA  
MANZANARES  
MARIQUITA  
HONDA  
LÉRIDA

Cayena Azul

## CALL CENTER

### AGENDAMIENTO 2024

MES	AGENDADO	ASISTIDO	PORCENTAJE ASISTENCIA	N INASISTENTE	° PORCENTAJE INASISTENCIA	REPRO...
Enero	769	642	83%	127	17%	
Febrero	1372	1098	80%	274	20%	
Marzo	1444	1131	78%	313	22%	
Abril	1671	1384	83%	287	17%	
Mayo	1794	1452	81%	342	19%	
Junio	1745	1409	81%	336	19%	
Julio	1923	1597	83%	326	17%	
Agosto	1826	1489	82%	337	18%	
Septiembre	1705	1373	81%	332	19%	
Octubre	2079	1682	81%	397	19%	
Noviembre	1997	1638	82%	359	18%	
diciembre	2107	1665	79%	442	21%	
<b>Total general</b>	<b>20432</b>	<b>16560</b>	<b>81%</b>	<b>3872</b>	<b>19%</b>	

El hospital de Alta complejidad del Magdalena Centro a través de su call center agendo 20.432 pacientes de los cuales tuvo una asistencia del 81% con 16.560 usuarios y una inasistencia del 19% con 3.872 usuarios.

# GESTIÓN DEL ÁREA JURÍDICA

El área jurídica de nuestra institución, es fundamental para todos los aspectos legales de la entidad, es ese conjunto de profesionales que se encarga de gestionar y asesorar a la institución en la interpretación y aplicación de las normas, así mismo preparar, revisar y representar a la institución en los procesos judiciales y administrativos, concerniente con esto, se debe estar identificando y evaluando los posibles riesgos legales, así como proponer las medidas necesarias para mitigar los mismos. Nuestra principal función es garantizar que las actuaciones de la institución se enmarquen dentro de los parámetros legales y constitucionales, porque somos nosotros quienes velamos por todas las actuaciones de las entidades que estén sujetas al cumplimiento de la ley.

De lo mencionado anteriormente se desprenden varios criterios que se realizan continuamente dentro de la institución, como las actividades meramente legal externas al Hospital, entre ellas demandas, procesos judiciales, memoriales, derechos de petición, tutelas y demás actuaciones legales que se van necesitando durante su trayectoria, otra de las diligencias que tenemos a cargo es la parte interna de la empresa, es decir todos los procesos que se llevan con los trabajadores o funcionarios de la entidad, como lo son, los contratos laborales, contratos de OPS, procesos disciplinarios, otros si, entre otros, además contamos con diversos proveedores los cuales se realizan contratos de arrendamiento, contratos de prestación de servicios y/o convenios.



HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD  
DEL MAGDALENA CENTRO

## ÁREA JURÍDICA

ESPECIFICACION	NUMERO DE PROCESOS ALLEGADOS	DE	NUMERO DE PROCESOS CULMINADOS	DE	CUMPLIMIENTO
ACCIONES DE TUTELA	2		2		100%
CONTESTACION DE TUELAS	72		72		100%
DERECHO DE PETICION	15		11		75%
CONTESTACION DE DERECHO DE PETICION	95		95		73%

<b>CONTESTACION PQR</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>
<b>CONTRATOS LABORALES DE PLANTA</b>	<b>150</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>
<b>CONTRATOS POR PRESTACION DE SERVICIO</b>	<b>77</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>
<b>PLAN DE MEJORA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>
<b>CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>
<b>CONTRATOS PROVEEDORES</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>
<b>PROCESOS DISCIPLINARIOS</b>	<b>166</b>	<b>151</b>	<b>90.9%</b>
<b>OTRO SI</b>	<b>233</b>	<b>233</b>	<b>100%</b>

Para concluir este análisis, el cumplimiento en general tiene un total del 94.9%, las tutelas que hemos recibido han sido en su mayoría como vinculantes, muy pocas como accionados y todas contestadas al termino que indica el Juzgado. En cuanto a los derechos de petición, se realizaron ante las EPS y entidades territoriales y la contestación de los derechos de petición y/o solicitudes allegadas porque muchas son informales, solicitan Historia Clínica y/o epicrisis, información de los funcionarios de la entidad, gestiones administrativas de las remisiones, notificaciones judiciales, embargos, liquidaciones, documentos SOAT, entre otras. Con relación a los PQR, se solicitan para agendamiento de citas y procedimientos autorizados por las EPS. A cerca de los contratos laborales u OPS, es importante para nosotros contar con excelentes profesionales para alta calidad de la prestación del servicio en nuestras instalaciones tanto asistenciales como administrativos y respecto a los procesos disciplinarios se han realizado por ausencias laborales, no acatamiento de ordenes por los superiores, no realizan los procedimientos como están estipulados, no cumplimiento de funciones y por ende dejan pendientes en su turno y por no tener buena actitud o comportamiento apto dentro del servicios o área correspondiente.

Es menester recordar que se ha realizado un plan de mejora para cumplir a cabalidad con todo lo requerido por ley y poder garantizarles a los pacientes una atención diligente y con la calidad que necesita dentro de los servicios por los

profesionales de la salud, puesto que nuestro objetivo principal y compromiso es la estabilidad de la salud del usuario y que funcione todo conforme a las normas que nos rigen.

## GESTIÓN DE DIRECCIÓN MÉDICA

### INDICADORES HOSPITALARIOS

Hospital de Alta Complejidad  
**del Magdalena Centro**  
Tu salud, nuestro compromiso



La imagen presenta datos clave sobre el desempeño del Hospital de Alta Complejidad del Magdalena Centro. A partir de estos indicadores, se pueden extraer conclusiones estratégicas para la gestión hospitalaria.

#### 1. Capacidad y Demanda del Servicio

- **Porcentaje de Ocupación (64.5%):**

Un nivel de ocupación medio lo que sugiere que la infraestructura aún tiene margen de maniobra, aunque es importante monitorear la tendencia para evitar sobrecarga

- Se debe analizar si esta ocupación se mantiene estable o si hay períodos de alta demanda que puedan generar saturación.

- **Atenciones de Urgencias (45.671):**

- Es una cifra alta y sugiere una alta presión sobre los recursos de urgencias.

- **Egresos Hospitalarios (13.269):**

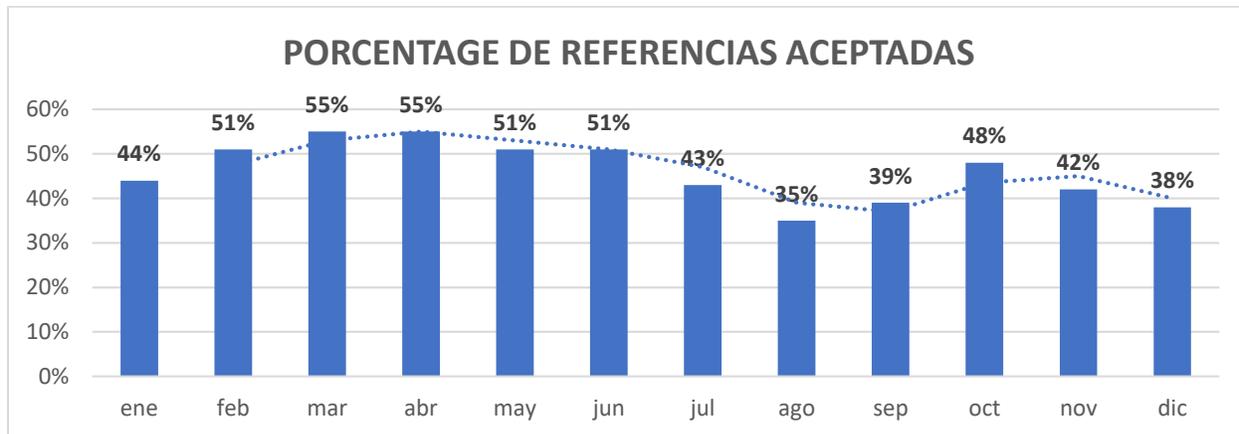
- Representa el número de pacientes que han sido dados de alta, lo que indica el flujo de salida del hospital.
- Es clave evaluar si los tiempos de estancia hospitalaria son óptimos para evitar congestión y mejorar la eficiencia operativa.

## 2. Procedimientos y Diagnósticos

- **Laboratorios Realizados (259.729):**
  - Es el servicio con mayor número de atenciones, lo que indica que el área de diagnóstico juega un papel fundamental en la operatividad del hospital.
  - Se debe evaluar la capacidad de los laboratorios para evitar demoras y garantizar un flujo eficiente de pacientes
- **Imágenes Diagnósticas (31.659):**
  - Indica una alta demanda de estudios radiológicos, lo que refuerza la importancia de contar con equipos actualizados y suficientes especialistas.
- **Cirugías Realizadas (6.916):**
  - Es una cifra relevante, lo que sugiere una alta actividad en los quirófanos.
  - Se recomienda evaluar la programación quirúrgica para reducir tiempos de espera y optimizar el uso de salas de cirugía.
- **Hemodinamia (191 procedimientos):**
  - Es un servicio de alta complejidad con menor volumen en comparación con otros procedimientos.
  - Se debe analizar si la baja cantidad se debe a restricciones de equipo, personal o si responde a una demanda naturalmente menor.

## 3. Aspectos a tener en cuenta

- **Porcentaje de Cesáreas (77%):**
  - Es un porcentaje elevado, teniendo en cuenta el promedio nacional, no obstante, cabe resaltar que el hospital es alta complejidad por lo que se a dado a atención a maternas con muy alto riesgo obstétrico, malos controles prenatales y diferentes condiciones que el embargo sea de alto riesgo obstétrico.
  - Se realizó un análisis en donde las cesáreas están siendo indicadas correctamente, además de factores propios de la materna y su entorno que que llevan al profesional a tomar decisiones técnico-científicas frente al tratamiento médico quirúrgico.



### **Análisis del Porcentaje de Referencias Aceptadas**

La gráfica muestra la evolución mensual del porcentaje de referencias aceptadas a lo largo del año. Se observan las siguientes tendencias clave:

#### **1. Crecimiento Inicial:**

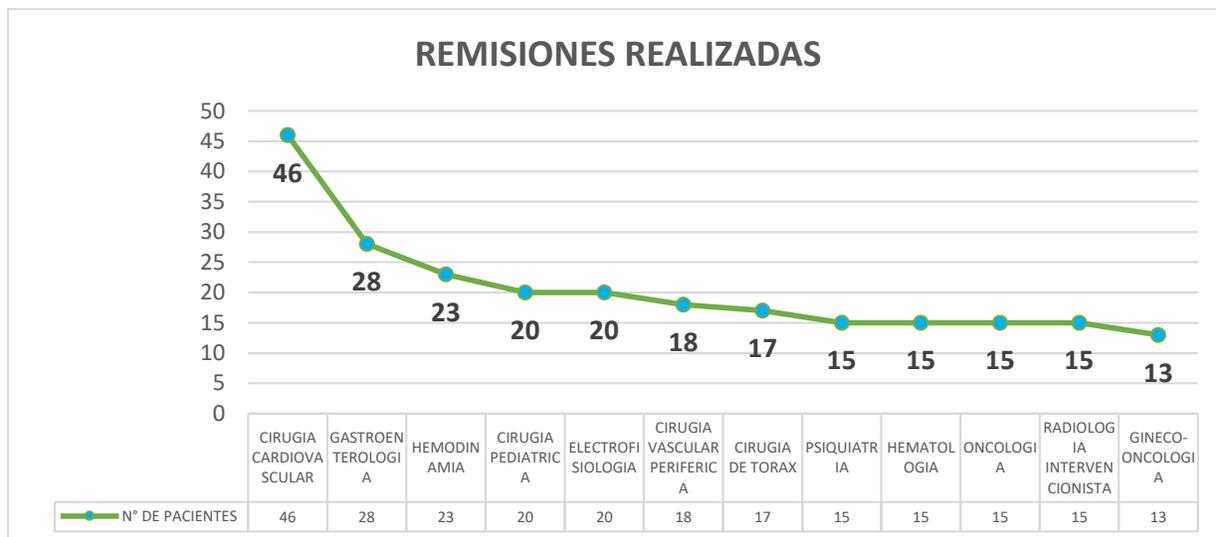
- Se inicia en enero con **44%** y se observa un incremento hasta marzo y abril, alcanzando el punto más alto en **55%**.
- Esto sugiere una mejor gestión o disponibilidad de cupos en estos meses.

#### **2. Descenso Progresivo:**

- A partir de mayo, el porcentaje comienza a disminuir, con una caída más pronunciada en julio (**43%**) y agosto (**35%**), que representa el punto más bajo del año.
- Posibles factores: aumento en la demanda, limitaciones de capacidad o cambios en criterios de aceptación.

#### **3. Leve Recuperación y Nueva Caída:**

- En septiembre y octubre se observa una recuperación (**39%** y **48%**, respectivamente).
- Sin embargo, vuelve a descender en noviembre y diciembre, terminando en **38%**.



La tabla presenta el número de pacientes remitidos a diferentes especialidades médicas, lo que permite evaluar la demanda de servicios especializados en la institución de salud.

#### Especialidades con Mayor Demanda

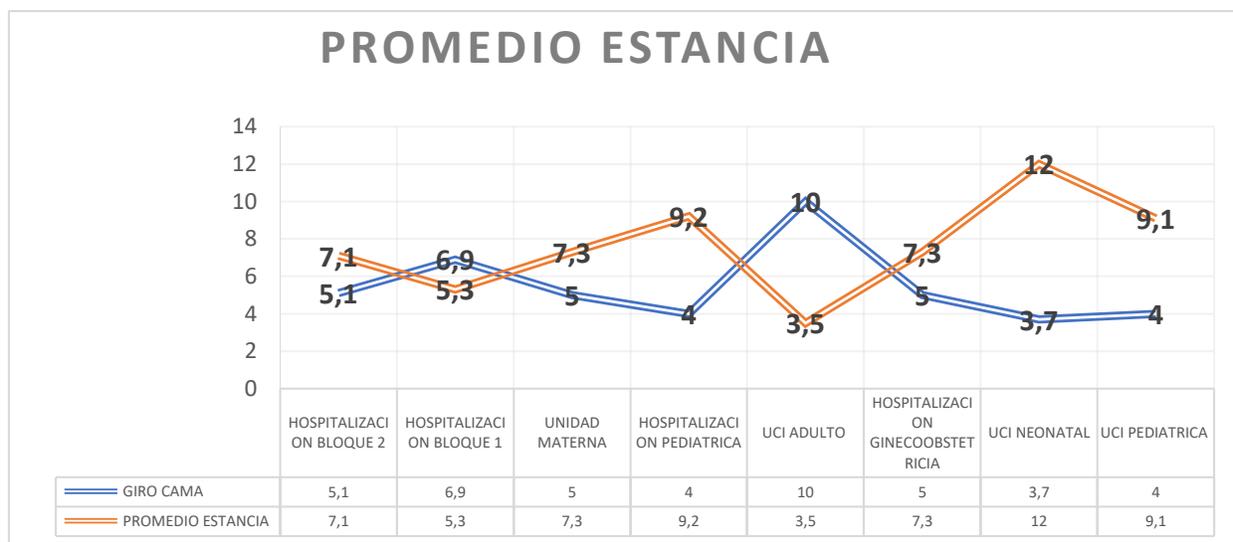
- **Cirugía Cardiovascular (46 pacientes):** Es la especialidad con mayor número de remisiones, lo que sugiere una alta carga de trabajo y posible saturación del servicio. Se debe evaluar la disponibilidad de quirófanos, especialistas y tiempos de espera.
- **Gastroenterología (28 pacientes):** Segunda en demanda, lo que indica la necesidad de fortalecer la capacidad de consulta, endoscopias y otros procedimientos diagnósticos.
- **Gastroenterología (28 pacientes):** Segunda en demanda, lo que indica la necesidad de fortalecer la capacidad de consulta, endoscopias y otros procedimientos diagnósticos.
- **Hemodinamia (23 pacientes):** Representa una especialidad de alta complejidad. Su demanda sugiere la importancia de contar con equipamiento adecuado y personal especializado.

#### Especialidades con Demanda Moderada

- **Cirugía Pediátrica y Electrofisiología (20 pacientes cada una):** Indica una demanda importante que podría requerir optimización de recursos.
- **Cirugía Vascul ar Periférica (18 pacientes) y Cirugía de Tórax (17 pacientes):** Aunque no son las más demandadas, requieren disponibilidad de especialistas y quirófanos para procedimientos complejos.

#### Especialidades con Menor Demanda ( $\leq 15$ pacientes)

- **Psiquiatría, Hematología, Oncología, Radiología Intervencionista y Gineco-Oncología:** Aunque tienen menor volumen, estas especialidades suelen requerir tratamientos prolongados y multidisciplinario.



## Análisis Giro Cama y Promedio de Estancia

El análisis de los indicadores de **giro cama** y **promedio de estancia** es clave para evaluar la eficiencia en la ocupación de camas hospitalarias y la rotación de pacientes en cada servicio. A continuación, se presentan los hallazgos más relevantes.

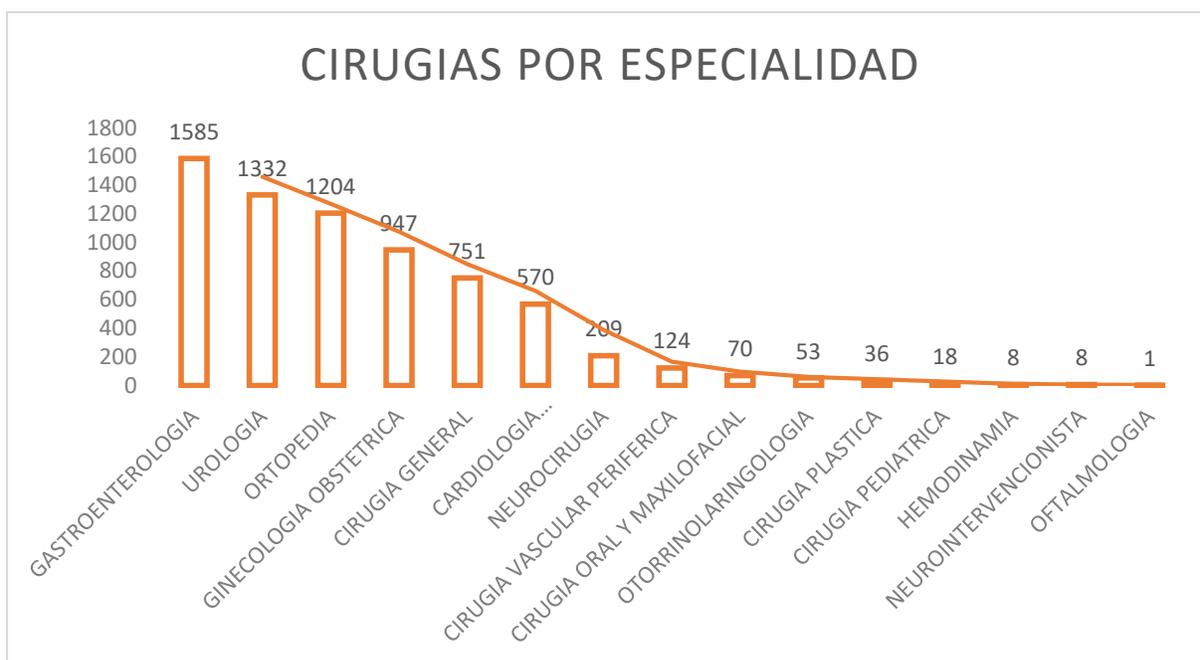
### Análisis por Servicio

#### Servicios con Mayor Giro Cama (Alta Rotación de Pacientes)

- **UCI Adulto (10)** → Indica una alta rotación de pacientes, lo que sugiere que los tratamientos son de corta duración y los ingresos están bien gestionados.
- **Hospitalización Bloque 1 (6.9)** → La rapidez en la rotación de camas sugiere eficiencia en la hospitalización y egreso de pacientes.
- **Hospitalización Bloque 2 (5.1) y Unidad Materna (5.0)** → Mantienen una rotación adecuada.

#### Servicios con Mayor Promedio de Estancia (Mayor Permanencia del Paciente)

- **UCI Neonatal (12 días)** → Es la unidad con mayor estancia, lo que es esperado debido a la complejidad de los pacientes. Se debe evaluar si esta estancia es óptima o si hay casos de ocupación prolongada sin necesidad clínica.
- **Hospitalización Pediátrica (9.2 días) y UCI Pediátrica (9.1 días)** → La alta permanencia puede estar relacionada con la complejidad de los casos pediátricos.
- **Hospitalización Gineco obstétrica (7.3 días) y Unidad Materna (7.3 días)** → En obstetricia, estos valores pueden considerarse altos si la mayoría de los casos no presentan complicaciones.



### Análisis de Cirugías por Especialidad

Este análisis se enfoca en la distribución y volumen de cirugías realizadas por especialidad, con el objetivo de identificar áreas de alta demanda, oportunidades de mejora y optimización de recursos

### Especialidades con Mayor Volumen de Cirugías

Las tres especialidades con mayor número de cirugías realizadas son:

- **Gastroenterología (1,585 cirugías - 22.9%)**
- **Urología (1,332 cirugías - 19.3%)**
- **Ortopedia (1,204 cirugías - 17.4%)**

Estas tres áreas representan el **59.6% del total de cirugías**, lo que indica que son los servicios quirúrgicos con mayor demanda y posiblemente requieren una mayor asignación de recursos humanos y físicos (quirófanos, insumos, especialistas).

### Especialidades con Volumen Intermedio

- **Ginecología Obstétrica (947 cirugías - 13.7%)**
- **Cirugía General (751 cirugías - 10.9%)**
- **Cardiología Hemodinamista (570 cirugías - 8.2%)**
- **Neurocirugía (209 cirugías - 3.0%)**

Estas especialidades siguen siendo relevantes en la actividad quirúrgica, pero en comparación con las especialidades líderes, pueden requerir una optimización de la programación de quirófanos para mejorar eficiencia y tiempos de espera.

## . Especialidades con Baja Demanda de Cirugías

Las siguientes especialidades tienen un volumen quirúrgico considerablemente menor:

- **Cirugía Vascul Periférica (124 cirugías - 1.8%)**
- **Cirugía Oral y Maxilofacial (70 cirugías - 1.0%)**
- **Otorrinolaringología (53 cirugías - 0.8%)**
- **Cirugía Plástica (36 cirugías - 0.5%)**
- **Cirugía Pediátrica (18 cirugías - 0.3%)**
- **Hemodinamia (8 cirugías - 0.1%)**
- **Neuro intervencionista (8 cirugías - 0.1%)**
- **Oftalmología (1 cirugía - 0.01%)**

Aunque estos servicios tienen menor volumen de cirugías, podrían representar procedimientos de mayor complejidad o requerir evaluación sobre su sostenibilidad operativa en términos de costos y eficiencia.

## CONCLUSION

- **Gastroenterología, Urología y Ortopedia son las especialidades con mayor carga quirúrgica y deben ser**
- **priorizadas en asignación de recursos.**

## Hospital de Alta Complejidad

<b>CARDIOLOGIA HEMODINAMISTA</b>	<b>1049</b>
ARTERIOGRAFIA	556
ANGIOPLASTIA	195
INSERCIÓN O IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRACORONARIO (ESPECIFICO)	194
AORTOGRAMA	40
INFUSIÓN ARTERIAL INTRACORONARIA DE TROMBOLITICOS (TROMBOLISIS INTRACORONARIA) VIA ENDOVASCULAR	25
CATERETERISMO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON	25
<b>CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA</b>	<b>446</b>
LIGADURA Y ESCISION DE VENA	337
ARTERIOGRAFIA	21
ANGIOGRAFIA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA	15
AORTOGRAMA	14
OCLUSIÓN PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIA O VENAS	13
ANGIOPLASTIA	11

ΟΣΦΥΣΙΟΝ ΒΙΝΣΑΜΜΕΝΤΟ Ο ΓΙΣΑΔΟΥΡΑ ΔΕ ΑΡΤΕΡΙΑ Ο ΛΕΙΝΑΣ	5
ΑΙΣΙΟΒΓΑΣΤΙΑ	3
ΑΡΤΕΡΙΟΒΡΑΧΙΑ	8
ΝΕΥΡΟΙΝΤΕΡΒΕΝΣΙΟΝΙΣΤΑ	13

## **Análisis de Procedimientos en Cardiología Hemodinamista, Cirugía Vascul ar Periférica y Neurointervencionista**

**Este informe analiza los datos sobre los procedimientos realizados en tres especialidades clave: Cardiología Hemodinamista, Cirugía Vascul ar Periférica y Neurointervencionismo, con el objetivo de optimizar la asignación de recursos, mejorar la eficiencia operativa y fortalecer la planificación estratégica**

### **1. Distribución General de Procedimientos**

- **Cardiología Hemodinamista: 1,049 procedimientos (69.7% del total)**
- **Cirugía Vascul ar Periférica: 446 procedimientos (29.6% del total)**
- **Neurointervencionista: 13 procedimientos (0.87% del total)**

### **3. Cardiología Hemodinamista (1,049 procedimientos – Área de Alta Demanda)**

**Principales procedimientos:**

- **Arteriografía (556 - 53%)**
- **Angioplastia (195 - 18.6%)**
- **Implante de dispositivo intracoronario (194 - 18.5%)**

**Más del 90% de los procedimientos se concentran en tres intervenciones clave, lo que permite estandarizar insumos y tiempos quirúrgicos.**

### **4. Cirugía Vascul ar Periférica (446 procedimientos – Área de Demanda Moderada)**

**Principales procedimientos:**

- **Ligadura y escisión de vena (337 - 75.5%)**
- **Arteriografía (21 - 4.7%)**
- **Angioplastia (11 - 2.5%)**

**La ligadura y escisión de venas representa el 75% de los procedimientos, lo que indica un alto volumen de cirugías de varices o afecciones venosas.**

◆ **Se recomienda optimizar quirófanos para procedimientos vasculares y evaluar posibles modelos de atención ambulatoria para estos casos.**

#### 4. Neuro intervencionismo (13 procedimientos – Área de Baja Demanda)

##### Principales procedimientos:

- Arteriografía (8 - 61.5%)
- Angioplastia (3 - 23%)
- Gestión de facturación

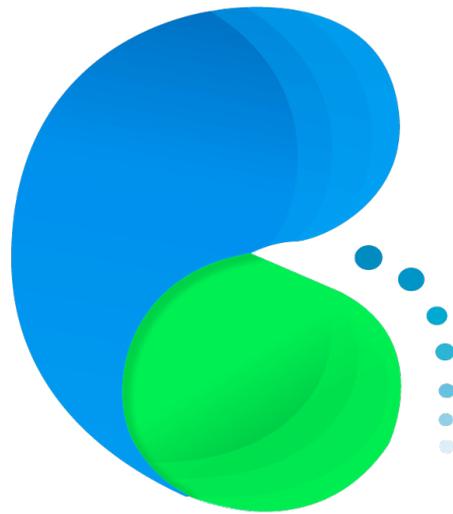
#### FACTURACIÓN NETA POR ENTIDAD 2024

FACTURACION POR ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO	\$ 207,295,701,398	% Participación
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - EN INTERVENCION	\$ 88,913,640,132	43%
E.P.S FAMISANAR S.A.S	\$ 27,041,229,336	13%
SALUD TOTAL EPS S.S.A	\$ 26,119,273,526	13%
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS	\$ 13,643,239,770	7%
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S - EN INTERVENCION BAJO LA MEDIDA DE TOMA D	\$ 10,395,126,021	5%
EPS SURAMERICANA S.A	\$ 6,580,803,427	3%
COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	\$ 5,569,572,902	3%
FIDEICOMISOS PATRIMONIOS AUTONOMOS FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A	\$ 4,038,234,986	2%
LA PREVISORA S.A COMPANIA DE SEGUROS	\$ 2,807,486,490	1%
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	\$ 2,144,794,879	1%
COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A	\$ 1,775,301,454	1%
POLICIA METROPOLITANA DE IBAGUE	\$ 1,453,273,491	1%
ASMET SALUD EPS SAS	\$ 1,397,564,778	1%
COMPENSAR E.P.S	\$ 1,368,246,772	1%
CAPITAL SALUD E.P.S REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 1,326,673,363	1%
AXA COLPATRIA SEGUROS S.A	\$ 1,213,091,986	1%
CAJACOPI EPS S.A.S.	\$ 1,015,521,479	0%
SEGUROS COMERCIALES BOLIVARS.A	\$ 871,582,951	0%
SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD S.A	\$ 762,771,519	0%
ESM BATALLON DE ASPC NO. 8	\$ 711,821,881	0%
COSMITET LTDA	\$ 710,362,567	0%
ESM COMANDO AEREO DE COMBATE N 1	\$ 617,438,861	0%
DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS	\$ 593,086,302	0%
FIDEICOMISO FONDO NACIONAL DE SALUD	\$ 573,946,793	0%
PIJAOS SALUD E.P.S.I	\$ 499,366,417	0%
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	\$ 494,497,238	0%
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	\$ 466,199,664	0%
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A	\$ 429,640,605	0%
SEGUROS DEL ESTADO S.A.	\$ 406,230,310	0%
FONDO PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NACIONALES	\$ 397,733,803	0%
ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EPS-S	\$ 274,535,269	0%
MALLAMAS EPS INDIGENA	\$ 252,873,327	0%
HDI SEGUROS COLOMBIA S.A	\$ 243,591,607	0%
ECOPETROL S A	\$ 180,960,639	0%
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA	\$ 173,418,125	0%
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES	\$ 142,123,525	0%
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL MAGDALENA CENTRO S.A.S	\$ 137,181,197	0%
CAPRESOCA E.P.S.	\$ 117,882,774	0%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO COMFAORIENTE	\$ 112,379,065	0%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO	\$ 100,279,191	0%
EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S	\$ 96,496,881	0%
POSITIVA ARL	\$ 96,020,815	0%
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	\$ 94,602,390	0%
UNION TEMPORAL SERVISALUD SAN JOSE	\$ 87,880,141	0%
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2	\$ 82,796,424	0%
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	\$ 79,529,822	0%
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA	\$ 73,611,253	0%
COLMEDICA PREPAGADA	\$ 65,077,667	0%
GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA	\$ 57,397,843	0%
ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	\$ 50,337,074	0%

## GESTION FINANCIERA 2024

MES	FACTURACION	CONSUMO	RADICACION	% RADICACION	RECAUDO	% RECAUDO 2024	GLOSA INICIAL	% GLOSA INICIAL	CONCILIADO	GLOSA FINAL CONCILIADO	GLOSA FINAL CONCILIADA	POR CONCILIAR	% POR CONCILIAR VS FACTURACION
1	\$ 15,283	\$ 15,473	\$ 15,202	98.25%	\$ 847	5.57%	\$ 3,730	24%	\$ 838	\$ 445	3%	\$ 2,892	19%
2	\$ 17,031	\$ 16,673	\$ 15,033	90.16%	\$ 1,933	12.86%	\$ 3,817	22%	\$ 1,797	\$ 827	5%	\$ 2,020	12%
3	\$ 17,061	\$ 16,818	\$ 16,487	98.03%	\$ 2,864	17.37%	\$ 5,338	31%	\$ 1,284	\$ 421	2%	\$ 4,054	24%
4	\$ 17,943	\$ 18,021	\$ 17,610	97.72%	\$ 7,980	45.32%	\$ 5,588	31%	\$ 2,062	\$ 542	3%	\$ 3,526	20%
5	\$ 18,279	\$ 17,859	\$ 18,740	104.93%	\$ 6,739	35.96%	\$ 5,103	28%	\$ 1,846	\$ 582	3%	\$ 3,257	18%
6	\$ 18,693	\$ 17,968	\$ 16,635	92.58%	\$ 14,615	87.86%	\$ 4,166	22%	\$ 272	\$ 28	0%	\$ 3,894	21%
7	\$ 19,405	\$ 19,046	\$ 18,844	98.94%	\$ 4,575	24.28%	\$ 4,410	23%	\$ 634	\$ 52	0%	\$ 3,777	19%
8	\$ 12,697	\$ 13,871	\$ 18,995	136.94%	\$ 5,767	30.36%	\$ 3,297	26%	\$ 180	\$ 57	0%	\$ 3,117	25%
9	\$ 14,051	\$ 14,497	\$ 12,971	89.47%	\$ 26,687	205.75%	\$ 2,440	17%	\$ 150	\$ 55	0%	\$ 2,290	16%
10	\$ 19,377	\$ 18,442	\$ 13,455	72.96%	\$ 14,323	106.45%	\$ 3,833	20%	\$ 41	\$ 12	0%	\$ 3,791	20%
11	\$ 19,239	\$ 18,565	\$ 19,905	107.22%	\$ 8,423	42.32%	\$ 2,680	14%	\$ 65	\$ 18	0%	\$ 2,615	14%
12	\$ 18,237	\$ 17,928	\$ 20,665	115.26%	\$ 17,655	85.43%	\$ 2,788	15%	\$ -	\$ -	0%	\$ 2,788	15%
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 207,296</b>	<b>\$205,161</b>	<b>\$ 204,542</b>	<b>99.70%</b>	<b>\$112,408</b>	<b>54.96%</b>	<b>\$ 47,190</b>	<b>23%</b>	<b>\$ 9,170</b>	<b>\$ 3,041</b>	<b>1%</b>	<b>\$38,021</b>	<b>18%</b>

EL hospital de Alta Complejidad del Magdalena Centro en el año 2024 tuvo un consumo de \$159,022 millones de pesos de los cuales se radicaron \$204.542 millones de pesos correspondientes al 99,70% del consumo total; del valor radicado se realizó un recaudo de \$112.408 millones de pesos correspondiente al 54.96 %; en cuanto a glosas se finalizó el periodo con una glosa de \$47.190 millones de pesos que representa el 23 % del total facturado, se conciliaron \$ 9.170 millones que corresponde al 19% de lo glosa radicada con una glosa final de \$ 3.041 millones que corresponde al 33% del valor conciliado y al 1% de la facturación total. Pendiente por conciliar \$ 38.021 millones correspondiente al 18% de la facturación total.



Hospital de Alta Complejidad  
**del Magdalena Centro**  
Tu salud, nuestro compromiso