

ACTA No. 1.1.11.10-2016

ASUNTO	Comité Control Integral		
FECHA	29/04/2016		
LUGAR	Oficinas Control y Mejora – Hospital Carlos Carmona.		
HORA DE INICIO	8:00 a.m.	HORA FINAL	3:00 p.m.
ASISTENTES	Ver listado adjunto		
OBJETIVO REUNION	Seguimiento Puntos Control: a. Indicadores-Puntos Control. b. No conformes. c. Riesgo Biológico.		

ORDEN DEL DIA / PUNTOS A TRATAR

1. Seguimiento Puntos Control con cierre abril.
 - a. Indicadores
 - b. Puntos Control.
 - c. No conformes.
 - d. Riesgo Biológico.
 - e. PAMEC
 - f. Habilitación
 - d. Compromisos Comité Técnico

DESARROLLO

1. Seguimiento Puntos Control con cierre al mes de marzo del 2016.

PROCESOS MISIONALES

Proceso Atención Ambulatoria

1. Indicadores:

Todos los indicadores tienen el análisis con sus causas y planes de acción y están al mes de marzo.

2. Puntos Control:

Se evidencia matriz de monitoreo de historias clínicas sin codificación por calidad.
El formato de historia clínica aparece con fechas del 2015 y la grafica del consolidado con el mes de agosto.

a. Auditorias Historias Clínicas Medicas

En las auditorias de **enero** se evidencia no conformes en:

Examen físico:12
Requisitos administrativos: 10
Valoración riesgo: 1
Diagnostico: 1
Pertinencia adecuada: 2

En las auditorias de **febrero** se evidencia no conformes en:

Examen físico:17
Valoración riesgo: 4
Diagnostico: 8
Pertinencia adecuada: 19
Enfermedad actual: 9
Revisión por sistemas: 4
Tratamiento: 12
Continuidad en los procesos atención: 2

En las auditorias de **marzo** se evidencia no conformes en:

Enfermedad actual. 7
Examen físico: 9
Valoración riesgo: 5:
Diagnostico: 6
Tratamiento: 3
Pertinencia adecuada: 11

Que acciones se han tomado para el cierre de estas no conformidades?

Está pendiente el análisis de causa y plan de acción de las no conformidades identificadas en historia clínica y sumaras en el indicador de gestión de no conformes.

En la reunión de mayo se va a socializar los hallazgos con el personal médico para realizar un análisis de estas fallas y los planes de acción en grupo.

b. Auditorias Historias Clínicas Odontológicas

Falta el consolidado de las no conformidades por mes.

No se ha cambiado el año, aun aparece el 2015.

Se evidencia matriz de monitoreo de historias clínicas sin codificación por calidad y modificada.

Que acciones se han tomado para el cierre de estas no conformidades?

Se le socializa al personal a través de correo electrónico.

Los colaboradores que fueron reiterativos en las no conformidades se le realizo plan de mejoramiento individual.

c. Planes Detallado Trabajo

Que acciones se han tomado para el cierre de estas no conformidades? Estas se han presentado en los dos meses evaluados.

1. Incumplimientos en procedimientos de médicos: lavado de manos y otros
2. segregación inadecuada de residuos en el área

Se tiene programado capacitación para el manejo del PGIRHS y en el mes de mayo se va a realizar la jornada de lavado de manos en el marco de la semana de Seguridad del Paciente & Humanización.

d. Puntos Control – Control Interno

Cambiar periodicidad o frecuencia mensual y no trimestral de la actividad de control

3. Riesgo Biológico

- Se evidencia el informe de riesgo biológico al mes de marzo y los hallazgos identificados son los mismos de los planes detallado de trabajo por lo cual la acción es la misma.

4. No Conformes

- 2015: De enero a abril tiene 17 no conformidades de las cuales, solo tres tienen análisis y plan de acción definido, pero ninguno cuenta con los soportes para evaluar su estado en el paquete entregado hay cuatro no conformidades que no habían sido entregados a Calidad si no al líder de forma directa.
- 2016: Se evidencia de enero a marzo 7 no conformidades de las cuales seis están cerradas y una está en implementación, evidenciándose eficacia y efectividad de las acciones tomadas.

6. Habilitación

- Este seguimiento se realizara en terreno.

7. Plan de Desarrollo

Se explica al líder del proceso que este año seguimos siendo evaluados con el plan de desarrollo vigencia 2012-2016, se revisa los indicadores y se envía por correo para su revisión y seguimiento para el cumplimiento de sus indicadores.

8. PAMEC

Se socializa nuevamente la matriz de PAMEC del 2016, el cual ya había sido enviado por correo electrónico se solicita a la líder del proceso revisar los hallazgos y realizar el análisis de causas y establecer un plan de acción y enviar a calidad por correo el día **03/05/2016**.

El estado del PAMEC al mes de marzo esta abiertas cuatro en implementación dos y de las abiertas está pendiente el análisis y plan de acción de una acción preventiva

Proceso Promoción & Prevención

1. Indicadores:

En el análisis de los indicadores establecer porque se cumplió con el indicador cuales fueron esas estrategias que llevaron a que se cumpliera el indicador y cuáles fueron las causas que llevaron a no cumplir con la meta establecida.

Está pendiente la entrega de los indicadores del mes de marzo, porque se está terminando el análisis de los indicadores.

▪ Puntos Control:

a. Auditorias Historias Clínicas enfermería

Se evidencia hasta el mes de marzo la evaluación de los puntos de control de historia clínica, queda pendiente la revisión para la retroalimentación con el líder del proceso.

Que acciones se han tomado para el cierre de estas no conformidades?

No se evidencia análisis ni plan de acción se sugiere realizar las acciones y seguimiento para el cierre de estas no conformidades y sumarmas en el indicador de gestión de no conformes.

b. Planes Detallado Trabajo

No se identifico ninguna no conformidad en los tres meses evaluados.

c. Puntos Control – Control Interno

Cambiar el mapa de proceso, Anexar la hoja de Control y Mejora

2. Riesgo Biológico

a. Se encuentra el informe al día.

3. No Conformes

Se evidencia un no conforme del 08/02/2016, el cual ya fue analizado y se estableció su plan de acción. El estado es cerrado. En el primer trimestre solo se presento un solo no conforme.

Se realiza entrega de los informes de las rondas de seguridad

6. Habilitación

- Este seguimiento se realizara en terreno.

7. Plan de Desarrollo

Se explica a la jefe que este año seguimos siendo evaluados con el plan de desarrollo vigencia 2012-2016, se revisa los indicadores y se envía por correo para su revisión y seguimiento para el cumplimiento de sus indicadores.

8. PAMEC

Se socializa nuevamente la matriz de PAMEC del 2016, el cual ya había sido enviado por correo electrónico se solicita a la líder del proceso revisar los hallazgos y realizar el análisis de causas y establecer un plan de acción y enviar a calidad por correo el día **12/05/2016**.

Proceso Ayudas Diagnosticas

1. Indicadores:

Falta análisis del indicador rentabilidad de ecografías, RX y oportunidad en los servicios de imagenología.

En el análisis de los indicadores establecer porque se cumplió con el indicador cuales fueron esas estrategias que llevaron a que se cumpliera el indicador y cuáles fueron las causas que llevaron a no cumplir con la meta establecida.

2. Puntos Control:

a. Listado Inspección y No conforme

Se evidencia matriz de monitoreo sin codificación por calidad.
Para los dos meses evaluados no se identifica ninguna no conformidad.

b. Planes Detallado Trabajo

Se recomienda que cuando se diligencie la matriz a los cumplimientos se marque con el numero uno (1) y lo no cumplimiento con el cero (0). Porque toda la matriz viene diligenciada con X lo cual no permite identificar las no conformidades.

c. Puntos Control – Control Interno

Actualizar en conjunto líder de ayudas diagnosticas y control interno el manual de inspección y control.
Fecha mayo 22 de 2016

3. Riesgo Biológico

a. con cierre al mes de febrero.

4. No Conformes

- Tiene del mes de febrero un no conformes al cual no se les ha realizado ninguna gestión de análisis de causas y planes de acción, para el cierre oportuno de los no conformes.

6. Habilitación

- Este seguimiento se realizara en terreno.

7. Plan de Desarrollo

Se explica líder del proceso que este año seguimos siendo evaluados con el plan de desarrollo vigencia 2012-2016, como el área de planeación no está en horario de la tarde queda como compromiso el envió por correo para que realice su revisión y seguimiento para el cumplimiento de sus indicadores.

8. PAMEC

Se socializa nuevamente la matriz de PAMEC del 2016, el cual ya había sido enviado por correo electrónico se solicita a la líder del proceso revisar los hallazgos y realizar el análisis de causas y establecer un plan de acción y enviar a calidad por correo el día **03/05/2016**.

Proceso Atención Hospitalaria

1. Indicadores:

No se evidencias acciones en los indicadores donde no se alcanzo la meta establecida.

En el análisis de los indicadores establecer porque se cumplió con el indicador cuales fueron esas estrategias que llevaron a que se cumpliera el indicador y cuáles fueron las causas que llevaron a no cumplir con la meta establecida.

Definir fuentes del Dato.

2. Puntos Control:

a. Auditoria Historia Clínica enfermería

Falta el consolidado de las no conformidades por mes.

Que acciones se han tomado para el cierre de estas no conformidades?

En reunión mensual de enfermería del mes de abril se socializo las no conformidades identificadas y las acciones a implementar esta la evaluación de los riesgos definidos en seguridad paciente.

b. Auditoria Historia Clínica Medicas

Está pendiente el informe, la médica responsable del proceso realice dichas auditorias. Definir el subgerente científico la entrega de estos.

c. Planes Detallado Trabajo

Se evidencian al mes de marzo. Se le recomienda a la líder del proceso que refuerce con la jefe responsable de las rondas realizar una auditoría más efectiva.

d. Puntos Control – Control Interno

Actualizar mapa de proceso

3. Riesgo Biológico

- 2015: Cerrado
- 2016 La líder de proceso refiere que cada vez que realiza la ronda y evidencia las no conformidades las socializa con el personal del turno.

4. No Conformes

- Se evidencia de enero a marzo 8 no conformidades de las cuales dos están abiertas, y dos cerradas y cuatro están en implementación.

6. Habilitación

- Este seguimiento se realizara en terreno.

7. Plan de Desarrollo

Se explica al líder del proceso que este año seguimos siendo evaluados con el plan de desarrollo vigencia 2012-2016, se revisa los indicadores y se envía por correo para su revisión y seguimiento para el cumplimiento de sus indicadores.

8. PAMEC

Se socializa nuevamente la matriz de PAMEC del 2016, el cual ya había sido enviado por correo electrónico se solicita a la líder del proceso revisar los hallazgos y realizar el análisis de causas y establecer un plan de acción y enviar a calidad por correo el día **05/05/2016**.

PROCESO DE APOYO

Los procesos de apoyo no se presentan a la reunión para realizar los seguimientos respectivos, se informa al asesor de Control Interno a través del Jefe Administrativo y Financiero que todos los líderes están en función del traslado del Puesto de Salud Unión de Vivienda Popular.

CONCLUSIONES O COMPROMISOS

ASUNTO	RESPONSABLE	FECHA
1. Enviar acta para los ajustes a los informes	Calidad	04/2016
2. Cambiar los mapas de proceso, puntos control que están distribuidos en las carpetas de calidad	Planeación	13/05/2016
3. Actualizar y enviar los puntos de control para su distribución	Control Interno	05/2016
4. Reprogramar el seguimiento	Control Interno	06/05/2016
5. Actualizar el manual de inspección y control.	Líder de ayudas diagnósticas Control Interno	22/05/2016

Secretario o encargado de la reunión