	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1
			FECHA DE VIGENCIA 01-07-2010

FECHA: 29 DE DICIEMBRE DE 2014


LUGAR: GERENCIA

ASUNTO: CIERRE PAMEC 2014.

1. ASISTENTES		
Nombre	Cargo	Firma
Carolina Pérez Bolaños	Gerente	
Alejandro Arias	Director medico	
Claudia García	Líder de enfermería	
Diego López	Líder de cirugía	
Luisa Avella	Líder de Gestión humana	
Greicy Marín	Líder de cuentas medicas	
Adrián Gutiérrez	Líder servicio farmacéutico	
Juan Miguel Silva	Líder mantenimiento y orientación	
Cesar Castro	Líder de sistemas y t.	
Ángela Loaiza	Líder tecnología biomédica	
Jorge Iván Estrada F	Líder calidad	

2. AGENDA
1. Avances en construcción de nueva documentación.
2. Solicitud de cambios.
3. Propositiones y varios

3. DESARROLLO
<p>1. Balance de Reunión respecto a revisión de octubre de 2014</p> <p>Se recoge como balance de esta reunión los siguientes aspectos positivos:</p> <p>Se ha realizado un gran avance en la documentación gracias al enfoque establecido desde la planeación estratégica donde se incluyeron los estándares priorizados en el año 2013. Lo anterior ha permitido monitorizar y realizar seguimiento continuo mes a mes a todos los criterios y estándares del plan para el mejoramiento de la calidad en salud.</p>

	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1
			FECHA DE VIGENCIA 01-07-2010

3. DESARROLLO

1. AVANCES DOCUMENTACIÓN AÑO 2014

En este punto se muestra a los miembros del comité los avances en la construcción de nueva documentación así como sus fechas de entrega y socialización. Esta información se referencia en la siguiente tabla.

GRUPO DE ESTANDARES	ESTADO
DERECHOS Y DEBERES	90%
SEGURIDAD DEL PACIENTE	100%
ASISTENCIALES	74%
DIRECCIONAMIENTO	85%
GERENCIA	87%
TALENTO HUMANO	87%
AMBIENTE FÍSICO	74%
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	92%
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	68%

El cálculo del estado de cada grupo de estándares se realizó con base al número de planes de acción establecidos en el documento y la ejecución en estado completo de los mismos durante el año 2014.


El orden de prioridad para el año 2015 se basará en:

- Estándares que se iniciaron y no se finalizaron en el 2014.
- Estándares y criterios priorizados en amarillo y rojo que no iniciados.
- Los demás.

2. PRIORIZACIÓN AÑO 2015

Asistencial


- 1.1: Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).
- 26.2: Existen mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y procedimientos y las decisiones de carácter clínico.
- 27.1: En laboratorio clínico, se garantiza que los procesos para la toma de muestras están basados en evidencia y son revisados y ajustados periódicamente con base en nueva evidencia.
- 28.6: Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la

	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1
			FECHA DE VIGENCIA 01-07-2010

3. DESARROLLO

cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado crítico).

- 28.10: Se analizan gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y se ofrecen alternativas.
- 28.12: Abordaje interdisciplinario de casos complejos.
- 28.19: Se garantiza el personal necesario para brindar atención oportuna con el nivel de calidad esperado tanto en el horario diurno como nocturno, fines de semana y festivos.
- 36.2: Marcación de elementos.
- 36.3: Información clínica mínima que deben contener las solicitudes de exámenes (inclusive aquellos que son de urgencias o se hacen en horario nocturno) y los reportes.
- 36.4: Registro de las órdenes que no cumplen con el criterio anterior; esta información es compartida y analizada con los profesionales que remiten o solicitan los exámenes, incluye un sistema de asesoría para el correcto diligenciamiento de las órdenes.
- 36.6: Control de tiempos de traslado de muestras.
- 36.8: Aceptación o rechazo de muestras o imágenes. Si se aceptan muestras comprometidas o imágenes dudosas, el reporte final debe indicar la naturaleza del problema y precaución al interpretar el resultado. Incluye:
 - Análisis para identificar las causas que motivaron el daño de la muestra o imagen.
 - Información al usuario para la retoma de la muestra o imagen.
- 37.1: Tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados. Si por alguna razón los resultados se van a demorar más de lo previsto, se tiene un sistema para avisar al profesional y/o al usuario de dicha demora. La explicación deberá estar acompañada de información precisa de cuándo estará el resultado. Adicionalmente, se analizarán las causas que ocasionaron la demora y se tomarán medidas al respecto.
- 37.4: Proceso de almacenamiento y conservación del reporte original, aun cuando los resultados escritos sean una transcripción o grabación y esta no sea realizada por quien efectuó el análisis de los exámenes.
- 37.5: Proceso sistemático y periódico de auditoría para identificar la consistencia y la trazabilidad entre los diferentes registros.
- 37.6: Se garantiza la entrega de todos los reportes al usuario o al médico tratante según lo definido en el proceso, con pautas específicas para la entrega de aquellos resultados que puedan influir en la integridad de las personas (ej.: cáncer, VIH, abuso de cualquier tipo, procedimientos parte de un proceso legal, etc.)
- 37.8: La asesoría permanente a los profesionales que lo requieran para la correcta interpretación de los resultados.
- 37.9: Procedimientos para identificar y evaluar errores en la entrega de resultados. En estos casos, se deberá generar una respuesta inmediata a los interesados dejando constancia de dicha anomalía.
- 37.10: El análisis de errores en cualquiera de las fases de la entrega de resultados para tomar acciones correctivas.
- 39.6: Uso de perfil de resistencia antibacteriana.

	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1
			FECHA DE VIGENCIA 01-07-2010

3. DESARROLLO

- 39.8: Reportes de cultivos de superficie.
- 39.10: Acciones en el caso de brotes infecciosos.
- 39.11: Ajuste de guías de práctica clínica con base en perfil de resistencia bacteriana.
- Implementación, medición y gestión de indicadores de infección de acuerdo con la complejidad y por servicio. Como mínimo, los indicadores de acreditación de referencia, ejemplo: infección asociada a catéter central, infección de sitio operatorio, endometritis postparto, neumonía asociada a ventilador, infección asociada a sonda vesical.

Proceso a víctimas de maltrato

- 3.1: La organización adopta la guía de cadena de custodia establecida por la autoridad competente, cuando aplique, incluyendo la seguridad y conservación de pruebas legales.
 - 43.2: La organización tiene documentadas las estrategias para la detección e intervención de estos casos de violencia y controla la adherencia a su aplicación.
 - 43.3: La organización tiene un protocolo para la notificación de este tipo de eventos, incluida la constancia del reporte en la historia clínica.
- 45.1: Los parámetros que se utilicen para definir las necesidades de educación en salud deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención.
- 45.3: Los programas se apoyan con materiales educativos que faciliten el cumplimiento del objetivo.

Direccionamiento

- 76.2: La organización garantiza la formulación participativa del plan estratégico, a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico de la organización.
- 76.1: Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados.
- 84. Educación continuada junta directiva.

No hay comparativos


Gerencia

Promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye:

- Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros.

Talento humano

- 103.3: Evaluación periódica del clima organizacional.
- 103.6: Análisis de cargas de trabajo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.
- 103.7: Análisis de puestos de trabajo.
- 103.9: Políticas de compensación y definición de escala salarial.
- 103.14: Relación docencia-servicio.
- 104.13: Evaluación de necesidades de contratación con terceros.

	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1
			FECHA DE VIGENCIA 01-07-2010

3. DESARROLLO

Ambiente físico

- 121.2: Fomento de una cultura ecológica.
- 121.7: Evaluación del impacto ambiental a partir de la gestión de la organización.
- 123.16: Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.
- 123.18: Educación a los empleados de la organización sobre planes en casos de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación.
- 124.3: Sistema de transporte de los usuarios.

Gestión de la tecnología

Proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología. Incluye:

- 32.9: La continuidad de la atención en casos de contingencia por fallas o daños.
- Estándar 138 Código: (GT9): La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.

Gerencia de la información

Proceso para planificar la gestión de la información en la organización

- 141.15: Comparación con mejores prácticas.

Mecanismo formal para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa

- 147.2: La información consolidada está disponible para la comparación con respecto a mejores prácticas.

4. VARIOS


- Se debe revisar con mayor precisión el cumplimiento de algunos estándares ya que se han iniciado pero no se han terminado de acuerdo a la hoja radar.

5. COMPROMISOS Y TAREAS

Incluir en el cronograma de documentación del año 2015 los criterios pendientes del plan para el mejoramiento de la calidad.

Ajustar los procedimientos pendientes de acuerdo a lo solicitado por el PAMEC.

Socializar la documentación que ya está lista para su implementación y seguimiento.

	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1
			FECHA DE VIGENCIA 01-07-2010

6. PROXIMA REUNIÓN
Lugar: Gerencia
Mes: Agosto 2015
Hora: 7:00 am

ELABORO: Jorge Iván Estrada Fernández.

Anexo: Formato de PLAN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD cierre 2014-2015