
	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 2
			FECHA DE VIGENCIA 01-02-2015

**COMITÉ DE CALIDAD
ACTA N°. 006-16_**

FECHA: 08/08/2016	HORA: 7:30am
NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	CARGO
Carolina Pérez Bolaños	Gerente
Alejandro Arias	Director médico
Claudia Milena García	Líder de enfermería
Lorena Gutiérrez	Líder hospitalización MAC
Diego López	Líder servicio quirúrgico
Omaira Zapata	Líder financiera
Luisa Avella	Líder gestión humana
Adrián Gutiérrez	Líder S. Farmacéutico
Cesar Castro	Líder sistemas
Paula Bedoya	L. SG-SST
Ángela Loaiza	L. Biotecnología
Juan M. Silva	L Mantenimiento y sg
Jorge Estrada	L Calidad
TEMAS	
➤ Verificación de asistencia	
➤ Revisión de cumplimiento de compromisos establecidos en acta anterior	
➤ Revisión de indicadores y presupuesto	
➤ Compromisos y no conformidades.	
DESARROLLO DE LA REUNION	
<p>CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA</p> <p>Inicia el comité con el informe de consulta externa y apoyo diagnostico; se presenta la ejecución presupuestal realizada durante el mes de junio de 2016.</p> <p>Se revisa la oportunidad en cardiología, oftalmología, pruebas de esfuerzo. Dentro de la oportunidad se analizan las tendencias durante el primer semestre.</p> <p>Se revisa la satisfacción del mes en consulta externa y apoyo diagnostico; se realizaron alrededor de 1400 encuestas aproximadamente, cuando la población total atendida en todos los servicios de consulta y apoyo diagnostico llegaron a alrededor de los 18.000 pacientes en todas las sedes.</p> <p>Se leen las quejas del usuario relacionadas con el servicio y se plantean planes de mejora estipuladas en el respectivo formato de Acciones de mejora.</p> <p>Se presenta el mapa de riesgos de la sede MAC SAN RAFAEL donde se incluyeron nuevos riesgos y se realizo nueva priorización de riesgos.</p>	

	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 2
			FECHA DE VIGENCIA 01-02-2015

El seguimiento de calidad da un porcentaje del 95% de cumplimiento igual que el seguimiento a los usuarios.

GESTION HUMANA

Inicia a las 9:28am la doctora Luisa Avella presenta el mapa de riesgos del proceso: personal de ingreso, revisión de documentos de ingreso de acuerdo al proceso, evaluación de desempeño donde algunos líderes están pendiente por evaluar personal, se presentan las afiliaciones.

Se socializan nuevamente los resultados del clima laboral aclarando dudas e inquietudes y se solicitan los planes de mejora respecto lo puntuación media de los puntos de cada proceso.

Se revisa plan de capacitación, plan de incentivos donde se debe revisar los montes estipulados para el incentivo educativo.

Se presenta las no conformidades del proceso.

SERVICIO QUIRURGICO

Inicia la presentación del informe Diego López líder del proceso, quien presenta los indicadores de oportunidad de las especialidades quirúrgicas.

Se presentan las PQRS registradas en el mes de junio relacionadas con cirugía con los respectivos planes de mejora.

La oportunidad en programación disminuyo y en cuanto a la encuesta de satisfacción se puede observar muy buenos resultados evidenciándose usuarios satisfechos.

Se revisa el consolidado de indicadores y no se encuentra gestión completa de todos los eventos adversos presentados durante el mes de junio de 2016.


Se modifican algunos indicadores de riesgo relacionados con el servicio quirúrgico.

Continúa con el consolidado del presupuesto ejecutado por el servicio, incluido MAC San Rafael.

HOSPITALIZACIÓN

Se presentan los indicadores registrados en la matriz de gestión; donde la encuesta de satisfacción evidencia que en el servicio se cumplió con el 95% del global.

Se tramitaron todas las PQRS presentadas en el servicio.

	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 2
			FECHA DE VIGENCIA 01-02-2015

Se presenta el plan de capacitaciones ejecutado durante el mes de junio con el personal nuevo.

Se presentan todas las no conformidades reportadas en el servicio, oportunidades y acciones de mejora.

UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Se presenta el plan de capacitaciones ejecutado durante el mes.

El consolidado de indicadores muestra reporte de reingresos, eventos adversos, infecciones (3%), tasa de mortalidad, cronograma de visita a proveedores.


Se presenta el cronograma de capacitaciones.

Se presentan no **conformidades** relacionadas y dirigidas al proceso del servicio farmacéutico.

CONSOLIDADO ASISTENCIAL

Se presenta informe del área de unidad de cuidados intensivos, hospitalización y consulta externa del mes de junio evidenciándose lo siguiente:

1. En consulta externa llegan PQRS refiriendo demora en la agenda de los médicos especialistas, por tal motivo la Doctora Carolina Perez da la directriz al Dr. Francisco Alejandro Arias de levantar una No conformidad y así mismo se realizar el plan de mejora
2. Inadecuada atención por parte del personal de cardiología por parte de la auxiliar de enfermería
3. En el área de consulta externa de Megacentro de Alta complejidad se evidencia acoso sexual por parte de un especialista a una usuaria. La Doctora Carolina Pérez y el Doctor Francisco Alejandro Arias hacen la investigación correspondiente y toman medidas pertinentes de acuerdo al caso
4. Se evidencia demora en la respuesta de las PQRS, debido a que los líderes de área no retroalimentan adecuadamente al área de SIAU en cuanto a los planes de mejora, por tal motivo a partir del mes de agosto se enviará por escrito la consecución de la queja y se realizará seguimiento
5. Se solicita al área de sistemas y cuentas médicas realizar una discriminación de los RIPS de acuerdo a las sedes correspondientes, debido a que es un requisito de la Secretaria de Salud
6. La Doctora Carolina Pérez da la directriz que se debe de realizar planes de mejora para concluir las encuestas internas y la encuesta de clima laboral de cada área asistencial
7. Dado que se está incorporado a la institución personal nuevo, queda la tarea por parte de todos los líderes de área, capacitar a los empleados en cuanto a ubicación, plataforma estratégica, políticas institucionales, seguridad del paciente y adecuado manejo de dispositivos y equipos
8. La Doctora Carolina Pérez le da la directriz a la Líder de biotecnología y de mantenimiento de realizar una guía rápida para las áreas asistenciales sobre el adecuado manejo de los

	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 2
			FECHA DE VIGENCIA 01-02-2015

equipos e infraestructura

9. La Gerente Doctora Carolina Pérez informa las fechas probables de apertura de los demás servicios de Megacentro de Alta Complejidad
10. Se da a conocer la dificultad que hay en ocupación debido a la cancelación del área e cirugía, esto afectando la productividad en el área de hospitalización y unidad de cuidados intensivos
11. La Doctora nos da indicaciones de cómo se debe realizar el presupuesto de la nueva sede, teniendo en cuenta lo ejecutado hasta la fecha.
12. Desde el área de Calidad informan la nueva visita de ICONTEC que se llevará a cabo los días 30 y 31 agosto 2016, donde tendremos en cuenta las no conformidades fijadas la última vez.

FINANCIERA

Presenta el informe Luz Omaira Zapata a las 2:02pm; inicia con la ejecución presupuestal del proceso. (Nómina, gastos generales, adecuaciones, insumos).

Índice de satisfacción al cliente interno con un cumplimiento del 99%.

El cumplimiento del cronograma de documentación es del 95% a junio de 2016.

Se presentan no conformidades reportadas en el servicio con sus respectivos planes de mejora.

No se cumplieron con dos riesgos registrados de manera preventiva en el mapa de riesgos.

Se presenta la ejecución del plan de capacitación

Se presenta informe de documentos legales del proceso financiero.

SERVICIO FARMACEÚTICO


Presenta el informe Adrian Gutiérrez a las 3:10pm

Se inicia con el consolidado de indicadores donde se presenta visita a proveedores del servicio farmacéutico, plan de capacitaciones (el cual no se ejecuto de acuerdo a lo programado).

Se evidencia el informe de controlados.

En cuanto a las NO CONFORMIDADES se presentaron tres no conformidades con los respectivos planes de mejora, se registran compromisos relacionados con: herramienta de seguimiento a proveedores y planes de mejora de satisfacción interna.

SISTEMAS Y TELECOMUNICACIONES

	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 2
			FECHA DE VIGENCIA 01-02-2015

Inicia Cesar Castro a las 4:00pm con la ejecución presupuestal.

Se presenta análisis de tendencia de los indicadores de riesgo del proceso.

En el cronograma de documentación se tiene un cumplimiento del 92%.

Se presenta la socialización de los planes de mejora y demanda insatisfecha; esto respecto al plan de capacitación programado para el mes de junio.

En demanda insatisfecha se dio un cumplimiento del 98%. El tiempo de respuesta fue el adecuado de acuerdo a lo que se tiene protocolizado.

Se presentan las NO CONFORMIDADES con sus respectivos planes y acciones de mejora. Aquí se registran acciones preventivas.

Se revisan todas las listas de chequeo de red interna y datos del servidor, chequeo de equipos de computo, chequeo televisores, cheque de telefonía y cámaras de seguridad así como chequeo de UPS.

En entrega de historia clínica se entregan al usuario 132 con soporte legal y 2 sin soporte legal autorizadas por dirección médica.

BIOTECNOLOGIA

Se presenta el índice de satisfacción al cliente interno el cual fue del 52%. En el cronograma de documentación no se tenían documentos programados para el mes de junio de 2016.

Demanda insatisfecha: se evidencia falla en maquina de anestesia.

Interferencia en la sonda del eco cardiógrafo, falla de comunicación en mapas.

Se evidencia interferencia daño en el conector del monitor de signos vitales de quirófano.

Se presenta REPORTE NO CONFORMIDADES del servicio con sus respectivos planes y acciones de mejora.


Las no conformidades están relacionadas con: plan de capacitación, demanda insatisfecha (daño de equipos), incumplimiento con visita a proveedores, satisfacción con el cliente interno.

FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS

Presenta informe de mayo y junio de 2016.

Inicia el proceso con la presentación de la demanda insatisfecha captada de los usuarios atendidos en el mes de junio.

Se presenta análisis de datos de acuerdo a las encuestas de satisfacción presentadas, el call center evidencia mejora en los resultados. Se evidencia aumento en la solicitud de citas en línea (por página web y correo).

	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 2
			FECHA DE VIGENCIA 01-02-2015

En cuanto a PQRS se evidencia adecuada gestión de las mismas con sus respectivos planes de mejora y respuestas al usuario. Para el mes de junio se presenta una felicitación para la sede MAC SAN RAFAEL.

Se presenta ejecución del plan de capacitación en comunicación asertiva.
Se presenta informe y porcentaje de radicación durante el mes mayo y junio, el total de radicación se evidencia el servicio de cirugía el principal centro de costo con el 73%.

En No conformidades se presentaron 6 con sus respectivos planes y acciones de mejora.

MANTENIMIENTO

Presenta informe de los meses de abril, mayo y junio de 2016.

Inicia con la presentación de los indicadores de seguimiento a riesgo.

Se da cumplimiento a la entrega de los informes a los entes de control. En el cronograma de documentación se define nuevo proceso para establecer departamento de gestión ambiental.

Los soportes de fumigaciones están de acuerdo a lo programado.

En cuanto a limpieza y desinfección se evidencia un cumplimiento del 99%

En cuanto a NO CONFORMIDADES se presentan todas las registradas durante el trimestre abril, mayo y junio cada una con su respectivo plan y acción de mejora.

Se presenta el plan de capacitaciones

MERCADEO Y RELACIONES Y SIAU

Presenta cronograma de documentación donde se reprogramaron varias actividades.

NO CONFORMIDADES


Todos los procesos, excepto Cirugía.

No se cumple con el número mínimo de encuestas realizadas durante el mes de junio de 2016. Por lo tanto, la muestra no se considera representativa a pesar de considerarse un número alto de usuarios encuestados.

Se eleva no conformidad por ausencia continua del personal (líderes de área) de los comités de calidad generando interferencia y discontinuidad del informe. Ausencia continua del líder de mantenimiento.

Se eleva no conformidad por realización de planes de mejora de la encuesta de satisfacción interna.

La herramienta actual de seguimiento a proveedores no se considera pertinente ya que no evalúa de manera objetiva los puntos de seguimiento. Se debe modificar la herramienta de seguimiento de

	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 2
			FECHA DE VIGENCIA 01-02-2015

proveedores y modificar el procedimiento.

Se presentan los indicadores de seguimiento a riesgo e informe de consumos de medicamentos y dispositivos médicos en el mes de junio de 2016.

COMPROMISOS

No.	Descripción	Proceso	Fecha limite
	Revisar planes de acción para mejorar la oportunidad de las especialidades de ortopedia y medicina interna.	Consulta Externa	Agosto
	Realizar correcciones en los perfiles de los profesionales en salud en el software de historia clínica.	Sistemas	Agosto
	Reportar evento adverso por cancelación de agendas de Hemodinamia.	Cirugía	Agosto
	Incluir capacitación de infraestructura de MAC, buen cuidado, gestión de tecnología y todo lo sistematizado de MAC (tarjetas, correo neumático, etc), botones de emergencias. Realizar formato de socialización por cada proceso.	Todos los procesos.	Agosto 2016
	Modificar el procedimiento de código azul para MAC San Rafael.		
	Se recalca la importancia de clasificar y registrar la ejecución presupuestal por sede de SOCIMEDICOS S.A.S, registrar todos los datos de presupuesto de MAC San Rafael.	Todos los procesos	
	Revisar planes de mejora relacionados con los médicos especialistas para socialización el día 18 de agosto de 2016.	Procesos misionales	
	Incluir planes de mejora de gerencia por índice de satisfacción del cliente interno.	Financiera	
	Consolidar resultados de ingreso y salida de personal	Sistemas	