

UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS LTDA							
ACCIONES							
Código: 20ESPF02-07			Versión: 01		Página 1 / 1		
1. IDENTIFICACION DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA							
1.1 CONSECUTIVO:	01	1.2 FECHA APERTURA:	10/01/2023	1.3 PROCESO: Gestión del mejoramiento de la Calidad			
1.3 FUENTES DE DETECCIÓN				1.4 TIPO DE HALLAZGO			
Auditoria	<input checked="" type="checkbox"/>			INSTITUCIONAL	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sequimiento a procesos	<input type="checkbox"/>			INDIVIDUAL	<input type="checkbox"/>		
Cumplimiento meta indicadores	<input type="checkbox"/>			PROCESO	<input checked="" type="checkbox"/>		
Quejas y Reclamos	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
Servicio no Conforme	<input type="checkbox"/>			1.5 TIPO DE ACCION: PREVENTIVA	<input type="checkbox"/>		
Tendencia Indicadores	<input type="checkbox"/>			CORRECTIVA	<input checked="" type="checkbox"/>		
Política de Seguridad Paciente	<input type="checkbox"/>						
Autoevaluación Standares Acred	<input type="checkbox"/>						
Percepción del Cliente	<input type="checkbox"/>						
Otro	<input type="checkbox"/>	Cual?					
1.6 REQUISITO DE CALIDAD A MEJORAR							
Seguridad	<input type="checkbox"/>	Continuidad	<input type="checkbox"/>	Pertinencia	<input type="checkbox"/>	Accesibilidad	<input type="checkbox"/>
Oportunidad	<input type="checkbox"/>						
2. DESCRIPCION DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA							
(Realice la transcripción del hallazgo o descripción de la situación a analizar en forma clara y breve)							
"Para describir la No Conformidad tenga en cuenta el Que, Cuando, Donde, Cuantos, mas el incumplimiento".							
Hallazgos de auditoria externa de Nueva EPS realizada el 1 de Diciembre de 2022 informe entregado el día 30 de Diciembre de 2022 , donde se evidenciaron 8 oportunidades de mejora de acuerdo a la resolución 3100 de 2019							
OBJETIVO(S) DEL PLAN DE MEJORAMIENTO							
(Los objetivos deben ser específicos, medibles, alcanzables, realistas y enmarcados en el tiempo y deben ser coherentes con el indicador formulado)							
Cumplir el plan de mejora a marzo de 2023 de acuerdo a la solicitud de la Nueva EPS							
3. INVESTIGACION DE LAS CAUSAS							
"Puede utilizar la técnica de Espina de Pescado, Lluvia de Ideas o los Tres Por Que".							
Hallazgos de Auditoria Externa							
4. CORRECCION INMEDIATA							
(Corrección es el hacer inmediato para detener el problema)							
Enviar acta firmada con el plan de mejoramiento para entrega en el mes de marzo de acuerdo a solicitud de la EPS							
5. PLAN DE ACCION (FORMULACION PLAN DE TAREAS)							
ITEM	ACTIVIDAD (QUE HACER)	QUIEN	COMO HACERLO	CUANDO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL
1	El medico define el caso de referencia a la institución, en caso de requerirse es acompañado por auxiliar al hospital local, se cuenta con diligenciamiento de bitácoras para medir la oportunidad de la atención, teniendo en cuenta que los casos que se remiten del servicio de consulta externa no tienen la prioridad, en casos de urgencia vital se traslada a la IPS en bitácora no se evidencia fecha y hora de entrega del paciente en el hospital Salazar de Villeta.	Lider SIAU	Ajustar la bitácora de Referencia para incluir Fecha y hora de Entrega del paciente en los casos de urgencia vital	Inmediato	Lider SIAU	Diciembre de 2022	Diciembre de 2022
2	No se evidencia oportunidad de atención servicio de gastroenterología	Lider Facturación	Habilitar agenda para la especialista para el mes de Enero	Mensual	Lider Facturación	Enero de 2023	Marzo de 2023
3	No se reporta el 100% de eventos adversos requeridos por resolución 256	Auditora calidad y seguridad del paciente	Actualmente se reporta los indicadores que en la resolución 256 son exigibles a la institución. En la IPS se hace paso de sonda para muestras de laboratorio clínico. El indicador P.2.2 y P.2.3 Es un indicador que solo aplica para UCI Adulto y Pediátrico por lo que no se tiene incluido para la IPS	Mensual	Auditora calidad y seguridad del paciente	Indefinido	Indefinido
4	Se realiza retroalimentación a médicos frente al cumplimiento de adherencia a la guía diabetes hta, lru, ira, socialización mediante acta a médicos del 11 de noviembre 2022, Se evidencia evaluación de las cuatro guías prioritarias a cuatro médicos de la IPS, con promedio de resultados de 4,0 se realiza retroalimentación a cada profesional encontradas en la adherencia a la guía en h clínica profesional que evalúa es la médica Fátima Nancy Medina; sin embargo se evidencia socialización de 2021 y evaluación de 2021, no hay retroalimentación ni evaluación de 2022.	Auditora Calidad y Asesora Médico Científica	Programar Capacitación en Virtual o presencial para la resocialización de las GPC adoptadas por la IPS	Primer Trimestre 2023	Asesora Médico Científica	Enero de 2023	Marzo de 2023
5	Se cuenta con documento PAMEC sin embargo se evidencia la acción prioritaria dentro de la metodología de ministerio siendo evidente el sistema de información de resolución 256, se socializa metodología de implementación pamec donde debe describir las actividades que deben ejecutarse con el fin de dar como resultado el mecanismo de medición del sistema de información.	Auditora Calidad	Ajustar el documento PAMEC con las actividades que ya se realizaron pero convirtiéndolas en Acciones prioritarias para que quede con mas acciones prioritarias	Inmediato	Auditora Calidad	Diciembre de 2022	Diciembre de 2022
6	Comité de GAGAS fue creado por resolución 001 DE 2009 en donde refiere GAGAS, COVE - INFECCIONES, H. CLINICA donde describe las funciones y periodicidad mensual todas excepto gagas cada 90 días por resolución	Auditora Calidad	Actualizar resolución de Gran Comité, periodicidad de reuniones e incluir el comité de Calidad	Enero de 2023	Auditora Calidad	Enero de 2023	Enero de 2023
7	Se evidencia ultima acta en Abril de 2022, no se encuentra acta de los meses siguientes.	Auditora Calidad	Trasladar los datos individuales de cada auditoria de historia clínica mensual por medio al acta del comité	Diciembre de 2022	Auditora Calidad	Diciembre de 2022	Diciembre de 2022
8	Se cuenta con documento físico de consentimiento informado: oncología, laboratorio, radiología, vacunación, enfermería endoscopia; sin embargo en documento de procedimientos dermatológicos, VIH, colposcopias, nasofaringolaringoscopia, planificación, ecografía y fisioterapia, el documento refiere solo 3 consentimientos informados, los demás no están relacionados, se escanea, se anexa a h clínica y archiva el medio físico de acuerdo al mes de atención, de acuerdo a esto no se garantiza la unificación del anexo consentimiento informado en un único registro por consecutivo incumple la resolución 1999/1999.	Gerencia General	Implementar proceso digital para los consentimientos informados institucionales y dejar el archivo físico	Enero de 2023	Gerencia General Lider TIC	Enero de 2023	Marzo de 2023

FORMULACION DEL INDICADOR DEL PLAN DE MEJORAMIENTO (Debe Medir el cumplimiento del objetivo de la acción)			
Cumplimiento del plan de mejora de Nueva EPS. Actividades cumplidas al periodo de marzo/Total de actividades planeadas en el plan de mejora			
PRIORIZACION DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA (Priorización por Costo, Volumen y Riesgo)			
RIESGO	2	VOLUMEN	2
COSTO	3	FECHA	SEGUIMIENTO
VERIFICADO POR:			
10/01/2023	Se verifica caso de referencia al servicio de urgencias en compañía de personal de salud. 05/01/2023 Maria Margarita Rodriguez de Rodriguez , se evidenció en la bitácora de referencia la hora de recepción del paciente y el nombre del profesional que la recibe		Leidy Lozano Q
10/01/2023	Se verifica agenda para el servicios de Gastroenterología. Para el mes de Enero se tiene programado 31 de Enero de 2023		Leidy Lozano Q
10/01/2023	Se evidenció el cumplimiento de las actas de historias clínicas hasta el mes de Diciembre.		Leidy Lozano Q
10/01/2023	Se actualizó resolución del gran comité incluyendo el comité de calidad y modificando la periodicidad de reunión. Resolución 001 de 10 Enero de 2023		Leidy Lozano Q
01/02/2023	El servicio de gastroenterología tiene habilitado servicio para endoscopia de vias digestivas el 28 de Febrero de 2023		Leidy Lozano Q
01/02/2023	Se verifica PAMEC 2023 evidenciando que se desglosaron las acciones realizadas para el cumplimiento del programa, quedado con 4 acciones para dar cumplimiento a la falencia del sistema de información según resolución 256 de 2016		Leidy Lozano Q
01/02/2023	A la fecha no se ha implementado totalmente la digitalización del consentimiento informado. Se continúa en seguimiento. Fecha de cumplimiento marzo de 2023		Leidy Lozano Q
CONCLUSIÓN			
Quien realizo acción			
La acción fue Eficaz	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Fecha de Cierre			