

## PLAN DE MEJORAMIENTO

**PROCESO: AUDITORÍA COOMEVA**

**RESPONSABLE: LÍDER EVALUACIÓN Y CONTROL LILIANA MORALES Z**

**OBJETIVO:** Definir las acciones para intervenir los hallazgos de la auditoría de la EAPB COOMEVA

AC: Acción Correctiva (Para las No conformidades)								
AP: Acción Preventiva (Para las observaciones /oportunidad de mejoras)								
N°	HALLAZGO	ORIGEN	CAUSAS	ACCIÓN	CLASIFICACIÓN AP/AC	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LA ACCIÓN
								EVALUACIÓN
1	No se evidencia cumplimiento en la infraestructura para los servicios de archivo de historias clínicas, hospitalización, salas de procedimientos menores y depósito final de residuos peligrosos, incumpliendo parámetros establecidos en las resoluciones 4445 de 1996 y 2003 de 2014	Auditoría Coomeva	Archivo de historias clínicas: Faltan vidrios en el archivo central desde que se trasladó el archivo a esa área, lo que genera riesgo en deterioro de las historias clínicas por condiciones atmosféricas. Causas: No se previó que por la falta de vidrios podría entrar agua y roedores que dañarían las historias clínicas	Solicitar al servicio de mantenimiento la instalación de los vidrios en el archivo de historias clínicas.	AC	17/05/2019	Subgerencia Administrativa y Financiera Isabel Cristina Rodríguez	Se hizo la solicitud de la instalación de los vidrios mediante las comunicaciones internas SAIA con radicado No 667 y 822 de marzo 29 de 2019 y abril 22 de 2019.
			Hospitalización; se evidenció que no se tiene cubículos para separar los pacientes de los cuartos colectivos. Para hospitalización no es posible la separación de pacientes por cubículos, debido al riesgo que se puede presentar en los pacientes debido a la dificultad para vigilar y monitorear el comportamiento de los mismos, además dependiendo de la patología del paciente los cubículos los podrían utilizar con fines lesivos.	No se plantea acción no es aplicable en el Hospital	NA	NA	NA	NA
			Sala Procedimientos de Menores: Se evidenció escritorio donde se hace consulta médica por falta de espacio para la atención de pacientes	Adecuar en el nuevo Hospital espacios separados para procedimientos menores y consulta médica.	AC	31/12/2019	Subgerencia Administrativa y Financiera Isabel Cristina Rodríguez	
			Depósito final de residuos peligrosos: Se evidencian canecas sin tapa y no adecuadas, contenedores insuficientes y bolsas rojas en el suelo, está contemplada la dotación en el plan de adquisiciones. El personal es nuevo, se encuentra en entrenamiento.	Solicitar cotizaciones para la adquisición de contenedores que cumplan con la normatividad, realizar proceso de compra.	AC	6/30/2019	Subgerencia Administrativa y Financiera Isabel Cristina Rodríguez	
2	No se evidencia continuo funcionamiento del equipo gestión ambiental ni la disposición ajustada a la norma del depósito final de residuos; no se evidencia un depósito transitorio de residuos incumpliendo parámetros establecidos en el Decreto 2676 de 2000 y en la Resolución 2003 de 2014	Auditoría Coomeva	La mayoría de los miembros del Comité de Gestión Ambiental fueron cambiados; el presidente dejó de prestar servicios en el Hospital, el secretario técnico inició las labores en el mes de enero, la Subgerencia Administrativa y Financiera estuvo vacante desde diciembre hasta el mes de mayo y el Técnico de Seguridad y Salud en el Trabajo también inició en el mes de enero.	Reestructuración y puesta en funcionamiento del Comité de Gestión Ambiental	AC	6/30/2019	Subgerencia Administrativa y Financiera Isabel Cristina Rodríguez	
3	No se evidencia socializado ni adecuadamente implementado el procedimiento de manejo de reportes y documentos para el manejo de los bienes de los usuarios	Auditoría	Falta continuidad en la socialización del protocolo de manejo de pertenencias de los pacientes admitidos por urgencias. Falta claridad en los riesgos a los que se somete la institución en la inadecuada custodia de las pertenencias. Falta control del proceso pérdida de pertenencias.	Socialización de Protocolo de Manejo de Pertenencias (EA-PT-03) en reunión administrativa del servicio de Urgencias.	AC	7/31/2019	Líder Evaluación y Manejo Ambulatorio Gabriel Restrepo Líder Hospitalización y Egreso Julian Jaramillo Enfermera Calidad Gloria Castaño	

## PLAN DE MEJORAMIENTO

**PROCESO: AUDITORÍA COOMEVA**

**RESPONSABLE: LÍDER EVALUACIÓN Y CONTROL LILIANA MORALES Z**

**OBJETIVO:** Definir las acciones para intervenir los hallazgos de la auditoría de la EAPB COOMEVA

AC: Acción Correctiva (Para las No conformidades)								
AP: Acción Preventiva (Para las observaciones /oportunidad de mejoras)								
N°	HALLAZGO	ORIGEN	CAUSAS	ACCIÓN	CLASIFICACIÓN AP/AC	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LA ACCIÓN
								EVALUACIÓN
3	No se evidencia cumplimiento en la infraestructura para los servicios de archivo de historias clínicas, hospitalización, salas de procedimientos menores y depósito final de residuos peligrosos, incumpliendo parámetros establecidos en las resoluciones 4445 de 1996 y 2003 de 2014	Auditoría Coomeva	Archivo de historias clínicas: Faltan vidrios en el archivo central desde que se trasladó el archivo a esa área, lo que genera riesgo en deterioro de las historias clínicas por condiciones atmosféricas, Causas: No se previó que por la falta de vidrios podría entrar agua y roedores que dañarían las historias clínicas	Solicitar al servicio de mantenimiento la instalación de los vidrios en el archivo de historias clínicas.	AC	17/05/2019	Subgerencia Administrativa y Financiera Isabel Cristina Rodríguez	Se hizo la solicitud de la instalación de los vidrios mediante las comunicaciones internas SAIA con radicado No 667 y 822 de marzo 29 de 2019 y abril 22 de 2019.
		Coomeva		Reforzar en los Jefes de Enfermería la revisión de los registros clínicos incluyendo el de bienes y pertinencias	AC	7/31/2019	Líder Evaluación y Manejo Ambulatorio Gabriel Restrepo Líder Hospitalización y Egreso Julian Jaramillo Enfermera Calidad Gloria Castaño	
4	Socializar los procedimientos propios de Toma de Muestras al personal auxiliar encargado (auxiliar de enfermería y auxiliar de Laboratorio)	Auditoría Coomeva	El personal de los servicios de Hospitalización y Laboratorio se han capacitado y entrenado debidamente en el procedimiento de toma de muestras. El personal auditado no recuerda ningún hallazgo, ni recomendación en el momento de la auditoría, sin embargo se plantea la acción.	Socializar el procedimiento de toma de muestras (LCL-PR-01) especialmente al personal nuevo que esta ingresando a la institución.	AP	6/14/2019	Líder Laboratorio Clínico Johana Guerrero	Capacitación en Toma de Muestras en el servicio Hospitalización. Se anexa registros de asistencia y la presentación utilizada.
5	Divulgar el sistema definido de referencia y contrareferencia al personal de la institución que en la práctica lo ejecutan	Auditoría Coomeva	Todo el personal de Urgencias es entrenado en referencia y contrareferencia, el personal auditado no recuerda ningún hallazgo en el momento de la auditoría, no obstante se plantea la acción para fortalecer el conocimiento de los funcionarios en referencia y contrareferencia.	Socialización Manual Referencia y contrareferencia (EA-MA-01) en reunión administrativa del servicio de Urgencias	AP	7/31/2019	Líder Evaluación y Manejo Ambulatorio Gabriel Restrepo Líder Hospitalización y Egreso Julian Jaramillo Enfermera Calidad Gloria Castaño	
6	Documentar socializar e implementar los mecanismos para enunciar, divulgar, y vigilar el cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes tanto para el cliente interno como para el cliente externo	Auditoría Coomeva	A pesar de estar realizando actividades para la divulgación de los Deberes y Derechos de los ciudadanos, no estaba documentado el proceso.	Documentar el procedimiento para la divulgación de los Deberes y Derechos	AP	5/22/2019	Líder Información y Atención al Usuario	
7	Validar el cumplimiento de los protocolos de esterilización	Auditoría Coomeva	No se ha realizado la verificación del protocolo de esterilización debido a que no es prioritario,	En las rondas de seguridad aplicar lista de chequeo que contenga requisitos de infraestructura, de documentación y preguntas de verificación del proceso de esterilización.	AP	05/14/2019	Profesional Calidad Doris Hernández	

## PLAN DE MEJORAMIENTO

**PROCESO: AUDITORÍA COOMEVA**

**RESPONSABLE: LÍDER EVALUACIÓN Y CONTROL LILIANA MORALES Z**

**OBJETIVO:** Definir las acciones para intervenir los hallazgos de la auditoría de la EAPB COOMEVA

AC: Acción Correctiva (Para las No conformidades)								
AP: Acción Preventiva (Para las observaciones /oportunidad de mejoras)								
N°	HALLAZGO	ORIGEN	CAUSAS	ACCIÓN	CLASIFICACIÓN AP/AC	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LA ACCIÓN
								EVALUACIÓN
	No se evidencia cumplimiento en la infraestructura para los servicios de archivo de historias clínicas, hospitalización, salas de procedimientos menores y depósito final de residuos peligrosos, incumpliendo parámetros establecidos en las resoluciones 4445 de 1996 y 2003 de 2014	Auditoría Coomeva	Archivo de historias clínicas: Faltan vidrios en el archivo central desde que se trasladó el archivo a esa área, lo que genera riesgo en deterioro de las historias clínicas por condiciones atmosféricas, Causas: No se previó que por la falta de vidrios podría entrar agua y roedores que dañarían las historias clínicas	Solicitar al servicio de mantenimiento la instalación de los vidrios en el archivo de historias clínicas.	AC	17/05/2019	Subgerencia Administrativa y Financiera Isabel Cristina Rodríguez	Se hizo la solicitud de la instalación de los vidrios mediante las comunicaciones internas SAIA con radicado No 667 y 822 de marzo 29 de 2019 y abril 22 de 2019.
8	Terminar de socializar e implementar el PAMEC de acuerdo a la metodología propuesta por el Ministerio, realizando cada una de las etapas según la planeación documentada por la IPS y ajustándolo a las necesidades de la institución	Auditoría Coomeva	No se ha realizado la divulgación del resultado del ciclo 2018. El 2019, se está realizando de acuerdo al cronograma de la ruta crítica 2019.	Realizar la divulgación del ciclo PAMEC- 2018.	AP	12/31/2019	Líder Gestión Calidad Liliana Morales Z.	
9	Reforzar y mejorar la calidad de los análisis sistemáticos y estructurados de los eventos adversos reportados, formulando para cada tema, los planes de mejoramiento de acuerdo a los análisis de los eventos adversos identificados y reportados.	Auditoría Coomeva	Los planes de mejoramiento que se generan a partir del análisis de los eventos adversos se almacenan en carpetas mensuales por servicios, los incidentes se agrupan en un solo plan de mejoramiento	Definir un mecanismo para el seguimiento a los planes de mejoramiento que se generan a partir del análisis de los eventos adversos que facilite la trazabilidad (Incluir columnas en el aplicativo eventos adversos con las acciones que se definen para cada evento adverso)	AP	6/30/2019	Enfermera Calidad Gloria Castaño	
10	Registrar los riesgos para el procedimiento del TECAR, tanto anestésicos como propios del TECAR, en el consentimiento informado	Auditoría Coomeva	Al elaborar el formato de consentimiento informado para tecar no se tuvo en cuenta la identificación de los riesgos propios del proceso.	Revisar y ajustar el Formato Consentimiento Informado para TECAR (HE-FR-16)	AP	7/30/2019	Líder Evaluación y Manejo Ambulatorio Gabriel Restrepo Líder Hospitalización y Egreso Julian Jaramillo Enfermera Calidad Gloria Castaño	Se modifica Formato de Consentimiento Informado para TECAR (HE-FR-16) y se identificarán los riesgos del procedimiento.
11	Terminar de definir las guías y protocolos para la práctica clínica y validar que cuente con actos administrativos de adopción y la validación de acuerdo a la metodología sugerida por el Ministerio	Auditoría Coomeva	La adopción de GPC, es un proyecto que se está realizando en la actualidad y necesita un lapso importante.	Continuar con la adopción de GPC, con la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social	AP	12/31/2019	Líder Gestión Calidad Liliana Morales Z. Subgerente de Prestación de Servicios	
12	Terminar de socializar los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones	Auditoría Coomeva	Velar porque se continúe realizando la adherencia al plan de cuidado y tratamiento teniendo en cuenta la guía de atención interdisciplinaria del paciente hospitalizado y las guías clínicas de manejo. Vigilar permanentemente los diferentes puntos de control y así garantizar la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.	Aplicar listas de chequeo que permitan evidenciar el control de las diferentes actividades del proceso y retroalimentación constante de las guías de manejo clínico.	AP	7/30/2019	Líder Evaluación y Manejo Ambulatorio Gabriel Restrepo Líder Hospitalización y Egreso Julian Jaramillo Enfermera Calidad Gloria Castaño	

## PLAN DE MEJORAMIENTO

**PROCESO: AUDITORÍA COOMEVA**

**RESPONSABLE: LÍDER EVALUACIÓN Y CONTROL LILIANA MORALES Z**

**OBJETIVO:** Definir las acciones para intervenir los hallazgos de la auditoría de la EAPB COOMEVA

AC: Acción Correctiva (Para las No conformidades)								
AP: Acción Preventiva (Para las observaciones /oportunidad de mejoras)								
N°	HALLAZGO	ORIGEN	CAUSAS	ACCIÓN	CLASIFICACIÓN AP/AC	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LA ACCIÓN
								EVALUACIÓN
	No se evidencia cumplimiento en la infraestructura para los servicios de archivo de historias clínicas, hospitalización, salas de procedimientos menores y depósito final de residuos peligrosos, incumpliendo parámetros establecidos en las resoluciones 4445 de 1996 y 2003 de 2014	Auditoría Coomeva	Archivo de historias clínicas: Faltan vidrios en el archivo central desde que se trasladó el archivo a esa área, lo que genera riesgo en deterioro de las historias clínicas por condiciones atmosféricas, Causas: No se previó que por la falta de vidrios podría entrar agua y roedores que dañarían las historias clínicas	Solicitar al servicio de mantenimiento la instalación de los vidrios en el archivo de historias clínicas.	AC	17/05/2019	Subgerencia Administrativa y Financiera Isabel Cristina Rodríguez	Se hizo la solicitud de la instalación de los vidrios mediante las comunicaciones internas SAIA con radicado No 667 y 822 de marzo 29 de 2019 y abril 22 de 2019.

FIRMA DE LOS RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN:

V°B° LIDER DE CALIDAD



FECHA: 10/05/2019

CCION		ESTADO	
RESPONSABLE	FECHA	C	A
Lídere Evaluación y Control. Liliana Morales Z.	5/27/2019	x	
NA	NA		



FECHA: 10/05/2019

CCIÓN		ESTADO	
RESPONSABLE	FECHA	C	A
Lídere Evaluación y Control. Liliana Morales Z.	5/27/2019	x	
Liliana Morales Z. Profesional especializado de calidad	7/4/2019	x	



FECHA: 10/05/2019

CCIÓN		ESTADO	
RESPONSABLE	FECHA	C	A
Lídere Evaluación y Control. Liliana Morales Z.	5/27/2019	x	
Lídere Evaluación y Control. Liliana Morales Z.	5/27/2019	x	



FECHA: 10/05/2019

CCIÓN		ESTADO	
RESPONSABLE	FECHA	C	A
Lídere Evaluación y Control. Liliana Morales Z.	5/27/2019	x	