

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 5
		FECHA: 06/04/2021

Nº DE ACTA: 01	FECHA: 24 de mayo del 2024
REUNIÓN: SOCIALIZACIÓN HALLAZGOS PACIENTE TRAZADOR SUBRED SUR OCCIDENTE	

ASISTENTES		
NOMBRE	CARGO	ÁREA/ENTIDAD
SE ANEXA LISTADO	NA	NA

ORDEN DEL DÍA / AGENDA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo 2. Presentación de asistentes. 3. Seguimiento a los compromisos del seguimiento realizado en el mes de abril 4. Socialización resultados del seguimiento documental y en campo 5. Recomendaciones 6. Cierre.

REVISIÓN COMPROMISOS ANTERIORES				
Responsable	Fecha	Cumplimiento		Causa

<p>DESARROLLO DE LA REUNIÓN:</p> <p>Siendo las 7:2:00 a.m. del 24 de mayo de 2024, se da inicio a la socialización de los hallazgos encontrados durante el proceso de seguimiento del paciente trazador, contando con la asistencia de los profesionales de secretaría de salud Gloria Gallo y Diana Velandia, por parte de la subred sur occidente Jenny Carolina Espinosa Coordinadora EAC, Daysi Villareal, profesional de calidad, Angela Liliana Fernández líder planeación, María Acosta líder operativo, Paola Martínez Líder operativo, Jaqueline Rodríguez líder operativo, Yolai Beltrán Líder operativo, Cathalina pardo líder operativo.</p> <p>Se realiza el seguimiento a los compromisos generados durante el seguimiento del mes de marzo por parte de la sub red centro oriente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar seguimiento a los profesionales en campo para verificar los procesos: Se realiza por parte de los lideres y apoyos en donde se verifican los procesos de atención de acuerdo a la guía operativa, lo que permite generar medidas que permitan el fortalecimiento de los procesos con los profesionales. 2. Establecer planes de mejora en cuanto a la calidad del reporte de las salidas de información en cuanto a la generación del ID: Se realzan reuniones periódicas con el entorno hogar.

ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

VERSIÓN: 7

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE
E.S.E.
GESTIÓN DE CALIDAD

PÁGINA: 2 DE 5

FECHA: 06/04/2021

y avanzada con el fin de definir correctamente la generación del ID familiar y evitar que se presenten duplicados en los mismos.

3. Generar una metodología para realizar la entrega de plan de cuidado, se hace énfasis en la importancia de dejarle clara a los usuarios las recomendaciones generadas en la atención, el proceso se realiza en lo seguimientos realizados a los profesionales en campo y se refuerza en el desarrollo de los comités ampliados.

4. Fortalecer a los profesionales en normas de bioseguridad y residuos peligrosos, se generó plan de mejora al profesional quien genero el hallazgo y el tema se refuerza en los comités ampliados, así mismo se continua con la entrega mensual de insumos.

Además de lo anterior se realiza refuerzo en los profesionales la importancia del cargue de las historias clínicas máximo a las 24 horas, posterior a la revisión si el profesional no se encuentra al día con las obligaciones no puede salir a terreno, esta revisión se lleva dos veces al mes uno a mitad del mes y la otra el último día del mes.

Se realiza la socialización de cada uno de los procesos

Planeación de la Atención	Prestación de Servicios de Salud Familiar e Individual	Prestación de Servicios de Salud Familiar e Individual- <u>Psicología</u>	Servicios de Apoyo
<p>En el ítem de planeación se evidencia un cumplimiento del 100%, ya que para los casos revisados se evidencio realiza el proceso de admisión, lo que permite que se dé la solicitud de la factura, así como la generación de los números se ingresos, igualmente la asignación del ID, apertura de historia clínica, asignación de citas y agendamiento teniendo en cuenta las frecuencias de uso de los usuarios.</p> <p>Al verificar la salida de información de admisiones se evidencian los registros con calidad.</p>	<p>En este ítem se cumplió con el 99%, entre los factores que más influyen son el diligenciamiento inadecuado del campo de motivo de consulta, el plan de manejo no es individualizado.</p> <p>Se evidencia que algunas historias clínicas no cuentan con la revisión por sistemas, no reportan la entrega del plan de cuidado al usuario aunque si se encuentre descrito en la historia.</p>	<p>En este ítem se cumplió con el 100%, se evidencio el correcto diligenciamiento de las HC en los campos específicos, se hace referencia al número de cada una de las sesiones, describe realizado en cada una de las sesiones con los avances y de igual manera se especifica el cierre de caso.</p> <p>En el seguimiento se evidencio que los usuarios manifiestan que sienten que el proceso ha sido beneficioso para cada uno de los casos.</p> <p>Solo un caso refirió que las sesiones duraban de 20 a 30 minutos.</p>	<p>Para este ítem se evidencia que hubo un cumplimiento del 100% del proceso según lo descrito en el manual operativo para dos familias en donde se realizo toma de laboratorio en casa, para este proceso se hace necesario reforzar la gestión para la respuesta oportuna de la lectura de resultados.</p>

ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

VERSIÓN: 7

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE
E.S.E.
GESTIÓN DE CALIDAD

PÁGINA: 3 DE 5

FECHA: 06/04/2021

Relevo Domiciliario a Ciudadodres	Apoyo Terapéutico	Evaluación-Seguimiento-Monitoreo	Normas de Bioseguridad
<p>Frente a este ítem se cumplió con el 98%, ya que cumple con los parámetros establecidos según el manual operativo.</p> <p>Durante el seguimiento los usuarios manifestaron su satisfacción con el proceso ya que le aporta a mejorar su calidad de vida logrando un impacto positivo en las familias, ya que se ha contribuido a lograr una disminución en su carga emocional y física en cuanto al cuidado de su familia.</p>	<p>En los casos donde se tuvo intervención por parte de los profesionales de la línea de terapias se cumplió con el 98%. Dentro del proceso de la atención se realizó la identificación, con la aplicación de los tamizajes de Escala abreviada del desarrollo Brody para mayores de 60 años, se identificó el riesgo, se derivó a los respectivos servicios y se realizaron los cierres, igualmente el diligenciamiento de las historias clínicas en su totalidad.</p> <p>Durante la verificación en campo las familias reconocen a los profesionales que han generado la atención, manifiestan que estos han dejado recomendaciones y actividades para las próximas sesiones las cuales ponen en práctica y son útiles para ellos.</p> <p>Cabe anotar, que si bien no afecta la puntuación en la lista de chequeo, en la revisión documental se observó que en una HC se refleja la aplicación de los tamizajes, la definición del riesgo ni la visita de cierre.</p>	<p>Frente a este ítem se cumplió al 100% ya que las 16 familias de la muestra según la prioridad dada en la base del plan de cuidado se encontraron en prioridad media y baja.</p> <p>Cabe anotar, que si bien no afecta la puntuación en la lista de chequeo, no es claro definir a que familias se les realiza la encuesta de satisfacción y a cuáles no.</p>	<p>En este ítem, se obtuvo en porcentaje de cumplimiento del 100%, por lo cual se invita a la Subred para continuar con el correcto lavado de manos y con la limpieza de los insumos biomédicos previo y posterior al uso con cada uno de los usuarios.</p>

Se realiza ajuste al porcentaje de relevo domiciliario ya que, durante la entrevista con la usuaria se evidencia que según lo manifestado con referencia a la no asistencia al momento de respiro se debe marco como no aplica y en esta caso quedo como no cumple, por tanto el porcentaje queda en 100%, por tamtp el porcentaje final para la subred queda en 97, 3%

PROCESO	1. PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD FAMILIAR E INDIVIDUAL	3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD FAMILIAR E INDIVIDUAL - PSICOLOGÍA	4. SERVICIOS DE APOYO	5. RELEVO DOMICILIARIO A CUIDADORES	6. ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO	7. EVALUACIÓN SEGUIMIENTO MONITOREO	8. NORMAS DE BIOSEGURIDAD	TOTAL
ABRIL	100%	99%	100%	100%	98%	98%	100%	90%	96,5%

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 4 DE 5
		FECHA: 06/04/2021

Compromisos

- Ingresar las Historias clínicas a Dinámica lo más pronto posible después de la atención ya que se observan ingresos hasta de 4 días posterior a la atención, sin embargo, cada uno tiene la nota retrospectiva en la cual se especifica que fue por fallas en Dinámica y/o por situaciones de seguridad.
- Diligenciar el 100% de los campos específicos para campos de revisión por sistemas.
- De ser posible entregar el plan de cuidado y de manejo a los usuarios ya que reposa en la HC, pero los usuarios refieren que no les hacen entrega y que no tienen en donde consultarlo por si tienen alguna duda.
- Continuar con el seguimiento interno que se realiza a los profesionales con el fin de mejorar los procesos acordes con la guía operativa.
- Se debe recomendar a los profesionales de psicología que deben adherirse al manual operativo donde se especifica que el tiempo de sesión es de dos horas con una periodicidad semanal.
- Reforzar en los profesionales de terapia que en el diligenciamiento de la HC quede reportado la sesión de cierre.
- Generar una estrategia para la entrega oportuna de los resultados de los laboratorios.

Siendo las 9:30 a.m. se da por terminada la reunión.

DECISIONES / CONCLUSIONES

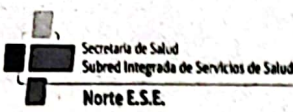
El proceso de seguimiento y verificación de los procesos aporta a las mejoras continuas de los mismos.

Contribuye a mejorar la eficacia y efectividad de las atenciones y el correcto diligenciamiento de las historias clínicas

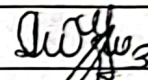
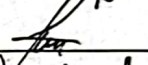
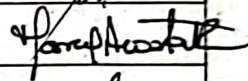
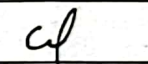
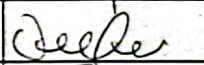
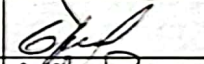
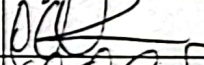
Ayuda a controlar el correcto uso de la información concerniente a los pacientes atendidos.

FIRMAS DE LOS ASISTENTES -

NOMBRE	FIRMA	CORREO ELECTRÓNICO
Se anexa listado		

	PLANILLA DE REUNIÓN		CÓDIGO: ES-GC-F-105-03
			VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD		PÁGINA: 1 DE 1
			FECHA: 08/04/2021

REUNIÓN (tema): socialización Decreto 272024	FECHA: DD/MM/AAAA 24-05-2024
--	---------------------------------

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
Daisy Villanar	Prof. Calidad ESE	6.1.2.80 - SISSE	lideradonacionese@subredsvioccidente.gov.co		X		
Angela Lilia Tenorio	Lider. planeacion	EAC	planning@subredsvioccidente.gov.co		X		
Yonny Acosta	Lider. operatividad	EAC - SSO	esofontibonmodelo@gmail.com		X		
Paola Martinez	Lider. operatividad	EAC SSO	lideroperatividad@gmail.com		X		
Jaqueline Rodriguez Vega	Lider. operatividad	EAC SSO	equipooperatividad@gmail.com		X		
Yolany Beltrán	Lider. Op.	EAC SSO	lider@medic@gmail.com		X		
Olivia Luis Gallo	Profesional	EAC - SDS	gallo@saludcapital.gov.co		X		
Diana Velandia	Prof. Especial.	EAC - SDS	dvelandia@saludcapital.gov.co		X		
Yenny Carolina Espinoza	Coordinadora	EAC - SJO	lideradonacionese@subredsvioccidente.gov.co		X		
Catharina Pardo Nairin	Lider. Relato	EAC - SISSE	secretariadocuidadobog@gmail.com		X		
Olga Lucia Pinzon	Apoyo @ local Norte	EAC - SISSE	apoyo@coordinacioneac-2023@gmail.com		X		