Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CARACTERIZACIÓN DE PROCESO GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO

1. MACROPROCESO:	
2. OBJETIVO:	Asesorar, coordinar, planificar, ejecutar, real componentes, a través del acompañamient procesos de la Subred Integrada de Servic interesadas.
3. RESPONSABLE:	Líder proceso Gestión de la Calidad y Mejora
4. ALCANCE:	Desde la identificación y análisis de las nec mantener el Sistema Integrado de Gestión, ha
5. INDICADORES:	Plan de acción anual por procesos Plan de acción anual institucional
6. SUBPROCESOS O SERVICIOS:	Control de la Producción de Documentos Gestión Clínica Excelente y Segura Sistema Único de Acreditación Humanización del Servicio Sistema Único de Habilitación Auditoria de Mejora Continua

7. SOPORTE

Normograma Institucional Código 15-00-F0-0010

8. DEF

Aprendizaje Organizacional: Proceso mediante el cual la organización adquiere, c

Aseguramiento de la Calidad: Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas im de que una entidad cumplirá los requisitos para la calidad.

Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad: Es el mecanismo sistemático y con esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. El PAMEC o programa c institución implementa este componente.

Autocontrol: Es la capacidad que ostenta cada servidor público, para controlar su t los resultados que se esperan en el ejercicio de su función de tal manera que la eje con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política.

Calidad: Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los re

Cierre de ciclo: Es la verificación de la implementación y el cumplimiento de las ac dichas acciones; permite entender el cierre de brechas entre la calidad esperada y l de un nuevo ciclo de mejoramiento.

Cultura Organizacional: Conjunto de valores, creencias y maneras de hacer las co miembros de una organización con sus componentes formales (direccionamiento es el estilo de comunicación y su relación con el medio ambiente.

Equipos de Mejora: Conjunto de personas de un equipo de proceso o de varios pro situación a mejorar, definir y ejecutar el plan de acción y finalizar su gestión.

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN

Gestión Clínica: Conjunto de procesos administrativos y asistenciales, ordenados, los pacientes. Esta gestión se soporta en la mejor evidencia científica y lineamientos

Gobierno clínico: Hace referencia a la gestión clínica bajo la responsabilidad de lo calidad: efectividad clínica, reducción de errores, gestión del riesgo, práctica basada retroalimentación, formación continuada de los profesionales y participación del pac

Mejoramiento de la Calidad: Acciones emprendidas en todo el organismo con el fi brindar beneficios adicionales al organismo y sus clientes.

Oportunidad de Mejoramiento: Lo que le hace falta a la entidad para cumplir con determinado para lograr lo deseado.

Planes de Mejora: Conjunto de elementos de control, que consolidan las acciones de Control Interno y en la gestión de operaciones, que se generan como consecuen formales provenientes de los órganos de control.

Referenciación Comparativa: Es el continuo y sistemático proceso de identificar, a de desempeño superior.

Sistema Único de Acreditación: Es el conjunto de entidades, estándares, activida destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores

9. DESCRIPCIÓ

N°	PROVEEDOR	ENTRADA
1	Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional , entes de control y entidades externas	Plan de Desarrollo Distrital, Plataforma estratégica interna, Plan de Desarrollo institucional, normatividad vigente, Plan Acción Anual Institucional (PAA), Matriz de riesgos institucional
2	Entes de control externos, entes reguladores y líderes de procesos	Normatividad vigente
3	Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional	Plan de acción aprobado para la vigencia.
4	Proceso Participación social y atención al Ciudadano , entidades internas y externas.	Quejas, reclamos e investigaciones.

5	Entes gubernamentales, entes reguladores y entes externos.	Normatividad vigente y lineamientos
8	Todos los procesos.	Solicitudes de normalización de documentos internos y externos.
9	Todos los procesos, Entes de Control, Entes Externos (EAPB)	Reportes sucesos de seguridad del paciente
10	Todos los procesos	Identificación de necesidad de clientes internos y externos
11	Todos los procesos Comités institucionales Entes externos	Normatividad vigente. Informe Autoevaluación SUA Compromisos de los diferentes comités institucionales
6	Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional, Entes de control externos y entes reguladores	Reporte de indicadores del proceso Solicitudes externas
7	Entes externos Todos los proceso	Resultados de indicadores de gestión, informes de auditorias internas y externas, informes de gestión, ejecución de planes y compromisos de los diferentes comités institucionales

10. RIESGOS

RIESGOS
1. Posibilidad de afectación reputacional por gestión inadecuada de las estrategias del programa de humanización, debido al desconocimiento de las estrategias

del programa de humanización, debido al desconocimiento de las estrategias encaminadas a humanizar la prestación de los Servicios de salud.
2. Posibilidad de afectación económica por no identificar oportunamente aspectos relacionados con incumplimientos de las condiciones exigidas por la resolución 3100/2019, debido a no contar con el equipo completo de profesionales y/o el debido seguimiento de las actividades programadas en el plan de trabajo del subproceso de habilitación.
3. Posibilidad de afectación económica y reputacional por la gestión inadecuada y no continuidad en la implementación de estrategias del programa de seguridad del paciente, debido a fallas en el monitoreo a las buenas practicas priorizadas, falta de adherencia a los protocolos y seguimiento a las actividades asistenciales por parte del líder del proceso.
4. Posibilidad de afectación reputacional por posible pérdida de la confidencialidad, integralidad y/o disponibilidad de la información del sistema de información ALMERA, debido a falta de capacitación y adherencia al correcto uso del aplicativo en el rol de administrador y/o a la periodicidad del backup de la información.
5. Posibilidad de afectación económica y reputacional por no identificación y gestión oportuna de aspectos transversales para la mejora institucional, debido a la Generación de acciones de mejora no concordantes con los estándares de SUA y superiores a SUH, incumplimiento del cronograma PAMEC y ausencia o debilidad en el monitoreo de la evaluación.
6. Posibilidad de afectación económica y reputacional por no gestionar los sucesos de seguridad institucionales relacionados con el programa de tecnovigilancia, debido a la falta de verificación periódica de la base de datos e investigación de dichos sucesos.
7. Posibilidad de afectación económica y reputacional por no gestionar las alertas sanitarias emitidas por el ente regulador INVIMA relacionados con el programa de tecnovigilancia, debido a la falta de verificación en la plataforma, su gestión y divulgación

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN

divulgación.
8. Posibilidad de afectación económica y reputacional por materialización de sucesos de seguridad relacionados con el programa de tecnovigilancia, en ausencia de capacitaciones sobre el programa y sus buenas practicas, ejecución de rondas de seguridad y divulgación de las estrategias.
9. Posibilidad de afectación económica y reputacional por no gestión de sucesos de seguridad relacionados al programa de farmacovigilancia, debido a la falta de verificación periódica de la base de datos e investigación de dichos sucesos.
10. Posibilidad de afectación económica y reputacional por no gestionar alertas sanitarias emitidas por el ente regulador INVIMA relacionadas con el programa de farmacovigilancia, debido a la falta de verificación en la plataforma, su gestión y divulgación.
11. Posibilidad de afectación económica y reputacional por materialización de sucesos de seguridad relacionados con el programa de farmacovigilancia, en ausencia de capacitaciones sobre el programa y sus buenas practicas, ejecución de rondas de seguridad y divulgación de las estrategias.
12. Posibilidad de afectación económica y reputacional por no gestionar los sucesos de seguridad institucionales relacionados con el programa de Hemovigilancia, debido a la falta de verificación periódica de la base de datos e investigación de dichos sucesos.
13. Posibilidad de afectación económica y reputacional por no gestionar alertas sanitarias emitida por el ente regulador INVIMA relacionados con el programa de Reactivovigilancia, debido a la falta de verificación periódica de la base de datos e investigación de dichos sucesos.

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN

14. Posibilidad de afectación económica y reputacional por materialización de sucesos de seguridad relacionado con el programa de Reactivovigilancia, en ausencia de capacitaciones sobre el programa y sus buenas practicas y ejecución de rondas de seguridad

15. Posibilidad de afectación económica y reputacional por no gestionar los sucesos de seguridad institucionales relacionados con el programa de prevención de Infecciones Asociado a la atención en salud, debido a la no búsqueda activa y pasiva de los casos relacionados con IAAS, falta de verificación de los sucesos y la inoportunidad en la investigación, toma de decisiones, seguimiento y lección aprendida.

16. Posibilidad de afectación económica y reputacional por no gestionar los sucesos de seguridad institucionales relacionados con el programa de Biovigilancia, debido a la falta de verificación periódica de la base de datos e investigación de dichos sucesos.

17. Posibilidad de afectación económica y reputacional por materialización de sucesos de seguridad relacionado con el programa de Biovigilancia, a falta de capacitaciones sobre las cuatro especialidades implicadas y sus buenas prácticas.

18. Posibilidad de afectación económica y reputacional por materialización de sucesos de seguridad relacionado con el programa de Hemovigilancia, en ausencia de capacitaciones sobre el programa y sus buenas practicas y ejecución de rondas de seguridad

TABLA DE CON

VERSIÓN	FECHA	
1	13/08/2018	Emisión del documento
2	17/09/2019	Actualización de alcance y actividades del pro
3	1/09/2022	Actualización el objetivo, las actividades y los

REGISTROS ASOCI

Plan de acción anual
Normograma
Matriz de riesgos
Planes y acciones de mejoramiento
Manual de la mejora institucional
Informes de gestión de los subprocesos
Programa de auditoria para la mejora continua
Manual de elaboración de documentos
Informes de autoevaluación de Habilitación y Acreditación
Cronograma de auditorias

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN

CAMPO DE APLICA
Todos los procesos de la Subred Integrada de Servicios Sur Occidente E.S.E.

Lugar y tiempo de Archivo: Según lo definido en TRD (Tabla de retención document
Disposición final: Archivo central

	ELABORÓ
Nombre y apellidos:	Jhonatan Stiven Arévalo Luna
Cargo y/o actividad:	Profesional Especializado
Fecha:	1/09/2022

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN

Estratégico

lizar seguimiento y mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión y sus diferentes
o y operativización de estrategias que fortalezcan el mejoramiento continuo de los
:ios de Salud Sur Occidente E.S.E que contribuyan a la satisfacción de las partes

miento Continuo

esidades y expectativas de los procesos y partes interesadas para planear, ejecutar y
asta el seguimiento y cierre de ciclos de mejoramiento.

S NORMATIVOS

INICIONES

:rea conocimiento y cambia su comportamiento orientado a la mejora.

nplantadas dentro del sistema de la calidad, para proporcionar la confianza adecuada

ntinúo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad
de auditoria para el mejoramiento de la calidad es la forma a través de la cual la

:rabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos para el adecuado cumplimiento de
cución de sus procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen

quisitos.

ciones de mejora generadas por un proceso evaluativo y el análisis del impacto de
a calidad observada y promueve el aprendizaje organizacional. Es la base para el inicio

osas, que se producen como resultado de la interacción y del comportamiento de los
stratégico, estructura, procedimientos, etc.) sus componentes informales, los medios y

ocesos, que se encargan de realizar el análisis de causas de una no conformidad o

articulados y sistemáticos, para la atención adecuada, eficiente, efectiva y oportuna de
s de los comités institucionales.

s equipos y las organizaciones con el fin de enlazar los diferentes aspectos de la
a en la evidencia, auditoría de los parámetros que definen la calidad y
iente.

n de incrementar la efectividad y eficiencia de las actividades y de los procesos para

el estándar, de acuerdo a las fases del ciclo PHVA. Acción a desarrollar en un tiempo

de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema
cia de procesos de auto evaluación, evaluación independiente y observaciones

analizar y adaptar las mejores prácticas que puedan llevar a la organización a un nivel

des de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa,
de calidad.

N DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	SALIDA	CLIENTE
Formular los planes, políticas, programas y/o herramientas de control y gestión propias del proceso (P)	Plan de acción anual del proceso Matriz de riesgos Indicadores del proceso Políticas operacionales	Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional , entes de control y entidades externas
Identificar los requisitos normativos aplicables al proceso (P)	Normograma del proceso	Todos los procesos, entes de control
Ejecutar el plan de acción de los subprocesos de calidad y mejoramiento continuo. (H)	Plan de acción ejecutado	Todos los procesos
Responder solicitudes relacionadas con quejas, reclamos e investigaciones. (H)	Gestión de las quejas , reclamos e investigaciones	Proceso Participación Social y Atención al ciudadano , entes de control y entidades externas.

Realizar autoevaluación de Habilitación y Acreditación de los procesos (H)	Informes de autoevaluación de habilitación y acreditación de todos los proceso Planes de mejora .	Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional, entes de control y entidades externas, todos los procesos.
Normalización de documentos y publicación en el Sistema Almera. (H)	Documentos normalizados en versión vigente en Almera.	Todos los procesos
Análisis, clasificación e intervención de los sucesos de seguridad del paciente. (H)	Reportes gestionados Planes de mejoramiento	Todos los procesos, Entes de Control, Entes Externos (EAPB)
Gestión a través del programa de Humanización (H)	Acciones dirigidas a los usuarios, colaboradores, estudiantes y servicios tercerizados de la Subred Sur Occidente.	Todos los procesos
Planificación, ejecución y entrega de resultados de las auditorias (PAMEC) (H)	Cronograma de auditorias PAMEC Informes de auditoria desarrolladas por cada proceso	Todos los procesos Comités institucionales Entes externos
Monitorear los resultados de los indicadores del proceso (V)	Resultados y análisis de indicadores del proceso.	Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional, Entes de control externos, entes reguladores y todos los procesos
Formular planes o acciones de mejoramiento según resultados de la gestión del proceso (A)	Planes o acciones de mejoramiento del proceso	Entes externos Todos los proceso

S Y CONTROLES

CONTROLES
1. Plan de acción documentado e implementado para la vigencia el cual incluye el desarrollo y difusión de las estrategias con periodicidad establecida.

2. Programa de humanización el cual define las estrategias a desplegar del cliente interno y externo
1. El profesional encargado del calidad realizara capacitación en los estándares dotación, medicamento e insumos y dispositivos médicos.
2. El profesional del área de calidad realizará seguimiento a la gestión efectuada con talento humano del equipo de habilitación que permita la conformación de un equipo interdisciplinario (Listado necesidades vs Cumplimientos necesidades).
1. Plan de acción documentado e implementado del Comité Seguridad para la vigencia 2020 el cual incluye el desarrollo de las estrategias con periodicidad establecida.
2. Monitoreo a la implementación y seguimiento a la ruta de gestión del Evento Adverso. (Incluye el reporte, análisis, clasificación e implementación de planes de mejora)
3. Monitoreo a la implementación y seguimiento a la ruta de gestión del Evento Adverso. (Incluye el reporte, análisis, clasificación e implementación de planes de mejora)
1. El profesional encargado realizará Backup interno mensual de toda la información del aplicativo.
2. Participar en los espacios de seguimiento contractual para el cumplimiento de los compromisos por parte del proveedor relacionados con la seguridad de la información.
1. El profesional del área de calidad realizará autoevaluación anualmente.
2. El grupo de calidad realizará seguimiento a los planes de mejoramiento de todas las fuentes.
3. ejecución y Seguimiento trimestral del cronograma PAMEC
1. El referente del programa de tecnovigilancia realizara verificación periódica de la base de sucesos de seguridad del paciente relacionados con el programa de tecnovigilancia
2. El referente del programa de tecnovigilancia diligenciara en el modulo de componentes del aplicativo Almera, la investigación de cada suceso de seguridad que este relacionados con el programa de tecnovigilancia.
1. El referente de tecnovigilancia realizara verificación periódica de la plataforma del INVIMA y lo registrara en la matriz de gestión de alertas sanitarias
2. El referente de tecnovigilancia realizara divulgación de las alertas sanitarias que apliquen a la subred referente al programa de tecnovigilancia en el comité de seguridad del paciente

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN

3. El referente de tecnovigilancia gestionara las alertas sanitarias que aplican a la subred referente al programa de tecnovigilancia y lo registrara en la matriz de gestión de alertas sanitarias
1. El referente de tecnovigilancia realizara periódicamente capacitaciones sobre el programa de tecnovigilancia y sus buenas practicas
2. El referente de tecnovigilancia creara un cronograma rondas de seguridad para visitar todos los servicios de la entidad
3. El referente de tecnovigilancia realizara formas de divulgación de las estrategias de seguridad del programa de tecnovigilancia en la entidad
1. El referente del programa de farmacovigilancia realizara verificación periódica de la base de datos de sucesos de seguridad del paciente
2. El referente del programa de farmacovigilancia revisara, analizara, tomara decisiones e implementara estrategias para minimizar Eventos Adversos, a través de la metodología y realizara registro en el aplicativo de seguridad del paciente.
3. El referente del programa de farmacovigilancia realizara monitoreo o seguimiento a las decisiones tomada.
1. El referente del programa de farmacovigilancia revisara periódicamente las alertas sanitarias emitidas por el Invima referentes a medicamentos y lo registrara en el formato de gestión de alertas sanitarias, verificar en las unidades las existencia de los mismos, con el fin de tomar decisiones si hubo administración y socializaciones.
2. El referente del programa de farmacovigilancia realizara divulgación en los espacios institucionales de las alertas sanitarias que apliquen a la Subred Sur Occidente
1. El referente del programa de farmacovigilancia realizara un cronograma de capacitaciones para el personal de salud de la entidad
2. El referente del programa de farmacovigilancia realizara un listado de rondas de seguridad para cada servicio de la entidad
3. El referente de farmacovigilancia realizara formas de divulgación para las estrategias de seguridad del programa de farmacovigilancia de la entidad
1. El referente del programa de hemovigilancia realizara cronograma de capacitaciones sobre el programa de hemovigilancia frente a actividades de interés para los diferentes servicios de la entidad
2. El referente del programa de hemovigilancia realizara rondas de seguridad de forma permanente y constante en los servicios de la entidad
1. El referente del programa de reactivovigilancia realizara verificación periódica de las alertas sanitarias emitidas por el ente regulador INVIMA
2. El referente del programa de reactivovigilancia diligenciara el formato gestión de alertas sanitarias código 02-02-FO-002 emitidas por ente regulador INVIMA.

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN

1. El referente del programa realizara cronograma de capacitaciones sobre el programa de reactivovigilancia frente a actividades de interés para los diferentes servicios de la entidad
2. El referente del programa de reactivovigilancia realizara rondas de seguridad de forma permanente y constante en los servicios donde se utilizan reactivos de diagnóstico invitro
1. El referente del programa de prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud realizara verificación periódica de la base datos de los sucesos de seguridad del paciente relacionados con el programa.
2. El referente del programa de prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud diligenciara el aplicativo en Almera, la investigación de cada suceso de seguridad que este relacionados con el programa.
1. El referente del programa de biovigilancia realizara verificación periódica de la base de datos de sucesos de seguridad relacionados con el programa.
2. El referente del programa de biovigilancia diligenciara en el modulo de componentes del aplicativo Almera la investigación realiza de cada suceso de seguridad que este relacionado con el programa.
1. El referente del programa de biovigilancia realizará cronograma de capacitaciones sobre el programas y divulgara los cuatro servicios involucrados solamente para presentarlos a las diferentes áreas de la entidad
1. El referente del programa realizara cronograma de capacitaciones sobre el programa de hemovigilancia frente a actividades de interés para los diferentes servicios de la entidad
2. El referente del programa de hemovigilancia realizara rondas de seguridad de forma permanente y constante en los servicios de la entidad

TROL DE CAMBIOS

DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
ɔceso
riesgos del proceso.

ADOS AL DOCUMENTO

CIÓN DEL DOCUMENTO

:al)

REVISÓ	AVAL DE CALIDAD	APROBÓ
Claudia Patricia Rosero Caicedo	Claudia Patricia Rosero Caicedo	Martha Yolanda Ruiz Valdés
Jefe Oficina de Calidad	Jefe Oficina de Calidad	Gerente
7/09/2022	19/10/2022	19/10/2022

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN