Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E

Proceso: Gestión de Calidad

Copia no controlada

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E** **Proceso**: Gestión de Calidad	**Código** ES-GC-C-01-03 **Fecha** 2023-05-02 **Versión** 3.0

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación

Objetivo
Liderar la implementación y desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad basado en el Sistema Único de Acreditación que contribuya al l mejoramiento continuo de los procesos y la satisfacción del usuario, familia y comunidad.

Alcance
La identificación de las necesidades y requisitos de los procesos, usuario, familia y comunidad y termina con la evaluación y cierre del ciclo de la mejora institucional

Grupo de estándar y numero de estándares asociados
ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN ASOCIADO: Todos los estándares de las Resoluciones 5095 de 2018 y la 1328 de 2021

Políticas institucionales aplicables
"Política de talento humano
política de integridad
política de planeación institucional
política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
política de gobierno digital
política de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción
política de racionalización de trámites
política de participación ciudadana en la gestión pública
política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional
política de gestión documental
política de gestión del conocimiento y la innovación
política de control interno
política de mejora normativa
política de gestión de la información estadística
politicas sistema obligatorio de garantia de la calidad en salud
política de prestación de servicios
política de seguridad del paciente:
política de humanización del servicio
política de gestión y administración del riesgo:
política de responsabilidad social
política de gestión de la tecnología
política ambiente físico seguro
política de gestión ambiental
política de gestión de la información y comunicaciones
política de calidad y mejoramiento continuo
política de referenciación
política de administración del riesgo de lavado de activos y la financiación de terrorismo (sarlaft) "

Planes/Programas/Objetivos estratégicos relacionados
""A. MODERNIZACIÓN EMPRESARIAL DE LA SUBRED NORTE E.S.E. PERSPECTIVA
1. Fortalecer la línea de gestión empresarial operacional – Productividad
2. Desarrollar línea de gestión institucional - Competitividad
3. Desarrollar línea de gestión ambiental – Sostenibilidad

C. PERSPECTIVA CLIENTES
5. Incrementar nivel de fidelización y satisfacción de los usuarios
6. Desarrollar línea de gestión social - Legitimidad
7. Diversificación portafolio de servicios
8, Incrementar portafolio de clientes

D. PERSPECTIVA PROCESOS
9. Alcanzar estándares superiores de calidad en salud
10. Implementar sistemas integrales de gestión en la Subred Norte E.S.E.

Copia no controlada

E. PERSPECTIVA DE INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE
13. Fortalecer el sistema de información y comunicaciones

PROGRAMAS

DOCUMENTOS EXISTENTES
• Programa de Responsabilidad Social
• Programa de Humanización
• Programa de Gestión Clínica Excelente y Segura
• Programa de Prevención vigilancia y control de infecciones asociadas a la atención en salud IAAS
• Programa de Biovigilancia
• Programa de Tecnovigilancia
• Programa de Farmacovigilancia
• Programa de Hemovigilancia
• Programa de Reactivovigilancia
• Auditoría para el mejoramiento de la calidad Pamec
"

Activos de información

"Documentos y soportes de novedades de habilitación
Autoevaluación de habilitación
Autoevaluación de acreditación
Planes de mejoramiento consolidados
Indicadores de calidad
Sistema de reportes y gestión de eventos adversos
Actas de comités
Informes gerenciales
Almera
1. Gestión del Sistema Único de habilitación.
2. Gestión de la mejora institucional.
3. Normalización documental.
4. Gestión clinica Excelente y Segura
5. Humanización
6. Responsabilidad social "

Productos y/o servicios

Todos los procesos institucionales

Usuarios y partes interesadas

"Asociaciones de usuarios en salud
Invima
Contralorías territoriales
Procuraduría general de la Nación
Micro empresas
Grandes empresas
Pequeñas empresas
Organizaciones sin ánimo de lucro

Partes: Usuario y su familia, Junta directiva, Gerencia, Lideres de proceso"

Tramites u OPA'S relacionados

Sistema de Información Almera

Requisitos normativos internos/externos

https://www.subrednorte.gov.co/node/6

Copia no controlada

Apalancamiento
Porcentaje de cumplimiento actividades complementarias catastro encuesta diciembre/2018
Porcentaje de cumplimiento de la implementación del programa de seguridad del paciente en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte
Indicadores de calidad para la implementación obligatoria de la norma de la superintendencia nacional de salud
Porcentaje de cumplimiento de la implementación de la norma de la superintendencia nacional de salud
Tasa Nacional Mortalidad Intrahospitalaria
Tasa de Mortalidad Intrahospitalaria por Neumonía
Tasa de Mortalidad Intrahospitalaria por Neumonía en adultos en UCI adultos y Pediátrica
Tasa Mortalidad Intrahospitalaria por Sepsis
Porcentaje de cumplimiento de la encuesta de satisfacción del usuario
Porcentaje de cumplimiento de la encuesta de la gerencia de procesos
Porcentaje de cumplimiento de la encuesta de satisfacción del usuario del servicio urgencias
Porcentaje de cumplimiento de la encuesta de satisfacción del usuario
Porcentaje de cumplimiento de la encuesta de satisfacción del usuario
Indicadores de calidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte
Indicadores de calidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte
Indicadores de calidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte
Indicadores de calidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte
Porcentaje de cumplimiento de la encuesta de satisfacción del usuario del servicio urgencias
Porcentaje de cumplimiento de la encuesta de satisfacción del usuario

Subprocesos
Gestión del sistema Único Habilitación
Gestión de la mejora institucional
Normalización documental
Gestión clínica Excelente y Segura
Humanización
Responsabilidad social

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
PAMEC		Plan de Auditoria 2023	1.0
ACREDITACIÓN		AUTOEVALUACION CUANTITATIVA 2022	1.0
Normatividad Interna y Externa		RESOLUCIÓN+4568+DE+2014	1.0
Normatividad Interna y Externa		RESOLUCIÓN+628+DE+2019	1.0

Copia no controlada

Entradas y salidas

Proveedor	Entradas o Insumos	Actividades	Salidas	Cliente
1) Internos: Junta Directiva, Gerencia, Usuarios Internos, Procesos Institucionales y Comité de Gestión y Desempeño, Mesa Técnica de Calidad Externos: Ministerio de Salud, Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía Mayor, Superintendencia Nacional de Salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios privadas y publicas y organismos de control, comunidad.	1) Plataforma Estratégica Vigente Plan de Desarrollo Institucional Directrices de normatividad vigente. Estándares de Acreditación Resultados de auditorias internas y externas Informes de satisfacción Resultados de encuestas Informe de gestión de eventos adversos de vigencias anteriores Resultados del comportamiento de indicadores en la vigencia Listado maestro de documentos institucionales Informe de comportamiento de PQRS por trato deshumanizado Solicitudes de mesa de ayuda de control documental Gestión de comités propios del área Resolución de adopción de GPC	(P) **P Planear:** **Concertar el POA para el proceso de gestión de calidad** **Generar el plan para la gestión de la mejora continua que involucra: Diseño de Planear la auditoría para dar cumplimiento al PAMEC** **Generar la planeación de la autoevaluación y el plan de trabajo para el Sistema Único de Habilitación.(1)** **Diseñar los programas transversales con enfoque en acreditación propios del proceso de calidad (Seguridad del paciente, Programa de Humanización, Programa de Prevencion, vigilancia y control de Infecciones Asociadas a la atención en Salud, Programa de auditorias para el mejoramiento de la Calidad, Programa de Responsabilidad social)** **Generar la planificación de la autoevaluación de acreditación y el plan de trabajo** **Generar la planificación de los ejes del Sistema Único de Acreditación (Responsabilidad social, Gestión clinica Excelente y Segura y Humanización)** **Cronograma de revisión y actualización de documentos institucionales** **Plan de trabajo de planes de implementación de Guias**	1) POA de gestión de Calidad Planificación de la Gestión y estrategias a realizar con enfoque en el Sistema Único de Acreditación, en las áreas de: habilitación, Acreditación, Pamec, e Información para la Calidad, planificación de los ejes de acreditación Manual Gestión de calidad y mejora continua bajo el enfoque del sistema único de acreditación Programa de Seguridad del Paciente Programa de Humanización. Programa de Prevencion vigilancia y control de IAAS Procedimiento de normalización documental Plan de auditoría institucional y metodología para el desarrollo del PAMEC (acreditación, paciente trazador, auditorias especificas, acciones inmediatas y planes de mejoramiento). Política, lineamientos y modelo de operación Planes d e implementación de Guias de Practica Clinica	1) Internos: Junta Directiva, Gerencia, Todos los procesos institucionales misionales como de apoyo y evaluación. Externos: Ministerio de Salud, Secretaria Distrital de Salud, Alcaldía Mayor, Superintendencia Nacional de Salud, Entidades Administradoras de planes de Beneficios privadas y publicas, organismos de control.

Copia no controlada

1) Junta Directiva, Gerencia, Directivos, Líderes de Ejes, Líderes de procesos, EPS, Entes de control, organizaciones externas Usuarios, familia y comunidad.	1) POA de gestión de Calidad Planificación de la Gestión y estrategias a realizar con enfoque en el Sistema Único de Acreditación, en las áreas de: habilitación, Acreditación, Pamec, e Información para la Calidad, planificación de los ejes de acreditación Manual Gestión de calidad y mejora continua bajo el enfoque del sistema único de acreditación Programa de Seguridad del Paciente Programa de Humanización. Programa de Prevencion vigilancia y control de IAAS Procedimiento de normalización documental Plan de auditoría institucional y metodología para el desarrollo del PAMEC (acreditación, paciente trazador, auditorias especificas, acciones inmediatas y planes de mejoramiento). Política, lineamientos y modelo de operación Planes d e implementación de Guias de Practica Clinica	(H) **H - Actividades Hacer: Realizar de autoevaluación de habilitación y establecimiento de plan de Intervención** **Realizar de autoevaluación de acreditación y generación de los planes de mejoramiento por grupo de estándares.** **Implementar el programa de seguridad del paciente y establecer las acciones inmediatas y los planes de mejora derivados del análisis de sucesos de seguridad, rondas de seguridad y auditorias de paciente trazador.** **Implementar el programa de humanización** **Implementar el programa de responsabilidad social.** **Implementar el programa de prevencion, vigilancia y control de IAAS** **Atender las auditorias internas y externas, brindando asesoría técnica para la elaboración de los planes de mejoramiento.** **Brindar asesoría técnica para la elaboración y ajuste de documentos institucionales** **Revisar la documentación elaborada por las diferentes áreas verificando el cumplimiento de los criterios establecidos, por el sistema único de habilitación y por el sistema único de acreditación.** **I**	1) Actas con hallazgos o incumplimientos evidenciados en habilitación y formulación del plan de intervención Plan de mejoramiento formulado por grupo de estándares de acreditación matriculado en el modulo de planes de mejora del Sistema Almera Protocolos de Londres, con formulación de planes de mejora matriculados en la plataforma almera, actas de comités, actas de unidades de análisis, listas de verificación de practicas seguras y verificación de barreras Informes, actas, listados de asistencia Base de sucesos de seguridad, bases epidemiológicas, Informes de brotes, informes de visitas con hallazgos y oportunidades de mejora Documentos actualizados, normalizados y publicados en el modulo de Gestión documental Almera	1) Internos: Junta Directiva, Gerencia, Todos los procesos institucionales misionales como de apoyo y evaluación. Externos: Ministerio de Salud, Secretaria Distrital de Salud, Alcaldía Mayor, Superintendencia Nacional de Salud, Entidades Administradoras de planes de Beneficios privadas y publicas, organismos de control.

Copia no controlada

1) Junta Directiva, Gerencia, Directivos, Líderes de Ejes, Líderes de procesos, EPS, Entes de control, organizaciones externas Usuarios, familia y comunidad.	1) Actas con hallazgos o incumplimientos evidenciados en habilitación y formulación del plan de intervención Plan de mejoramiento formulado por grupo de estándares de acreditación matriculado en el modulo de planes de mejora del Sistema Almera Protocolos de Londres, con formulación de planes de mejora matriculados en la plataforma almera, actas de comités, actas de unidades de análisis, listas de verificación de practicas seguras y verificación de barreras Informes, actas, listados de asistencia Base de sucesos de seguridad, bases epidemiológicas, Informes de brotes, informes de visitas con hallazgos y oportunidades de mejora Documentos actualizados, normalizados y publicados en el modulo de Gestión documental Almera	(V) **V - Actividades Verificar:** **Seguimiento al Plan de intervención de habilitación** **Seguimiento trimestral Plan de mejoramiento de acreditación por grupo de estándares.** **Resultados del programa de seguridad del paciente y planes de mejora , acciones de mejora inmediatas derivados del análisis, rondas de seguridad y auditorias de paciente trazador.** **Resultados del programa de Humanización.** **Resultados del programa de responsabilidad social** **Seguimiento a los Planes de mejora resultado de auditorías internas o externas realizadas** **Seguimiento y control a la actualización de documentos de acuerdo a la versión y vigencia.** **Generación de informes y requerimientos solicitados con resultados del monitoreo**	1) Informes con cumplimiento de acciones programadas en el plan de intervención de habilitación Informe de cumplimiento de acciones formuladas en los panes de mejoramiento en la plataforma Almera y cierres d equipo si aplica Reporte d e indicadores de seguridad del paciente e IAAS, presentación de gestión en los comités de Seguridad del paciente e IAAS, Boletines informativos de resultados de os programas propios de la oficina y lecciones aprendidas Informe de cumplimiento de los planes de mejora y cierres de ciclo si aplica Informe anual del estado de vigencia de los documentos institucionales	1) Internos: Junta Directiva, Gerencia, Todos los procesos institucionales misionales como de apoyo y evaluación. Externos: Ministerio de Salud, Secretaria Distrital de Salud, Alcaldía Mayor, Superintendencia Nacional de Salud, Entidades Administradoras de planes de Beneficios privadas y publicas, organismos de control.

Copia no controlada

1) Junta Directiva, Gerencia, Directivos, Líderes de Ejes, Líderes de procesos, EPS, Entes de control, organizaciones externas Usuarios, familia y comunidad.	1) Informes con cumplimiento de acciones programadas en el plan de intervención de habilitación Informe de cumplimiento de acciones formuladas en los planes de mejoramiento en la plataforma Almera y cierres d e equipo si aplica Reporte d e indicadores de seguridad del paciente e IAAS, presentación de gestión en los comités de Seguridad del paciente e IAAS, Boletines informativos de resultados de os programas propios de la oficina y lecciones aprendidas Informe de cumplimiento de los planes de mejora y cierres de ciclo si aplica Informe anual del estado de vigencia de los documentos institucionales	(A) **A - Actividades Actuar:** **Socializar y desplegar los resultados de los seguimientos para ajustes y toma de decisiones.** **Presentación de informes del comportamiento de planes de mejoramiento, indicadores e informes de cumplimiento de la planeación por cada línea en los espacios definidos para tal fin y redefinición de acciones y planes de trabajo o de mejoramiento si se requiere.**	1) Informes y presentación con resultados; reformulación de planes de trabajo y de mejoramiento si aplica	1) Internos: Junta Directiva, Gerencia, Todos los procesos institucionales misionales como de apoyo y evaluación. Externos: Ministerio de Salud, Secretaria Distrital de Salud, Alcaldía Mayor, Superintendencia Nacional de Salud, Entidades Administradoras de planes de Beneficios privadas y publicas, organismos de control.

Copia no controlada

Riesgos y Controles

Riesgo	Controles
Prueba 1	Control 1

Copia no controlada

Diccionario de Actividades

Código	PHVA	Nombre	Descripción
1	P	P Planear: Concertar el POA para el proceso de gestión de calidad Generar el plan para la gestión de la mejora continua que involucra: Diseño de Planear la auditoría para dar cumplimiento al PAMEC Generar la planeación de la autoevaluación y el plan de trabajo para el Sistema Único de Habilitación.(1) Diseñar los programas transversales con enfoque en acreditación propios del proceso de calidad (Seguridad del paciente, Programa de Humanización, Programa de Prevencion, vigilancia y control de Infecciones Asociadas a la atención en Salud, Programa de auditorias para el mejoramiento de la Calidad, Programa de Responsabilidad social) Generar la planificación de la autoevaluación de acreditación y el plan de trabajo Generar la planificación de los ejes del Sistema Único de Acreditación (Responsabilidad social, Gestión clinica Excelente y Segura y Humanización) Cronograma de revisión y actualización de documentos institucionales Plan de trabajo de planes de implementación de Guias	P Planear: Concertar el POA para el proceso de gestión de calidad Generar el plan para la gestión de la mejora continua que involucra: Diseño de Planear la auditoría para dar cumplimiento al PAMEC Generar la planeación de la autoevaluación y el plan de trabajo para el Sistema Único de Habilitación.(1) Diseñar los programas transversales con enfoque en acreditación propios del proceso de calidad (Seguridad del paciente, Programa de Humanización, Programa de Prevencion, vigilancia y control de Infecciones Asociadas a la atención en Salud, Programa de auditorias para el mejoramiento de la Calidad, Programa de Responsabilidad social) Generar la planificación de la autoevaluación de acreditación y el plan de trabajo Generar la planificación de los ejes del Sistema Único de Acreditación (Responsabilidad social, Gestión clinica Excelente y Segura y Humanización) Cronograma de revisión y actualización de documentos institucionales Plan de trabajo de planes de implementación de Guias de Practica Clinica

Copia no controlada

2	H	H - Actividades Hacer: Realizar de autoevaluación de habilitación y establecimiento de plan de Intervención Realizar de autoevaluación de acreditación y generación de los planes de mejoramiento por grupo de estándares. Implementar el programa de seguridad del paciente y establecer las acciones inmediatas y los planes de mejora derivados del análisis de sucesos de seguridad, rondas de seguridad y auditorias de paciente trazador. Implementar el programa de humanización Implementar el programa de responsabilidad social. Implementar el programa de prevencion, vigilancia y control de IAAS Atender las auditorias internas y externas, brindando asesoría técnica para la elaboración de los planes de mejoramiento. Brindar asesoría técnica para la elaboración y ajuste de documentos institucionales Revisar la documentación elaborada por las diferentes áreas verificando el cumplimiento de los criterios establecidos, por el sistema único de habilitación y por el sistema único de acreditación. I	H - Actividades Hacer: Realizar de autoevaluación de habilitación y establecimiento de plan de Intervención Realizar de autoevaluación de acreditación y generación de los planes de mejoramiento por grupo de estándares. Implementar el programa de seguridad del paciente y establecer las acciones inmediatas y los planes de mejora derivados del análisis de sucesos de seguridad, rondas de seguridad y auditorias de paciente trazador. Implementar el programa de humanización Implementar el programa de responsabilidad social. Implementar el programa de prevencion, vigilancia y control de IAAS Atender las auditorias internas y externas, brindando asesoría técnica para la elaboración de los planes de mejoramiento. Brindar asesoría técnica para la elaboración y ajuste de documentos institucionales Revisar la documentación elaborada por las diferentes áreas verificando el cumplimiento de los criterios establecidos, por el sistema único de habilitación y por el sistema único de acreditación. Implementar los planes de trabajo de los ejes del Sistema Único de Acreditación (Responsabilidad social, Gestión clinica Excelente y Segura y Humanización)
3	V	V - Actividades Verificar: Seguimiento al Plan de intervención de habilitación Seguimiento trimestral Plan de mejoramiento de acreditación por grupo de estándares. Resultados del programa de seguridad del paciente y planes de mejora , acciones de mejora inmediatas derivados del análisis, rondas de seguridad y auditorias de paciente trazador. Resultados del programa de Humanización. Resultados del programa de responsabilidad social Seguimiento a los Planes de mejora resultado de auditorías internas o externas realizadas Seguimiento y control a la actualización de documentos de acuerdo a la versión y vigencia. Generación de informes y requerimientos solicitados con resultados del monitoreo	V - Actividades Verificar: Seguimiento al Plan de intervención de habilitación Seguimiento trimestral Plan de mejoramiento de acreditación por grupo de estándares. Resultados del programa de seguridad del paciente y planes de mejora , acciones de mejora inmediatas derivados del análisis, rondas de seguridad y auditorias de paciente trazador. Resultados del programa de Humanización. Resultados del programa de responsabilidad social Seguimiento a los Planes de mejora resultado de auditorías internas o externas realizadas Seguimiento y control a la actualización de documentos de acuerdo a la versión y vigencia. Generación de informes y requerimientos solicitados con resultados del monitoreo

Copia no controlada

4	A	A - Actividades Actuar: Socializar y desplegar los resultados de los seguimientos para ajustes y toma de decisiones. Presentación de informes del comportamiento de planes de mejoramiento, indicadores e informes de cumplimiento de la planeación por cada línea en los espacios definidos para tal fin y redefinición de acciones y planes de trabajo o de mejoramiento si se requiere.	A - Actividades Actuar: Socializar y desplegar los resultados de los seguimientos para ajustes y toma de decisiones. Presentación de informes del comportamiento de planes de mejoramiento, indicadores e informes de cumplimiento de la planeación por cada línea en los espacios definidos para tal fin y redefinición de acciones y planes de trabajo o de mejoramiento si se requiere.

Copia no controlada

Procedimientos

Código	Procedimiento
ES-GC-P-01-04	GESTIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN
ES-GC-P-02-03	GESTION DE LA MEJORA INSTITUCIONAL
ES-GC-P-04-04	NORMALIZACION DOCUMENTAL
ES-GC-P-05-03	FORMULACIÓN, REGISTRO Y SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA
ES-GC-P-06-01	REFERENCIACIÓN COMPARATIVA
ES-GC-P-07-01	PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN
ES-GC-P-08-01	PROCEDIMIENTO GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA
ES-GC-P-10-01	PROCEDIMIENTO RESPONSABILIDAD SOCIAL

Copia no controlada