

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

## MANUAL DE CALIDAD MI-SIG-ACR-MA-02 V1



 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Unidad Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>MI-SIG-ACR-MA-02 V1</b>

## 1. OBJETIVO:

Exponer los lineamientos referentes a los estándares de calidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., en donde se podrá consultar la política de calidad y demás políticas que complementan estos lineamientos, así como la consulta de los diferentes instrumentos con los que la institución se dota para lograr los objetivos estratégicos planteados por el direccionamiento estratégico.

## 2. ALCANCE:

El sistema de gestión de calidad involucra a toda la organización, en los diferentes procesos y procedimientos dando líneas de atención seguimiento y control y se basa en los siguientes enfoques:

**ENFOQUE CENTRADO EN EL USUARIO FAMILIA Y COMUNIDAD:** Identificar los clientes de la organización, conocer sus necesidades actuales y futuras, satisfacer sus requisitos y exceder sus expectativas.

**ENFOQUE EN PROCESOS:** Identificar los procesos con los que debe funcionar la Clínica y conocer cómo éstos interactúan entre sí, en busca de resultados comunes.

**ENFOQUE EN MEJORAMIENTO CONTINUO:** Para implementar las mejores prácticas y estrategias fortaleciendo la eficacia, la eficiencia y la productividad y la efectividad, cerrando la brecha entre la Calidad Esperada y la Encontrada.

De acuerdo con esta metodología, se establecen una serie de documentos en los cuales se presentará la información que hará parte del Sistema de Gestión de la Calidad en la cual se construye con el acompañamiento del equipo de profesionales de la oficina de Calidad, Mejoramiento Institucional.

## 3. JUSTIFICACIÓN:

Un Manual de Calidad es parte de la documentación de soporte de los diferentes Sistemas de Gestión de la Calidad para una institución de salud teniendo en cuenta el decreto 1011 de 2006 en donde se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Este documento enuncia la política de calidad así mismo cuenta con una estructura jerárquica que aborda cada uno de los temas y sistemas de gestión que lo integran, desde lo general hasta lo específico así como los diferentes tipos documentales que conforman la información institucional en lo que suele conocer como la "pirámide documental" (ver figura 1), en cuyo vértice está el manual de calidad que comprende los aspectos más generales, hasta fichas técnicas y formatos, que documentan pasos específicos.

Este Manual de Calidad es un documento sencillo en el cual se muestra cómo está estructurado el Sistema de Calidad en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur y relaciona los diferentes procedimientos con que se realizan las actividades descritas en el sistema.

## 4. A QUIEN VA DIRIGIDO:

Este documento esta dirigido a todo el personal de la Subred Sur, desde la alta gerencia hasta los cargos operativos, teniendo en cuenta todos los perfiles asistenciales y administrativos con los que cuenta la institución.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Luzes y sombras en la gestión de Salud Sur ESE</p>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>MI-SIG-ACR-MA-02 V1</b>

## 5. DEFINICIONES:

**CALIDAD:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos y la normativa; hacer las cosas bien y desde el principio.

**CONTROL DOCUMENTAL:** Actividades encaminadas a controlar los documentos de un Sistema de Gestión tales como: Procedimientos, Protocolos, Manuales, Planes, Instructivos; Guías y Registro y/o Formatos, para garantizar el uso de las versiones actualizadas de los mismos y evitar su utilización indebida.

**INDICADORES:** es una comparación entre dos o más tipos de datos que sirve para elaborar una medida cuantitativa o una observación cualitativa. Esta comparación arroja un valor, una magnitud o un criterio, que tiene significado para quien lo analiza.

**INFORMACIÓN:** está constituida por un grupo de datos ya supervisados y ordenados, que sirven para construir un mensaje basado en un cierto fenómeno o ente. La información permite resolver problemas y tomar decisiones, ya que su aprovechamiento racional es la base del conocimiento.

**PAMEC:** Es la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios, también es la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

**PLATAFORMA ESTRATÉGICA:** Es la estructura conceptual sobre la cual se erige una organización. Está compuesta en esencia por: misión, visión, objetivos estratégicos, valores corporativos, políticas y códigos de integridad.

**POLÍTICA INSTITUCIONAL:** Es un lineamiento orientado en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos dado por la institución.

**SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN:** Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

**SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN:** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

**SOGCS:** El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

## 6. NORMATIVIDAD APLICABLE:

NORMA	AÑO	DESCRIPCIÓN	EMITIDA POR
Decreto 1011	2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud	Ministerio de la protección social

**Nota Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2020-04-03  
MI-SIG-CDO-FT-06 V1 Página 3 de 18



NORMA	AÑO	DESCRIPCIÓN	EMITIDA POR
Decreto 903	2014	Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud	Ministerio de la protección social
Resolución 1043	2006	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones	Ministerio de la protección social
Resolución 1441	2013	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 2003	2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 3678	2014	Por la cual se modifica la Resolución 2003 de 2014	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 3100	2019	Por lo cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servidores de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1445	2006	Sistema único de Acreditación: Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones.	Ministerio de la Protección Social
Resolución 0123	2012	Por el cual se modifica el artículo 2 de la resolución 1445 de 2006	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 2181	2008	Por la cual se expide la Guía aplicativa del Sistema obligatorio de garantía de Calidad de la Atención en Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público.	Ministerio de la Protección Social
Resolución 2082	2014	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1445	2006	Por la cual se definen las	Ministerio de la



NORMA	AÑO	DESCRIPCIÓN	EMITIDA POR
		funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones	Protección Social
Resolución 2082	2014	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 5095	2018	Por la cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1"	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 256	2016	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud	Ministerio de Salud y Protección Social
Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud	2005.	El objetivo de este documento es informar, orientar y dar elementos prácticos a las instituciones de salud, tanto prestadores como aseguradores con el fin de adelantar su preparación para el proceso de acreditación y sean capaces de alcanzar los beneficios que esta estrategia de mejoramiento continuo de la calidad les brinda. Hace parte del proceso integral de acreditación de entidades de salud de Colombia definido por el Decreto 2309 de 2002.	Ministerio de la Protección Social

## 7. RESPONSABLE:

El responsable de la elaboración y actualización del manual es el Jefe de la Oficina de Calidad o quien este delegue, la medición de adherencia del documento se realiza de acuerdo con las necesidades establecidas por la Gerencia de la Subred Sur y por quien este disponga.

## 8. CONTENIDO DEL MANUAL:

### 8.1. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN:

Al entrar en vigor el Acuerdo 641 del 6 de abril del 2016, por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones, se estipula la Fusión de las Empresas Sociales del Estado de: Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y El Tunal en la Empresa Social del Estado denominada "Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E."

La Subred Sur se encuentra conformada por las localidades de Usme, Sumapaz, Tunjuelito y Ciudad Bolívar, cuenta con 54.723.9 hectáreas distribuidas en 14 UPZ urbanas ubicadas a lo largo de las cuatro localidades y 5 UPR rurales que se ubican en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Sumapaz,

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ Luzes e Ideas para el Desarrollo de Bogotá E.S.E.</p>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>MI-SIG-ACR-MA-02 V1</b>

El objetivo de la Subred Sur es lograr un sistema de prestación de servicios basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin descuidar la atención y rehabilitación, que pueda intervenir los determinantes sociales y que logre la articulación de acciones, la integralidad de la respuesta, y la presencia de recursos necesarios para su abordaje.

La Subred Sur, uniéndose al sentir de la Secretaría Distrital de Salud, hace una apuesta en la búsqueda de garantizar una atención integral e integrada y de calidad en salud, poniendo a disposición de la Red una oferta de servicios la cual incluye la apertura, reorganización de servicios de la red asumiendo el compromiso de aportar al fortalecimiento de los sistemas de información y de vigilancia de los eventos priorizados, para permitir la orientación de las intervenciones dentro del marco de mejoramiento continuo

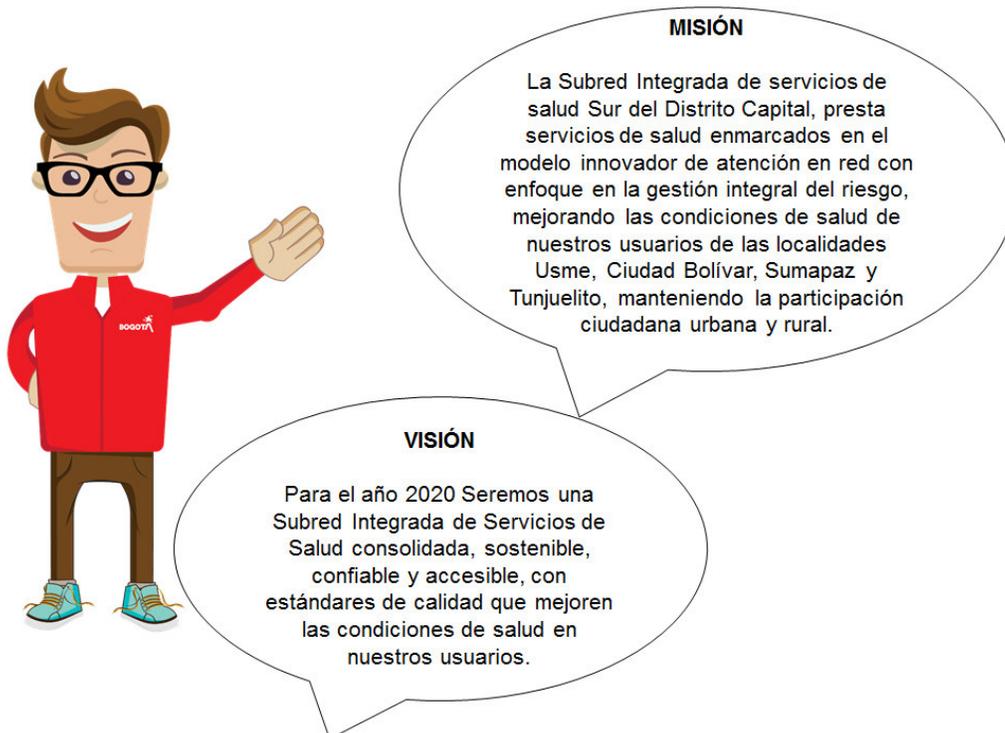
## 8.2. PLATAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL:

El Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos” pretende hacer efectivo el principio constitucional de que todos los ciudadanos son iguales ante la ley. Esto significa que, la manera en que se desarrolle a futuro Bogotá es un medio poderoso para construir igualdad e inclusión. Así, el diseño y construcción de la ciudad influye directamente sobre la calidad de vida de miles de millones de bogotanos y en gran medida determina su felicidad.

La Planeación Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud SUR E.S.E, inicia a partir de la aprobación del Acuerdo 016 del 29 de septiembre de 2016 “Por el cual se aprueba el Plan de Desarrollo Institucional 2016-2020”, en el cual se señala el proceso de Planeación que establece los elementos básicos que comprende la Planeación, señala los programas y proyectos, líneas estratégicas y objetivos establecidos.

La subred estableció su plataforma la cual fue aprobada por Junta Directiva en el Acuerdo 016 de 2016:

### 8.2.1. MISIÓN Y VISIÓN:



**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2020-04-03  
MI-SIG-CDO-FT-06 V1 Página 6 de 18

### 8.2.2. PRINCIPIOS Y VALORES:

**NUESTROS PRINCIPIOS**

Ética  
Solidaridad  
Transparencia  
Respeto  
Integridad

**NUESTROS VALORES**

Lealtad  
Trabajo en equipo  
Disciplina  
Compromiso  
Competencia.

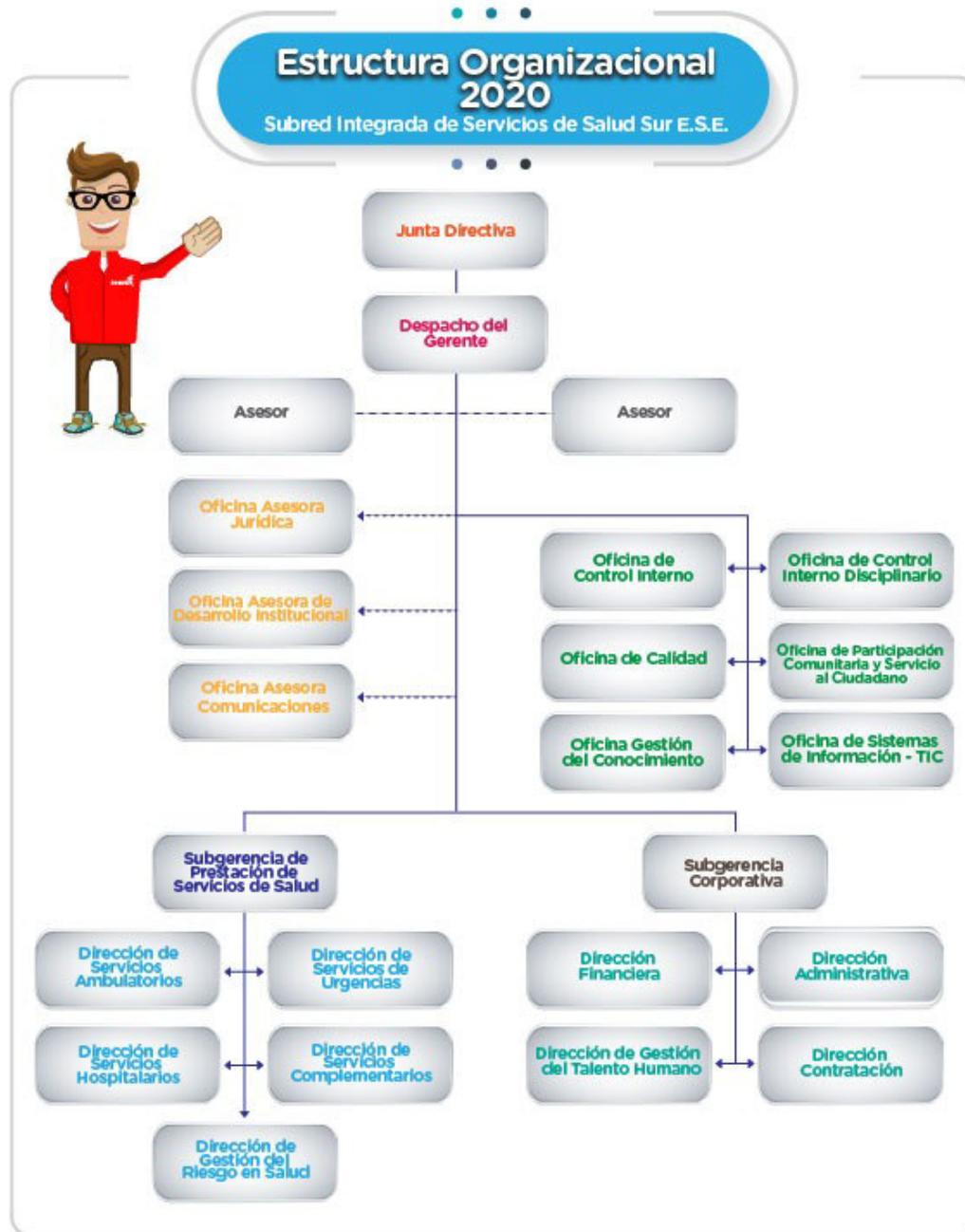


### 8.2.3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:



### 8.2.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. mediante Acuerdo 10 del 5 de abril de 2017 estableció la Estructura Organizacional de la Subred, la cual se presenta a continuación:



### 8.2.5. MAPA DE PROCESOS

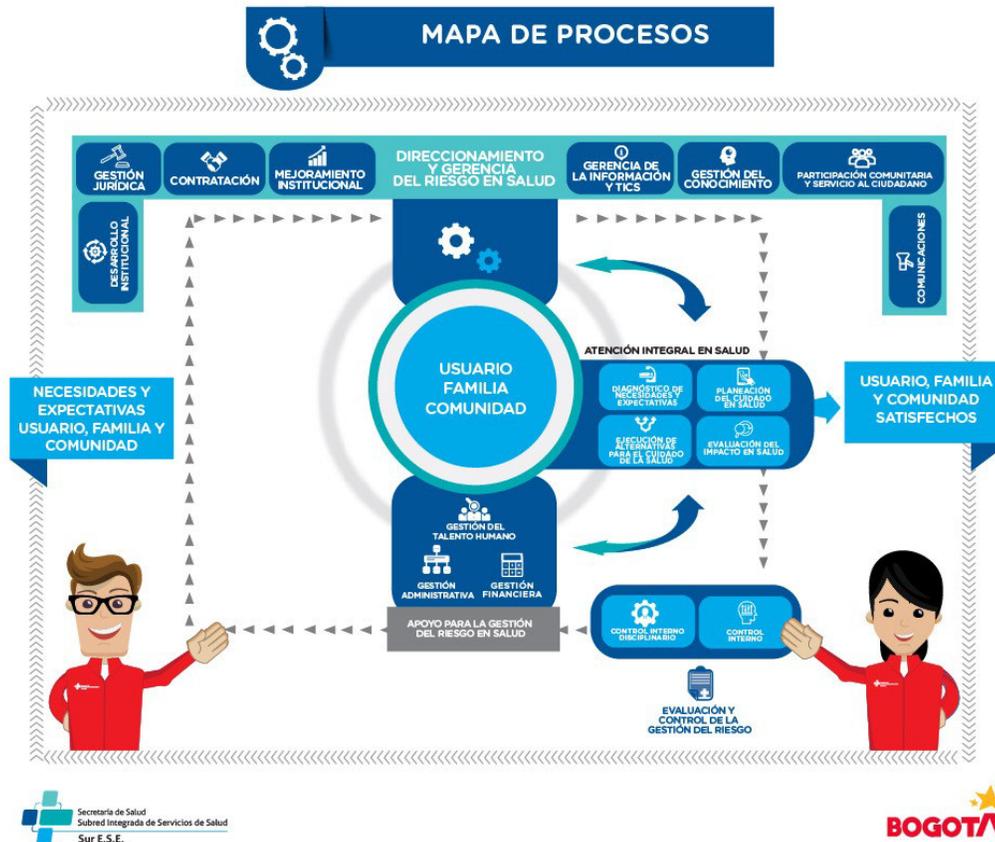
La Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. mediante Acuerdo 12 del 5 de Abril de 2017 expidió el Manual de Procesos y Procedimientos, en el cual adopta el

enfoque basado en procesos como una herramienta de gestión y organización, la cual permite crear valor para el cliente (Usuario y Familia) y las partes interesadas.

Dando aplicación al “Enfoque basado en procesos como una herramienta de gestión y organización”, el cual indica que en las entidades debe existir una red de procesos la cual debe trabajar articuladamente y generar valor agregado, la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E ha diseñado un Mapa de procesos, que permitirá alcanzar los resultados y alinear sus actividades en una sola dirección, de tal modo que esté orientado a brindar productos y servicios de calidad y lograr la satisfacción usuario, familia y comunidad.

Es así como el mapa organizacional su estructura basado en el concepto y la práctica de la Gestión Integral del Riesgo estableciendo como Macroprocesos: Proceso de Gerencia del Riesgo desde el nivel estratégico, Proceso de Apoyo a la Gestión del Riesgo como soporte para el logro del direccionamiento y Gestión Integral de riesgo desde la prestación de servicios de salud.

El mapa de procesos contempla cuatro Macroprocesos y 17 procesos que permiten alinear los productos y servicios al modelo de operación establecido en el Sistema Integrado de Gestión de Calidad y lograr la satisfacción de los usuarios y partes interesadas.



La mirada para la denominación de procesos misionales parte de entender al ser humano como un todo, el cual dependiendo el curso de vida en que se encuentre tanto individual como familiar, cuenta con necesidades en salud, las cuales deben ser suplidas con los servicios ofertados por la subred, sin que se perciba el fraccionamiento de acciones. Esta propuesta se estructura basada en el ciclo de atención establecido en los estándares superiores de calidad,

**Nota Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>MI-SIG-ACR-MA-02 V1</b>

con la premisa de “hacer las cosas bien desde el principio”, disminuyendo los reprocesos y facilitando la estandarización de acciones. Otro aspecto importante a tener en cuenta es que el mapa de procesos no modifica el organigrama funcional, lo complementa. Esto significa que las funciones por dependencia continúan según ejercicio trabajado en conjunto con Secretaria de Salud y la otras Subredes.

### **8.3. SUBSISTEMAS DE GESTIÓN**

#### **8.3.1. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN**

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

#### **8.3.2. PAMEC**

Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

Los procesos de auditoria serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Para todos los efectos de este Decreto debe entenderse que la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoria Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

#### **8.3.3. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN**

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Todo Prestador de Servicios y EAPB deberá contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación como condición para acceder a la acreditación.

**PRINCIPIOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.** El Sistema Único de Acreditación se orientará por los siguientes principios:

1. **Confidencialidad:** La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación son estrictamente confidenciales, salvo la información que

**Nota Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>MI-SIG-ACR-MA-02 V1</b>

solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.

2. **Eficiencia:** Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.
3. **Gradualidad:** El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

### 8.3.4. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

#### OBJETIVOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.

Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. **Monitorear:** Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
2. **Orientar:** Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
3. **Referenciar:** Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios
4. **Estimular:** Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

### 8.4. POLÍTICAS INSITUCIONALES

#### 8.4.1. POLÍTICA DE CALIDAD:

**Enunciado de la Política:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, se compromete a prestar servicios de salud seguros y humanizados que impacten positivamente en la satisfacción del usuario, familia y partes interesadas mediante la implementación, consolidación y mantenimiento del sistema integrado de gestión, que permita:

- Generar valor agregado a las actividades propios de la entidad.
- Identificar, evaluar y controlar sistemáticamente los peligros y riesgos que puedan generar accidentes de trabajo o enfermedad laboral, con el fin de favorecer ambientes sanos y seguros.
- Prevenir la contaminación, mitigar y/o compensar los impactos ambientales significativos.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. ESTADO Luz del Intelecto en Servicios de Salud Sur ESE</p>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>MI-SIG-ACR-MA-02 V1</b>

- Identificar y prevenir eventos que puedan afectar la seguridad de la información y los datos almacenados en nuestros servidores para garantizar la oportunidad de atención a nuestros usuarios.

**Objetivo de la política:** Consolidar el sistema integrado de gestión – SIG que permita una prestación del servicio de salud con criterios de calidad, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los objetivos institucionales, mediante la implementación de los requisitos de cada uno de los subsistemas de gestión.

**Objetivos específicos de la política:** Son la forma como la Subred pretende llevar a cabo la Política de la Calidad dentro del desarrollo de sus procesos. Al igual que la política y tomada como base, se elaboraron por el Comité de Calidad, enfatizando en la gestión por procesos en la búsqueda de la garantía de la satisfacción de los clientes.

1. Monitorear y evaluar las expectativas y necesidades de nuestros clientes, para asumirlas y satisfacerlas de forma razonable.
2. Establecer planes y acciones que nos aseguren el mejoramiento continuo de la calidad en los diferentes procesos de la entidad a través del Programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad
3. Consolidar un programa de Seguridad del Usuario/a con el fin de disminuir los riesgos para el cliente externo y mitigar los eventos adversos durante el proceso de atención.
4. Mejoramiento continuo como pilar de la atención establecido desde el direccionamiento estratégico

#### 8.4.2. POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

**Enunciado de la política:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., se compromete a prestar servicios de salud seguros y de calidad como componente prioritario de la atención, involucrando transversalmente todos sus procesos, promoviendo una cultura no punitiva frente al reporte y la gestión del evento adverso, preservando la confidencialidad y privacidad del equipo de salud, usuario y familia con enfoque pedagógico y de mejoramiento continuo, mediante la implementación de un programa de seguridad del paciente que minimice la ocurrencia de incidente y eventos adversos.

**Objetivo de la política:** Implementar una cultura de seguridad no punitiva en la prestación de los servicios de salud, con énfasis en la adherencia a prácticas seguras que fortalezca y mitigue la presencia de eventos de seguridad.

La implementación de la POLÍTICA DE SEGURIDAD incluye:

- Desarrollar un programa de seguridad que propende por la cultura de la seguridad, y procesos seguros encaminados a gestión del riesgo, gestión del evento adverso y practicas seguras
- Ver el Mejoramiento Continuo como herramienta para la disminución y mitigación de situaciones que ponen en riesgo la Seguridad del Usuario
- Desarrollar 6 metas internacionales de seguridad:
  1. **Meta 1:** Identificación correcta del paciente
  2. **Meta 2:** Mejorar la comunicación efectiva
  3. **Meta 3:** Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
  4. **Meta 4:** Garantizar cirugías en el paciente correcto, lugar correcto, con el procedimiento correcto)
  5. **Mata 5:** Disminuir el riesgo de infecciones
  6. **Meta 6:** Reducir el riesgo de caídas

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Unidad Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</p>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>MI-SIG-ACR-MA-02 V1</b>

- Desarrollar el Manual de buenas prácticas de la seguridad del Ministerio de Protección y los paquetes instruccionales según nuestro perfil y complejidad:
  1. Identificación segura del paciente
  2. Medicamentos Seguros
  3. Cirugía Segura
  4. Comunicación Clínica Segura
  5. Consentimiento informado
  6. Prevenir el cansancio del personal de la salud
  7. Prevenir Caídas
  8. Salud Mental
  9. Cardiovascular
  10. Hemocomponentes
  11. Binomio Madre e Hijo
  12. Prevención de la Malnutrición
  13. Úlceras por Presión
  14. Sistema de Reporte en la UCI
  15. Evaluación de Pruebas antes del Alta hospitalaria
  16. Prevención de Infecciones
  17. Atención Urgencias en población Pediátrica
  18. Atención del Paciente Crítico
  19. Correcta identificación y pruebas del laboratorio

#### 8.4.3.POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN:

**Enunciado de la política:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., se compromete a prestar servicios de salud con un enfoque centrado en el fortalecimiento de las relaciones interpersonales, los valores, respeto por la diferencia, el trabajo en equipo, el comportamiento ético y la sana convivencia, impactando positivamente en la cultura organizacional, la satisfacción de nuestros servidores públicos y la calidad del servicio al usuario, enmarcados en el modelo integrado de gestión y los principios rectores de la acreditación, promoviendo un mejoramiento continuo, confianza y responsabilidad institucional.

**Objetivo de la política:** Consolidar en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., esquemas de buen trato y sana convivencia entre los grupos de valor (colaboradores-usuarios y demás partes interesadas), que permitan la proyección de los valores, el desarrollo de habilidades sociales y el fortalecimiento de los atributos de calidad que impactan en un servicio con calidez profesionalismo en beneficio de la satisfacción del servicio.

#### 8.4.4.POLÍTICA DE RIESGOS:

**Enunciado de la política:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., se compromete con la adecuada administración de la Gestión Integral del Riesgo, adoptando mecanismos y acciones necesarias que permitan la identificación, análisis, valoración, monitoreo y tratamiento de los riesgos administrativos y asistenciales que puedan afectar los objetivos estratégicos y la adecuada prestación de nuestros servicios.

**Objetivo de la Política:** Establecer un marco general que guíe la actuación para la gestión del riesgo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., con el fin de proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos institucionales mediante la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos, con colaboración de los colaboradores y líneas de defensa en búsqueda de crear una base confiable para la toma de decisiones.

El gestionar el riesgo significa que será identificado, analizado, valorado y tratado, haciendo seguimiento y evaluación a las acciones realizadas por la clínica para su mitigación. Se

realizarán acciones preventivas, acciones correctivas y controles efectivos que eviten su materialización o que impidan el normal funcionamiento de los procesos o el cumplimiento de metas y objetivos de la Clínica

El tratamiento de los riesgos se basará en la aplicación de los siguientes criterios

1. Evitar
2. Compartir o Trasferir
3. Asumir
4. Reducir

### 8.5. CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS

Una vez se identificamos los procesos con los que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., se desarrolla en su accionar diario, en busca de la satisfacción del cliente, se determinaron los objetivos y las características específicas para cada uno de los procesos, además de las interrelaciones con los demás procesos.

El formato oficial de las caracterizaciones es:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.							
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: XXXXXXXXXXXXXXXX							MI-SIG-CDO-FT-04 V3
MACROPROCESO:	SUBPROCESOS:						
OBJETIVO DEL PROCESO:	ALCANCE: Desde: Hasta:						
RESPONSABLES:	EQUIPO DE APOYO:						
PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES				SALIDAS	PARTES INTERESADAS
		PLANEAR (P)	HACER (H)	VERIFICAR (V)	ACTUAR (A)		
RECURSOS REQUERIDOS			MÉTODOS DE CONTROL				
TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	TECNOLÓGICOS/LOGÍSTICOS	RIESGOS	PUNTOS DE CONTROL	INDICADORES INSTITUCIONALES (Eficacia=Resultado / Eficacia=Recursos / Efectividad=Impacto)		
REQUISITOS				DOCUMENTOS ASOCIADOS			
CLIENTE	INTERNOS	NORMATIVIDAD	OPERACIÓN	POLÍTICAS GERENCIALES RELACIONADAS AL PROCESO	INTERNOS	EXTERNOS	
Establecidos por los clientes del proceso	De la entidad	Ver Normograma en el siguiente link: XXXXXX	Del proceso		Ver listado maestro de documentos y registros en el siguiente link: XXXXXXX	Ver listado maestro de documentos externos en el siguiente link: XXXXXXX	
ELABORÓ		REVISÓ		CONVALIDÓ		APROBÓ	
NOMBRE:		NOMBRE:		NOMBRE:		NOMBRE:	
CARGO:		CARGO:		CARGO:		CARGO:	
FECHA:		FECHA:		FECHA:		FECHA:	

### 8.6. INDICADORES DE PROCESOS:

Cada uno de los procesos de la Subred Sur cuenta con indicadores de efectividad, eficacia y/o eficiencia, con los cuales se mide el impacto de cada uno de ellos dentro de la institución. Estos indicadores cuentan con la siguiente ficha de registro:

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R		
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E																			
FICHA TÉCNICA DE INDICADOR												GI-IAI-FT-01 V1							
															REGISTRE PERIODO A REPORTAR				
															PERIODO REPORTADO				
FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR																			
1. DOMINIO																			
2. NOMBRE DEL INDICADOR																			
3. FUENTE DE LA INFORMACIÓN																			
4. FÓRMULA																			
5. UNIDAD DE MEDIDA																			
6. TENDENCIA ESPERADA																			
7. TIPO DE INDICADOR																			
8. RESPONSABLE DEL REPORTE DEL DATO																			
9. RESPONSABLE DEL ANÁLISIS DEL DATO																			
10. PERIODICIDAD DEL ANÁLISIS DE DATOS																			
11. LÍNEA BASE																			
GRÁFICO RESULTADO DE INDICADOR																			
																			
VARIABLES DEL INDICADOR																			
NUMERADOR																			
DENOMINADOR																			
ANÁLISIS																			
MES		META		NUMERADOR		DENOMINADOR		RESULTADO		ANÁLISIS									
Enero																			
Febrero																			
Marzo																			
Abril																			
Mayo																			
Junio																			
Julio																			
Agosto																			
Septiembre																			
Octubre																			
Noviembre																			
Diciembre																			
TOTALES																			
Revisado por:									Aprobado por:										
Cargo:									Cargo:										
Firma:									Firma:										
Fecha:									Fecha:										

### 8.7. CONSTRUCCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN GENERAL BASE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., ha estandarizado dentro de la Gestión de control documental de su Sistema de Gestión de la Calidad 10 tipos de documentos: Manuales, Programas, Planes, Procedimientos, Protocolos, Guías, Instructivos, Otros documentos, Formatos, y Documentos Externos de forma que se aplique en los procesos institucionales.

Esta información se encuentra registrada en el manual de la línea de Control documental MI-SIG-CDO-MA-01 CONTROL DOCUMENTAL, así mismo el proceso de normalización de cada uno de estos documentos se encuentra descrito en el procedimiento MI-SIG-CDO-PR-01 NORMALIZACION DE DOCUMENTOS

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. E.S.E. Luzes y Memorias en Servicio de Salud Sur E.S.E.</p>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>MI-SIG-ACR-MA-02 V1</b>

### 8.7.1. CONSIDERACIONES

- Siempre que se haga referencia a la Institución su nombre será escrito en forma completa y en mayúsculas simples: Subred Integrada De Servicios De Salud Sur E.S.E.
- Se debe evitar escribir siglas y abreviaturas en el contenido del documento.
- No se dejarán títulos al final de una página. Si no alcanza a incluirse por lo menos el primer renglón de su desarrollo, se pasarán a la página siguiente.
- El documento se escribe a una sola línea, excepto para separar títulos, caso en el cual se utilizará como separación doble línea, tanto desde el final del párrafo relacionado con el título anterior, como para el inicio del párrafo relacionado con el nuevo título.

### 8.7.2. CLASIFICACION SEGÚN EL ORIGEN DEL DOCUMENTO

#### Documentos de Origen Interno (DI)

Son documentos generados internamente y nos dan lineamientos se clasifican en 9 de los 10 tipos de documentos mencionados anteriormente y se normalizan de acuerdo con el procedimiento.

#### Documentos de Origen Externo (DE)

Son documentos generados por otra institución o entidad y que requieren de su adopción dentro del Sistema de Gestión de la Calidad de la Subred Sur, dada su importancia, directriz o normatividad aplicada.

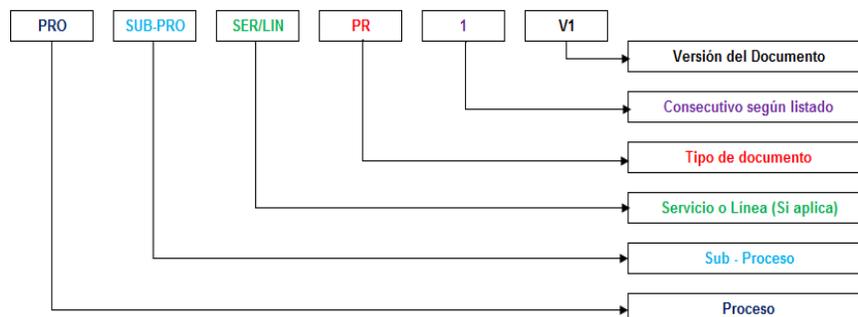
Estos documentos pueden ser Manuales, Protocolos, Guías, Lineamientos, Formatos o Instructivos, y se debe verificar periódicamente la versión actualizada del documento; por ser de origen externo comúnmente se presta para mantener el uso de versiones obsoletas.

### 8.7.3. CODIFICACIÓN Y NORMALIZACIÓN POR TIPO DE DOCUMENTO:

- La codificación está dada por el Proceso, Subproceso, servicio u oficina (en los casos que aplique), tipo documental y consecutivo según listado maestro de documentos. De esta manera se implementa la Gestión Documental por procesos.
- El documento se identifica en la parte superior en la tabla del encabezado y se complementa con el código y la versión.
- El código de los documentos lo asigna Control Documental- Oficina de Calidad, la codificación de los documentos es alfanumérica.
- Para la identificación y control de los documentos incluyendo los registros del Sistema de Calidad, se realizará bajo la siguiente estructura:

Ejemplo:

**P-SP-S/L-PR-01 V1**



**Nota Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

Anteriormente se muestra la identificación de cada uno de los procesos, subprocesos líneas o servicios de los procesos, esta identificación se hace por cada uno de los macroprocesos establecidos en la Subred Sur:

SIGLA	TIPO DOCUMENTAL
PR	Procedimiento
MA	Manual
PP	Planes y Programas
PT	Protocolo
GPC	Guía de Práctica Clínica
GA	Guía Administrativa
INS	Instructivo
FT	Formato
OD	Otros Documentos
DEX	Documentos Externos

Desde el proceso de mejoramiento institucional, se revisa que el documento cumpla con las características de estandarización de acuerdo con el tipo de documento, se verifica y actualiza la versión, se verifica y actualiza el código, se verifica si existen versiones anteriores para identificarlas y recolectarlas como obsoletos y se diligencia el listado maestro de documentos obsoletos. De esta forma, se garantiza la disponibilidad y el uso de las versiones pertinentes de la documentación, al igual que prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos.

De acuerdo con el procedimiento MI-SIG-CDO-PR-01 NORMALIZACION DE DOCUMENTOS, en el título “8.2.1 Contenido General de los Documentos”, se describe el contenido y desarrollo de cada uno de los tipos documentales establecidos por la Subred Sur.

**PIRÁMIDE DOCUMENTAL:**



**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>MI-SIG-ACR-MA-02 V1</b>

### 8.8. MECANISMOS DE MONITORIZACIÓN

La monitorización en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E se realiza a través de 3 líneas, las cuales se describen a continuación:

- **SEGUIMIENTO PRIMER ORDEN DE AUTOCONTROL:**  
Seguimiento a cargo del Líder del Proceso o responsable
- **SEGUIMIENTO SEGUNDO ORDEN:**  
Realizado por el equipo de la oficina de Calidad
- **SEGUIMIENTO DE TERCER ORDEN:**  
Seguimiento a cargo de la oficina de Control interno, o entes externos

### 9. CONTROL DE CAMBIOS:

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
2020-04-03	1	Creación del Documento para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

ELABORADO POR	REVISADO POR	CONVALIDADO	APROBADO
Nombre: Gloria Amanda Salinas Pirajan Nombre: Julie S. Bermúdez Bazarro	Nombre: Gloria Amanda Salinas Pirajan	Nombre: Julie S. Bermúdez Bazarro	Nombre: Gloria Amanda Salinas Pirajan
Cargo: Jefe Oficina de Calidad Cargo: Profesional Administrativo Control Documental	Cargo: Jefe Oficina de Calidad	Cargo: Profesional Administrativo Control Documental	Cargo: Jefe Oficina de Calidad
Fecha: 2020-04-01	Fecha: 2020-04-02	Fecha: 2020-04-03	Fecha: 2020-04-03

**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

**La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2020-04-03**  
**MI-SIG-CDO-FT-06 V1** **Página 18 de 18**