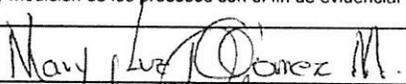


|  <p>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.<br/>SECRETARÍA DE SALUD</p>  | <p>OFICINA DE CONTROL INTERNO<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL<br/>INFORME AUDITORÍA SIG<br/>CÓDIGO: SDS-ESC-FT-012 V.3</p>  | <p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T.<br/>Revisado por: Emiro José García P.<br/>Aprobado por: Emiro José García P.</p> |  |                                  |
|---|---|--|---|----------------------------------|
| <p>Proceso, Proyecto, Plan de Desarrollo y/o POA: Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres</p>   |   |  |   |                                  |
| <p>Líder y/o Responsable del Proceso, Proyecto y/o Plan o POA: Dra. Diana Constanza Rodríguez Posso</p>   |   |  |   |                                  |
| <p>Auditor Líder: Mary Luz Gómez Mayorga</p>  |   |  |   |                                  |
| <p>Auditor (es): Sandra Liliana Gómez Bautista</p>  |   |  |   |                                  |
| <p>Fecha de Ejecución Auditoría: 19 de Julio de 2017 (Apertura), 25 de Julio de 2017 (Desarrollo)</p>   |   |  |   |                                  |
| <p><b>ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA</b></p>   |   |  |   |                                  |
| <p>OBJETIVO: Verificar el mantenimiento y Mejora Continua del proceso de Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres, en cumplimiento de la norma NTC-GP-1000:2009</p>                        |   |  |   |                                  |
| <p>ALCANCE: Verificar el cumplimiento de la norma de Calidad NTC-GP-1000:2009 en el Proceso de Urgencias y Emergencias, correspondiente al período comprendido entre Junio 2016-Abril 2017.</p> |   |  |   |                                  |
| <p>CRITERIOS: Norma Técnica de Calidad NTC-GP-1000:2009</p>   |   |  |   |                                  |
| <p>LIMITACIONES: No se presentó ninguna limitación para el desarrollo de la Auditoría.</p>  |   |  |   |                                  |
| <p>METODOLOGÍA UTILIZADA: Entrevista y revisión de documentos en las áreas que conforman el proceso mediante muestreo aleatorio.</p>  |   |  |   |                                  |
| <p>NUMERAL DE LA<br/>NTCGP 1000:2009</p>  | <p>DESCRIPCIÓN:<br/>(Describir los aspectos que son objeto de mejora y/o No conformidad en orden descendente).</p>  | <p>CONFORME</p>  | <p>NO<br/>CONFORME</p>  | <p>OPORTUNIDAD<br/>DE MEJORA</p> |
| <p>4.1</p>  | <p>Requisitos Generales: Las políticas de operación y la caracterización del proceso se divulgan mediante el aplicativo ISOLUCION</p>   | <p>X</p>   |   |                                  |
| <p>4.2.3<br/>4.2.4</p>  | <p>Control de documentos y registros: Los integrantes del proceso de acuerdo a necesidades manifiestas realizan revisión, actualización de los documentos y formatos asociados al proceso como se evidencia en actas de reuniones de mesas de trabajo frecuentes y la socialización correspondiente se ejecuta mediante envío por correo electrónico y consulta en el aplicativo ISOLUCION.</p>   | <p>X</p>   |   |                                  |
| <p>5.2</p>  | <p>Enfoque al cliente: El proceso de Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres es de tipo misional y se consolida con el fortalecimiento de las Competencias del personal en salud y comunidad en general, para dar respuesta a situaciones de urgencias, emergencias y/o eventuales desastres. El proceso cubre desde la identificación de necesidades para garantizar la atención ante situaciones de urgencias, emergencias y eventuales desastres hasta finalizar la respuesta de acuerdo a la competencia de la Dirección.</p>   | <p>X</p>   |   |                                  |
| <p>7.1<br/>7.2.1<br/>7.2.2</p>  | <p>Planificación, determinación y revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio : El proceso gestiona la atención de las solicitudes asociadas a las urgencias, emergencias y eventuales desastres mediante la prevención, preparación y la mitigación del riesgo en el Distrito Capital de acuerdo a lo establecido en la caracterización (SDS-UED-CAR-001).</p>  | <p>X</p>   |   |                                  |
| <p>7.2.3</p>  | <p>Comunicación con el cliente: Mediante medio web (<a href="http://www.saludcapital.gov.co">http://www.saludcapital.gov.co</a>) se socializa a la comunidad del Distrito el servicio que se brinda en la línea 123 (Emergencias), CRUE, Diagnósticos distritales y locales, APH, Cursos abiertos para la comunidad como el de primer respondiente y boletines epidemiológicos. Los procesos al interior de la SDS se documentan y socializan mediante la plataforma ISOLUCION. Otras vías de comunicación son el correo electrónico institucional y líneas telefónicas del servicio se realiza comunicación con cliente interno y externo.</p> | <p>X</p>   |   |                                  |
| <p>7.3.1</p>  | <p>Planificación del diseño y desarrollo: la ejecución de los procesos se realiza con el apoyo de convenios interadministrativos de APH y las Subredes Integradas de Servicios de Salud con el fin lograr el fortalecimiento, regulación y operación oportuna para el Distrito Capital. Para eventos de afluencia masiva de público, se desarrollan planes especiales de atención médica y de primeros auxilios como se evidenció en los registros de la Media Maraton de Bogotá (30 de julio de 2017).</p>   | <p>X</p>   |   |                                  |

|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| 7.3.2                                     | Elementos de entrada para el diseño y desarrollo: Para los eventos de aglomeración se utiliza el formato Puesto de Mando Unificado Previo (SDS-UED-FT-010 V2), del cual se evidencia su diligenciamiento el 25 de julio de 2017 para la Media Maratón de Bogotá de 10 Km y 21 Km como evento recreativo.  | X |   |  |
| 7.3.3<br>7.3.4<br>7.3.5<br>7.3.6<br>7.3.7 | Resultados, revisión, verificación, validación y control del diseño y desarrollo: La Alcaldía Mayor de Bogotá posee el Sistema de información para la Gestión del Riesgo y Cambio Climático mediante el cual por parte de la SDS se evalúa en el Sistema Único de Gestión de Aglomeraciones (SUGA), el evento recreativo de la Carrera atlética organizada por Correcaminos de Colombia en asocio con la Federación Colombiana de Atletismo (Media Maratón de Bogotá).  | X |   |  |
| 7.5.1                                     | Control de la producción y de la prestación del servicio: el proceso cuenta con lineamientos establecidos para la cadena de llamadas de la SDS (SDS-UED-INS-011), desde la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud, donde se unifican los parámetros para su activación al presentarse cualquiera de los incidentes tipificados como emergencias con base a lo dispuesto en el "instructivo generación y envío de reporte de emergencia y/o incidentes de impacto social" con código SDS-UED-INS-008.  | X |   |  |
| 7.5.2                                     | Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio: el proceso documenta las actividades desarrolladas en el procedimiento de Referencia y Contrareferencia de los pacientes que ingresen al CRUE (SDS-UED-PR-011) y el procedimiento de regulación de la urgencia médica (SDS-UED-PR-005) donde se incluye también las emergencias por salud mental.  | X |   |  |
| 7.5.3                                     | Identificación y trazabilidad: Para la verificación de de la trazabilidad e identificación en el proceso de la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud, se evidencia la estructura de la cadena de llamadas de la SDS, la cual se establece con el fin de Unificar los parámetros para la activación de la cadena de llamadas al interior de la Secretaría Distrital de Salud al presentarse cualquiera de los incidentes tipificados como emergencias con base a lo dispuesto en el "instructivo generación y envío de reporte de emergencia y/o incidentes de impacto social" con código SDS-UED-INS-008.  | X |   |  |
| 8.1                                       | Generalidades Medición, Análisis y Mejora: Se realiza reunión el 09 de Mayo de 2017 con participación del personal del proceso de acuerdo al listado de asistencia SDS-PYC-FT-002 V1, para socializar los resultados de reporte del Plan Operativo Anual (POA) y Segplan SCRUE.   | X |   |  |
| 8.2.1                                     | Satisfacción del cliente: Se verifica el informe de percepción del cliente de fecha 30 de junio de 2017, donde se da a conocer los resultados obtenidos tras la realización de las encuestas de satisfacción ejecutadas a los participantes a los cursos desarrollados por la Subdirección Gestión del Riesgo, Emergencias y Desastres. Encuestas el 69% de los encuestados manifestaron su satisfacción calificando con excelencia los cursos, el 27% los calificó como buenos y el 2% los calificaron como regulares. Un 0.08% los calificaron como malos y el 2% de la población no señaló ninguna respuesta los cuales se consideran como SIN DATO.   | X |   |  |
| 8.2.3<br>8.4                              | Seguimiento y medición de los procesos, Análisis de datos: Fueron verificados algunos indicadores descriptivos de la gestión del CRUE durante el periodo comprendido entre junio de 2016 y el abril de 2017 donde se encuentra información de llamadas, casos y proporción de casos. El indicador SDQS consolida información del proceso para su reporte del POA. Sin embargo, los datos encontrados se obtienen a partir de varias fuentes y se consolidan en tablas, sin embargo no se cuenta con la hoja del indicador correspondiente, por lo que se incumple el requisito 8.2 dado que no se tiene en cuenta para la medición de estas variables su tendencia de evolución, mediante la aplicación de coeficientes, que se pueden dividir los resultados obtenidos por la medida considerada como habitual, y/o el máximo considerado como aceptable y su posterior comparación con los valores meta establecidos permitirá determinar el logro de los objetivos del sistema de gestión de la calidad. |   | X |  |
| 8.2.4                                     | Mediante reuniones de Comité directivo se realiza seguimiento de información relacionada con indicadores de proceso, así como el análisis de los eventos adversos e incidentes ocurridos en APH y Traslados.  | X |   |  |

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| 8.3  | Control del producto y/o servicio no conforme: se realiza seguimiento a las actividades desarrolladas mediante reuniones realizadas de Revisión procedimientos SGRED (03 de mayo de 2017) y Reunión de Gestión Documental Proceso de Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres (01 de junio de 2017).   | X   |  |  |
| 8.5.1<br>8.5.2   | Mejora continua y Acción correctiva: Es verificado en ISOLUCION la acción correctiva del 15 de septiembre de 2016 relacionado con la No medición de la adherencia al procedimiento de regulación de la urgencia médica (Psicólogos) correspondiente al segundo cuatrimestre del año 2016 por desconocimiento de los criterios de evaluación y del instructivo de atención de llamadas de salud mental. Esta acción ha sido cerrada y permite evidenciar la mejora continua dado que las acciones tomadas permitieron la actualización de los documentos con código SDS-UED-INS-014 y SDS-UED-MT-003 (criterios de evaluación de salud mental) y la medición de la adherencia al procedimiento de regulación de la urgencia médica con perfil de Psicólogos. | X   |  |  |
| 8.5.3  | Acción preventiva: Durante la reunión del día 11 de noviembre de 2016 se realiza el análisis de la acción preventiva 205 relacionada con la toma de decisiones a partir de los resultados de los indicadores.   | X   |  |  |
| <b>CONCLUSIONES</b>  |   |   |  |  |
| Destacar el procesos de capacitación e inducción con que se cuenta para el talento humano y el compromiso del grupo de trabajo en esta área. El hallazgo en el impacto de la medición del proceso debe permitir un análisis directo en relación con la meta establecida en el POA para asegurar la mejora continua de las actividades que se desarrollan a diario por el personal que participa en la Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres. |   |   |  |  |
| Se evidencia que el proceso ha desarrollado las acciones necesarias para implementar los lineamientos en torno al Sistema de Gestión de Calidad de la entidad, no obstante debe fortalecer aspectos básicos como el seguimiento y medición de los procesos con el fin de evidenciar la mejora continua.  |   |   |  |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER: Mary Luz Gómez Mayorga  |   |   |  |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO: Emiro José García Palencia  |   |  |  |  |

