



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL
INFORME AUDITORÍA SIG
CÓDIGO: SDS-ESC-FT-012 V.4

Elaborado por: Rocio Zabala
Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos.
Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos



Proceso y/o Subsistema: Provisión de servicios de salud

Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: Consuelo Peña Aponte

Auditor Líder: Gabriel Castilla Castillo

Auditor (es): María del Pilar Ángel

Fecha de Ejecución Auditoría: junio de 2018

ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA

OBJETIVO: Verificar el mantenimiento y Mejora Continua en el proceso Provisión de Servicios de Salud, en cumplimiento de la norma ISO-9001:2015

ALCANCE: Desde: La verificación documental de las funciones, su cumplimiento en el proceso y definición de niveles esperados de gestión (planeación)

Hasta: La verificación de evidencias del seguimiento, la evaluación, el control y la mejora en el proceso auditado.

Periodo a evaluar: Desde mayo 2017 a marzo 2018

CRITERIOS: Cumplimiento de la Norma NTC-ISO 9001:2015

LIMITACIONES: Las visitas de campo realizadas así como la verificación de la información relacionada con la misma no tuvieron limitaciones a considerar; por el contrario, su desarrollo fue ágil

METODOLOGÍA UTILIZADA:

La auditoría se desarrolló mediante la verificación del cumplimiento mediante visitas de campo, revisión documental y de aplicativos tecnológicos

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN (Describir los aspectos que son objeto de mejora y/o No conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
4.1	Se realizan ejercicios de análisis y contextualización de los factores internos y externos, DOFA; revisión de políticas, normas, y lineamientos del orden nacional y territorial; este año se acompañó el ejercicio con preguntas orientadoras	X	
4.2	Se identifican las partes interesadas de varios órdenes (MSPS, Población del D.C., Prestadores de Servicios de Salud, EAPB, Autoridades administrativas y de Control, etc); Sus intereses y expectativas, por ejemplo, se realiza un análisis de la demanda, justamente incluye las necesidades de la población; de la oferta de servicios	X	
4.3	La Dirección definió en su sistema de gestión los alcances, caracterizó el proceso con entradas, procesamiento y salidas, partes interesadas y lineamientos o requisitos de los servicios	X	
4.4.1	Se tienen lineamientos soportados en la Rutas de Atención definidas por el MSPS para análisis de oferta y demanda, aplican fórmulas matemáticas parametrizadas en formato de excel, cada una se apoya con un simulador para calcular la población y servicios por cada EPS. Se cargan las modificaciones con control de cambios al aplicativo Isolución	X	
5.1.1 5.1.2	Se evidenció un claro compromiso de la Dirección en el desarrollo del sistema de gestión de calidad, desde la planificación y definiciones estratégicas, hasta la ejecución, revisión, evaluación, y mejora; Asimismo, en las definiciones estratégicas hay compromiso con los requisitos y lineamientos de los servicios	X	

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN (Describir los aspectos que son objeto de mejora y/o No conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
5.2.1 5.2.2	La política de calidad que aplica para el proceso es la misma que se tiene definida para la Entidad; asimismo sus objetivos y compromisos. Esta información se encuentra debidamente formalizada, sistematizada en el aplicativo, se socializa en los ejercicios de inducción y entrenamiento en el puesto de trabajo a todo el personal al servicio	X	
5.3	En el proceso se tiene definido con claridad las personas, roles y responsabilidades frente al sistema de gestión de la calidad. Hay un profesional especializado para la consolidación de los instrumentos del mismo, otro para lo relacionado con los instrumentos de planificación, otro para el soporte financiero; además de liderazgos definidos por cada uno de los alcances y salidas del proceso.	X	
6.1.1 6.1.2	Dentro del capítulo de planificación, el proceso tiene claramente definidos 3 alcances y 22 salidas: - Red de Donación y Trasplantes - Red Distrital de Sangre y Terapia Celular - Redes de Prestación de Servicios de Salud Para cada uno de ellos sus productos, riesgos y acciones de mejoramiento, metas por perfil, plan de acción unido a metas, etc	X	
6.2	Hay claridad frente a los objetivos de la calidad, alcances, recursos requeridos, instrumentos de planificación y medición	X	
6.3	Comoquiera que se tiene definida una periodicidad y sistematicidad de la evaluación, se tiene prevista la posibilidad de mejoras y consecuentes cambios. De cuidado podría ser el dinamismo que requiere la eventual necesidad de cambios en disponibilidad de recursos, asignación o reasignación de responsabilidades, entre otras, que podrían limitarse dentro de la vigencia.	X	
7.1.1	Específicamente para la implementación, seguimiento, evaluación del SIG, en el proceso de dispusieron los recursos requeridos	X	
7.1.2	Aunque se tiene la persona para la implementación del SIG, se pueden tener dificultades frente al personal requerido para la operación y control general del proceso en al menos uno de sus alcances relacionados con las Redes de prestación de servicios y habilitación de Redes de Servicios de las EAPB. Se establecieron las cargas laborales que permiten dimensionar con claridad tal necesidad, pero el proyecto de reorganización institucional aun no se concreta, no se tienen los recursos ni la disponibilidad ágil en el proyecto para atender la eventual necesidad en la vigencia	X	
7.1.3	En el proceso se cuenta con una planificación de las necesidades y formas de aprovisionamiento a través de proyectos de inversión o funcionamiento, en lo relacionado con transporte, logística, equipos de comunicaciones y tecnologías de la información. Se observa eventualmente limitaciones en cuanto a la infraestructura física necesaria frente a uno de los alcances del proceso; no obstante, en la medida en que el producto relacionado con la habilitación de redes de servicios no se haga más exigente, está siendo apropiada	X	

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN (Describir los aspectos que son objeto de mejora y/o No conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
7.1.4	Se percibió un ambiente social tranquilo, estable, trato digno y respetuoso desde el mismo líder del proceso, adecuada resolución de conflictos, se permite el aporte profesional y la cualificación. Respecto de aspectos psicológicos, aunque hay ambiente de colaboración y ayuda mutua, la elevada congestión de actividades en algunas personas mientras se logra la concreción de la reorganización institucional podría generar agotamiento y estrés. En cuanto al ambiente físico, aunque hay relativa adecuada iluminación y ventilación, higiene, se percibe bastante calor, especialmente en los momentos de atención y desarrollo de actividades grupales.	X	
7.1.5	Se tienen diferentes instrumentos para garantizar la trazabilidad de las mediciones de los servicios, se dispone de los recursos para este fin, algunos de aplicación institucional general, otros de aporte propio del proceso, tales como el formato de seguimiento a las asistencias técnicas (SDS-PSS-FT-570-V1), el de informe de visita (SDS-PSS-FT-574-V1), entre otros.	X	
7.2 7.3	En el proceso se evidencia un adecuado procedimiento de planeación de las competencias requeridas en el personal, de verificación previa a la vinculación, en términos de educación, formación y experiencia; asimismo, se realizan actividades permanentes de capacitación interna, con evaluaciones previas y posteriores. También se verifica que el personal al servicio se comprometa con las nivelaciones y cualificaciones referidas, y con la aplicación de los instrumentos de validación y seguimiento	X	
7.4	Se utilizan medios institucionales para la comunicación, así como a través de reuniones, comités y reportes	X	
7.5	Se guarda control sobre la producción, tratamiento y publicación de la información relacionada con la oferta de servicios de salud, las necesidades de la población de acuerdo con los diagnósticos, con mecanismos de seguridad institucionales y en las páginas y medios oficiales	X	
8.1	El proceso cuenta con los instrumentos de planificación y control articulados: POA, Plan de acción del proyecto, cronogramas de actividades individuales, hay responsables por meta, informe de gestión semanal en el que se registra la proyección de la semana siguiente, entre otros.	X	
8.2 8.3 8.5	Se tienen definidos los procedimientos y requisitos legales de todas las salidas y servicios, se realizan ejercicios de nivelación del personal al servicio para estandarizar la producción, entre otras	X	
8.7	De acuerdo con la metodología institucional, se lleva el control del servicio no conforme; se encontró que sus resultados no han sido de alto impacto y no repetitivos, tampoco han generado quejas o reclamos por insatisfacción de clientes	X	

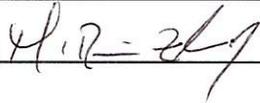
NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN (Describir los aspectos que son objeto de mejora y/o No conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
9.1	El proceso tiene implementados mecanismos apropiados de seguimiento, medición, análisis y evaluación, integrados a sus mecanismos e instrumentos de planificación. Producen un informe semanal de gestión, un Informe integrado de gestión (desarrollo propio que incluye la revisión del salidas no conformes) y alimenta el informe del POA, de seguimiento a la inversión y los demás requeridos por las instancias de control.	X	
9.2	La entidad realiza el ejercicio de auditoría interna desde la Oficina de Control Interno, de acuerdo con los estándares y lineamientos de la Norma internacional, para la cual previamente se definieron alcances, criterios, instrumentos y formatos, etc	X	
9.3	El proceso participa del ejercicio de revisión por la Dirección, hay algunos apartes que corresponden a la globalidad de la Entidad, y otros que particulariza a la Dirección evaluada. Hacen parte de la misma la matriz de seguimiento del servicio no conforme; los informes de satisfacción (para el caso de la Red de Sangre se remite por correo la encuesta de satisfacción al visitado, por parte de la referente de calidad, para garantizar la independencia), (para el caso de las actividades de capacitación se tiene encuesta prediseñada que se adjunta al informe). La consolidación se realiza 2 veces por año.	X	
10.1	En el proceso se tienen definidas las actividades evaluativas para la detección de alteraciones frente a la satisfacción del cliente y la producción de salidas no conformes, aunque no se hayan materializado	X	
10.2	Aunque de los ejercicios de quejas y reclamos no surgieron oportunidades de mejora, de la revisión por la Dirección también se había identificado la necesidad de mejorar en recursos e infraestructura, así como en espacios para el desarrollo de actividades con agentes externos	X	
10.3	De acuerdo con la metodología institucional, al aplicar la calificación, se obtuvo en el ejercicio autoevaluativo una calificación por encima del 74%, por tanto no fue requerido el planteamiento de acciones de mejora, aunque se evidenció el registro de una observación en uno de los ejercicios de satisfacción del cliente relacionada con la competencia de una persona del servicio, lo cual generó las adecuaciones del caso y suscripción de compromisos mediante acta	X	

OPORTUNIDADES

(Acciones tomadas que conduce a: adopción de nuevas prácticas, utilización a nuevas tecnologías y/o otras posibilidades deseables y viables para abordar las necesidades de la Organización o las de sus clientes). ISO 9001:2015

7.1.2. Frente a la competencia de habilitación de redes de atención de las EAPB, representa un riesgo potencial la posibilidad de presentarse simultaneidad en la demanda, quedando insuficiente el personal para su respuesta; más aun, si está condicionado por los resultados del estudio de cargas laborales que dará soporte a una eventual reorganización institucional

7.1.4. También en las competencias del Hacer, se tienen potenciales riesgos relacionados con las aspectos físicos de las condiciones del ambiente de trabajo y la sensación de calor; los cuales sumados al estrés, congestión y ansiedad que se puede generar con ocasión de lo expresado en el Numeral 7.1.2, podrían debilitar la calidad de los productos y/o servicios

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN (Describir los aspectos que son objeto de mejora y/o No conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
CONCLUSIONES (Describir los aspectos positivos y el alcance relevante de las no conformidades).			
<p>Respecto de los diferentes compromisos del proceso frente a los requisitos de la NTC ISO 9001:2015, se observa en general mística, vocación y un desarrollo satisfactorio, especialmente porque han hecho especial énfasis en la articulación y adopción de diferentes instrumentos de planificación y programación; ello permite generar un camino más claro frente a la operación y en consecuencia respecto al seguimiento, evaluación, control y mejora continua. Presentan instrumentos tanto de orden institucional, como de desarrollos propios de gran utilidad, que podrían gestionar su adopción institucional.</p> <p>En términos generales en el proceso, más que claros incumplimientos normativos, se observan algunas situaciones o circunstancias en la ejecución misma de sus actividades, que podrían representar eventuales riesgos para el cumplimiento de alguno de sus productos y/o servicios.</p> <p>En el recuadro anterior, se destacan las oportunidades de mejoramiento que el equipo evaluador consideró necesario fortalecer frente a potenciales riesgos.</p> <p>De igual manera, se debe revisar la metodología de presentación y análisis de informes de percepción del cliente, toda vez que el proceso los presenta de manera separada por servicio, pero con igual portada, no permitiendo esta última tener claridad sobre el universo</p>			
SIGLAS:	D.C.: Distrito Capital MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social	DOFA: debilidades, oportunidades, fortalezas, amenazas	EAPB: Empresas administradores de planes de beneficios EPS: empresa promotora de salud POA: Plan Operativo Anual SIG: Sistema Integrado de Gestión
Revisado gestor de calidad OCI: 			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:		FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:	
Gabriel Castilla Castillo			
NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:		FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:	
Olga Lucía Vargas Cobos			

