
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME AUDITORÍA SIG CÓDIGO: SDS-ESC-FT-012 V.4</p>	<p>Elaborado por: Rocío Zabala Revisado por: Olga Lucía Vargas Cobos. Aprobado por: Olga Lucía Vargas Cobos</p>	
<p>Proceso y/o Subsistema: Provisión de servicios de salud</p>			
<p>Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: Carlos Julio Pinto Iza</p>			
<p>Auditor Líder: Gabriel Castilla Castillo</p>			
<p>Auditor (es):</p>			
<p>Fecha de Ejecución Auditoría: marzo de 2019</p>			
<p>ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA</p>			
<p>OBJETIVO: Verificar el mantenimiento y Mejora Continua en el proceso Provisión de Servicios de Salud, en cumplimiento de la norma ISO-9001:2015</p>			
<p>ALCANCE: Desde: La verificación documental de las funciones, su cumplimiento en el proceso y definición de niveles esperados de gestión (planeación)</p>			
<p>Hasta: La verificación de evidencias del seguimiento, la evaluación, el control y la mejora en el proceso auditado.</p>			
<p>Periodo a evaluar: Desde abril 2018 a marzo 2019</p>			
<p>CRITERIOS: Cumplimiento de la Norma NTC-ISO 9001:2015</p>			
<p>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</p>			
<p>METODOLOGÍA UTILIZADA: La auditoría se desarrolló mediante la verificación del cumplimiento mediante visitas de campo, revisión documental y de aplicativos tecnológicos</p>			
<p>NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015</p>	<p>DESCRIPCIÓN (Describir los aspectos que son objeto de mejora y/o No conformidad en orden descendente).</p>	<p>CONFORME</p>	<p>NO CONFORME</p>
<p>4.1 Comprensión de la organización y su contexto</p>	<p>Las competencias asignadas a la Dirección, se encuentran bien definidas en el artículo 25 del Decreto Distrital 507-2013; no obstante, en revisión permanente a la normatividad, planes y políticas del orden nacional y territorial, realizada por el proceso, han identificado la necesidad realizar ajustes al citado Decreto; evidenciándose una solicitud con ello relacionada, mediante memorando 2017IE9248; sin embargo, en lo relacionado con la implementación del MIAS y la política PAIS, la habilitación de red de prestadores de las EAPB, programa de modernización de redes, fueron asumidas tan pronto se dio su expedición.</p>	<p>X</p>	
<p>4.2 Comprensión expectativas de interesados</p>	<p>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.); se recogen de la normatividad, encuestas de satisfacción; en la caracterización de cada ruta integral de atención que incluye necesidades y procesos</p>	<p>X</p>	
<p>4.3 Alcance sistema de gestión de calidad</p>	<p>Se evidencia en la página web de la Entidad, en el módulo de transparencia. 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</p>	<p>X</p>	
<p>4.4.1 Sistema de gestión de calidad y sus procesos</p>	<p>En el aplicativo Isolucion puede evidenciarse la documentación de sus procesos y procedimientos. Adicionalmente, 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</p>	<p>X</p>	

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
Liderazgo y compromiso 5.1.1 5.1.2	Se evidenció un claro compromiso de la Dirección en el desarrollo del sistema de gestión de calidad en varios aspectos: En la participación en dos espacios creados por Resolución, el Equipo de representantes interdependencias en el que se analiza la información de caracterización de oferta y demanda para orientar los lineamientos del modelo de atención y de prestación de servicios de Salud, y el Equipo Territorial.	X	
Política de calidad 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 Comité de Dirección, así como en los ejercicios de inducción y entrenamiento en el puesto de trabajo a todo el personal al servicio, lo cual se realiza en la 1ra semana. Para el caso de temas específicos se realizan actualizaciones a los grupos de profesionales	X	
Roles, responsabilidades y autoridades 5.3	Se tienen varias instancias para la definición de roles: Comité de la Subsecretaría con participación del Director, periodicidad quincenal. Equipos de trabajo por temas (modelo de atención, redes, rutas, sangre, trasplantes), cada uno con un profesional líder de planta para garantizar su continuidad, con reuniones semanales en su mayoría o dependiendo de los compromisos	X	
Acciones para abordar riesgos y oportunidades 6.1.1 6.1.2	Con base en las metas se identifican los riesgos y sus causas. Se realizó un Comité específico para ello, incluyendo los de gestión y de corrupción; hoy está en ajuste el mapa. 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	X	
Objetivos de calidad y su planificación 6.2	Los objetivos del sistema de gestión de calidad son institucionales, compartidos para todos los procesos. Trimestralmente se revisa su cumplimiento de acuerdo con metodología definida para tal fin. Hay claridad frente a los mismos, sus alcances, recursos requeridos, instrumentos de planificación y medición	X	
Planificación de los cambios 6.3	El sistema de gestión implementa planes operativos de acción anualizados, los cuales son revisados con periodicidad trimestral, haciendo posible su modificación y ajuste, de acuerdo al comportamiento de variables claves	X	
Apoyo-recursos-generalidades 7.1.1	El proceso dispone de recursos autorizados a través del presupuesto de gastos de funcionamiento y de inversión, estos últimos, con cargo al proyecto 1187 (Gestión compartida del riesgo y fortalecimiento de la EPS capital salud). Para la presente vigencia dispuso: \$3,039 millones para recurso humano \$5,098 millones para dotación \$120,000 para subsidiar operación de la EPS.	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
Personas 7.1.2	<p>Se mantiene la persona para la implementación del SIG, también dos referentes (técnico y financiero) para el sistema de planificación y gestión; Se tienen apropiados los recursos para la operación del proceso, es decir 43 personas (de 40 que se han tenido siempre); no obstante, se pueden tener dificultades frente al personal requerido en al menos uno de sus alcances (modelo y rutas de atención). Para dar mayor suficiencia en el concepto de talento humano, se trasladará algo de dotación a recurso humano.</p> <p>Se continúa en espera del proyecto de reorganización institucional que aún no se concreta, para el cual, se establecieron las cargas laborales que permiten dimensionar con claridad tal necesidad.</p>	X	
Infraestructura 7.1.3	<p>Se tiene programado el soporte para la operación del proceso: El transporte y demás servicios administrativos y logísticos a cargo de la Dirección Administrativa.</p> <p>Se cuenta con equipo de cómputo para cada persona Sistemas de información (de capacidad instalada, de trasplantes, de sangre, software financiero institucional)</p>	X	
Ambiente para la operación 7.1.4	<p>Nuevamente se percibe un ambiente social tranquilo, estable, trato digno y respetuoso, adecuada resolución de conflictos, se permite el aporte profesional y la cualificación.</p> <p>Respecto de aspectos psicológicos, aunque hay ambiente de colaboración y ayuda mutua; la elevada congestión de actividades y simultaneidad de compromisos en algunas personas mientras se logra la concreción de la reorganización institucional podría generar agotamiento y estrés.</p> <p>El proceso solicitó a la Dirección competente, evaluación de puestos de trabajo para hacerle frente a lo que esté relacionado con condiciones medioambientales y similares, sin respuesta a la fecha</p> <p>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.</p>	X	
Recursos de seguimiento y medición 7.1.5	<p>Se mantienen 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.</p>	X	
7.2 Competencia 7.3 Toma de conciencia	<p>En el proceso se evidencia un adecuado procedimiento de planeación de las competencias requeridas en el personal, para el caso de personal de planta, la adopción se realiza por manual de funciones y requisitos; mientras que para el personal vinculado por contrato de prestación de servicios, se definen términos previos a la contratación; se realiza la 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.</p> <p>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</p>	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
Comunicación 7.4	Se utilizan medios institucionales para la comunicación, así como a través de reuniones, comités y reportes El Comité de Dirección se realiza con periodicidad mensual; allí se desarrollan evaluaciones sobre los temas de gestión, hacen uso de la aplicación "Quiz", para estandarizar el ejercicio	X	
Información documentada 7.5	La información que produce el proceso cumple con los requisitos de aprobación y cargue en el aplicativo Isolucion definido institucionalmente para este fin, previamente firmado en físico. En la carpeta "O" se publican las evidencias de la información documentada. Con ello se evidencia el 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	X	
Operación 8.1 8.2 8.3 8.5	El cumplimiento de requisitos se valida de diferentes maneras, entre ellas: el manejo del servicio no conforme, encuestas de satisfacción de usuarios semestral a todos los servicios, especialmente en auditoría y asistencia técnica, aplicación de adherencia a guías. Maneja desarrollo sistematizado propio, cronograma, en el que se automatizó y estandarizaron estos dos servicios. Además, 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	
Control de salidas no conformes 8.7	Se identifica el servicio no conforme con dos alcances: Mediante cruce de las ejecuciones con la planeación y programación trimestral; si el resultado es representativo y de alto impacto de acuerdo con la metodología institucional se formula plan de mejoramiento. Se elabora matriz en excel con la identificación del servicio no conforme no justificado.	X	
Seguimiento, medición, análisis y evaluación 9.1	La consolidación de resultados de satisfacción se produce de manera semestral, clasificado por servicio (tema) y período. 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	
Satisfacción del cliente 9.1.2	Por lineamiento institucional, se tiene definido un nivel mínimo satisfactorio de satisfacción del 85%, medido por el proceso. Adicionalmente, 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	
Análisis y evaluación 9.1.3	La encuesta de satisfacción de usuarios se realiza por medios electrónicos, garantizando la independencia y espontaneidad. Sus resultados se consolidan en el informe semestral	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
Revisión por la dirección 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. A nivel de la Subsecretaría se realiza la revisión del agregado de sus Direcciones. En lo relacionado con la ejecución de recursos, se evalúa la ejecución el plan anual de adquisiciones frente a lo programado, se produce mensualmente, con referente financiero, Dirección y Subsecretaría	X	
Mejora continua 10.3	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. De presentarse la necesidad, se incorporan en el aplicativo Isolucion. Las acciones que ha generado el proceso, ha surgido como resultado de los ejercicios de revisión por la Dirección	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

Numeral 7.1.4. (AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESOS) A pesar de los requerimientos de la Dirección a la dependencia competente, en las actividades del Hacer, aun se tienen potenciales riesgos relacionados con los 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 7.1.4, podrían debilitar la calidad de los productos y/o servicios

CONCLUSIONES

(Describir los aspectos positivos y el alcance relevante de las no conformidades).

Evaluated el ciclo de gestión Planear, Hacer, Verificar, Actuar, agrupados los numerales de la norma NTC ISO 9001:20015, se encontró en términos generales desarrollos importantes en el sistema de gestión del proceso auditado.

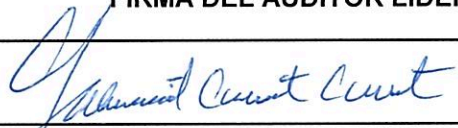
En general, se mantiene la mística, vocación y un desarrollo satisfactorio, especialmente porque han hecho especial énfasis en la articulación y adopción de diferentes instrumentos de planificación y programación; lo cual se ve en la apropiación del personal, sin perder el dinamismo a pesar del cambio de Líder; inclusive, con aportes en materia de cualificación y evaluación de competencias, liderazgo, entre otros.

Todo ello genera un horizonte fluido en 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.

Se mantienen las evaluaciones en niveles satisfactorios, en las que, más que claros incumplimientos normativos, se observan algunas situaciones o circunstancias en la ejecución de sus actividades, identificadas por el ejercicio mismo de revisión por la Dirección; así como la oportunidad señalada relacionada con el ambiente de trabajo, que podría representar eventual riesgo para el cumplimiento de alguno de sus productos y/o servicios

SIGLAS:	D.C.: Distrito Capital MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social	DOFA: debilidades, oportunidades, fortalezas, amenazas	EAPB: Empresas administradores de planes de beneficios POA: Plan Operativo Anual	EPS: empresa promotora de salud SIG: Sistema Integrado de Gestión
---------	---	--	---	--

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
Revisado gestor de calidad OCI: <u>M.P. - 2019</u>			
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:		
Gloria Mercedes López Piñeros	