
 <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.5</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos. Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
<p>Proceso y/o Subsistema: Provisión de Servicios de Salud</p>			
<p>Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: Martha Yolanda Ruiz Valdes</p>			
<p>Auditor Líder: Mónica Ulloa Maz</p>			
<p>Auditor (es): NA</p>			
<p>Fecha de Ejecución Auditoría: Septiembre 2020</p>			
<p>ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA</p>			
<p>OBJETIVO: Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, de igual manera medir la capacidad del proceso en congruencia con la entidad , asegurando que cumpla los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables en el alcance del sistema, determinando su eficacia con relación a sus objetivos y las mejoras potenciales que este debe desarrollar</p>			
<p>ALCANCE: Desde: El contexto estratégico del proceso frente a la gestión de los riesgos asociados a su naturaleza operacional, la evaluación del desempeño, recursos de seguimiento, medición y controles operativos, gestión del conocimiento, liderazgo y la información documentada. Hasta: La autoevaluación y su mejoramiento continuo.</p>			
<p>CRITERIOS: Para el desarrollo de la Auditoría se tendrá en cuenta el marco normativo, los roles, responsabilidades y autoridad del proceso, el conjunto de procedimientos, políticas, controles orientados al cumplimiento del proceso, Control del Riesgo, Objetivos y metas</p>			
<p>LIMITACIONES: Restricciones para ejercer reuniones por vía virtual por falta de conectividad</p>			
<p>METODOLOGÍA UTILIZADA: ISO 9001:2015 - ISO19004 - 2018</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 4.2 - 4.3 - 4.4.1</p>	<p>4.1 Contexto de la Organización 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, 4.3 Establecimiento del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, 4.4.1 La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar de forma continua el Sistema de Gestión de la Calidad, incluyendo los procesos necesarios y sus interacciones, en concordancia con los requisitos de esta Norma Internacional.</p> <p>El proceso analiza su contexto a través de la matriz PESTAL y ACI (Mayo 2020) con archivo aportado sobre su gestión, adicionalmente aportan gestiones importantes sobre las acciones de planeación desplegadas para el manejo de la pandemia ocasionada por el COVID 19 , sin embargo no se encontró de manera explícita en los análisis del contexto todo lo relacionado con esta importante actividad.</p> <p>De acuerdo con la normatividad vigente verificada en el normograma del proceso, las competencias definidas y que establecen los productos y/o servicios son conformes a lo estipulado a sus responsabilidades y enmarcados en la normatividad aplicable entre otras Resolución 1441 de 2013, 3202 de 2016 y 3280 de 2018. Sin embargo es necesario que el proceso nuevamente haga las gestiones para incluir las competencias de la normatividad relacionada con MIAS y RIAS.</p> <p>Con respecto al mejoramiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la calidad estará contemplado dentro del plan de desarrollo en el proyecto de inversión 7827 "Bogotá nos cuida un modelo de salud para la ciudadanía plena" , la destinación de recursos para el mejoramiento de los sistemas de información que soportan su gestión y el mejoramiento de las rutas con un enfoque diferencial, de género y participativo relacionados con todos los atributos del nuevo modelo de atención en salud.</p> <p>Se aportaron registros donde se muestra la interacción con los procesos de Urgencias Emergencias y Desastres (coord con la red de prestadores a través de los centros reg de urgencias) , Inspección Vigilancia y Control (dotación y req de habilitación) en el marco de la pandemia.</p>	<p>X</p>	

5.1.1 - 5.1.2 - 5.2.1 - 5.3	<p>5.1.1 Liderazgo y compromiso para el Sistema de Gestión de la Calidad. 5.1.2 Enfoque al cliente. 5.2.1,Establecimiento de la política de calidad 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades</p> <p>En entrevista con la líder del proceso se demuestra conocimiento y liderazgo en el SGC, evidenciado en los espacios internos (Actas de reunión) destinados para la comunicación de aspectos relevantes del SGC.</p> <p>La líder del proceso demostró el liderazgo y compromiso hacia el mejoramiento reformulando la estructura interna del proceso, los proyectos de sistemas de información (plan de desarrollo " Un nuevo contrato social y ambiental") y el manejo y planeación en el marco de la pandemia ocasionada por el COVID 19.</p> <p>En lo relacionado con el enfoque al cliente el proceso mostró la medición de la satisfacción en el tema de trasplantes (Junio de 2020) con un porcentaje de satisfacción del 98%, sin embargo no aportan medición de satisfacción en lo relacionado con las rutas de atención,asistencias técnicas en RIAS, diagnóstico de provisión de servicios de salud ó reorganizacion de la red pública. Es necesario que el proceso identifique los ciclos de medición de la satisfacción de los productos y servicios prestados en el proceso.</p> <p>La líder del proceso manifiesta que en la revisión por la dirección realizada el fue aprobada la política de calidad.</p> <p>Se realizó un muestreo de 15 colaboradores que corresponde al 19% del total en el proceso, de los cuales a 2 no les fue posible su asistencia. En la entrevista 13 colaboradores demostraron conocer sus roles y responsabilidades con respecto al SGC institucional , tanto en el personal de planta como contrato. Dichos roles y responsabilidades se han comunicado en diferentes espacios , para la planta en la concertación de sus objetivos y los contratistas desplegados en el conocimiento y desarrollo de sus actividades contractuales.</p>	X	
6.1- 6.1.1-6.1.2	<p>6.1 Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades 6.1.1 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad 6.1.2 La organización debe planificar Las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades</p> <p>El proceso identifica de manera clara su contexto y los riesgos relacionados con el SGC , la planeación inicia en la identificación del contexto de los riesgos por medio del análisis de factores, en el cual se revisan factores internos y externos frente a las debilidades y amenazas registradas en las matrices PESTAL Y ACI . También se evidencia la gestión del riesgo por medio de las Autoevaluaciones de riesgos y controles con una periodicidad semestral, lo que permite establecer medidas con relación a la mitigación y gestión del riesgos, lo que promueve la mejora del proceso. Sin embargo es necesario revisar la congruencia entre el analisis del contexto y toda la planeación relacionada con el COVID 19.</p> <p>Se observa gestión en el aplicativo ISOLución de las acciones para abordar riesgos con sus respectivos seguimientos a los planes de mejoramiento.</p> <p>Verificado en el aplicativo ISOLución, se observa mapa de riesgos relacionado con al proceso de Provisión de Servivios de Salud , que permite identificar los potenciales eventos del proceso clasificados como riesgos.</p>	X	
6.1.3	<p>6.1.3 Planificación de los cambios.</p> <p>En verificación de los cambios relacionados en la planificación y su sistema de gestión en Provisión de Servicios de Salud , se demuestra que realizaron actualizaciones semestrales demostradas en la Autoevaluación de Riesgos y Controles (eliminación del riesgo de corrupción relacionado con la donación de órganos), el cual se justificó con la competencias que son responsabilidad del Instituto Nacional de Salud para el control en la donación de órganos, adicionalmente demostraron la definición y ejecución de los controles que mitigan la ocurrencia de sus riesgos. Es necesario que el proceso revise su gestión del riesgo de una forma más permanente y no solo por la programación propuesta por el proceso de Planeación Institucional y Calidad.</p>	X	

7.1.2 - 7.1.3 - 7.1.4 - 7.2 - 7.4 - 7.5	<p>7.1.2 Recurso Humano. 7.1.3 Infraestructura requiere que se identifique, proporcione y mantenga la infraestructura necesaria para que los procesos operen con eficiencia. 7.1.4 Ambiente de Trabajo ambiente para el buen funcionamiento de los procesos, ya que una empresa requiere que se determinen, proporcionen y mantengan un gran ambiente para la operación de los procesos. 7.1.5 Medición para demostrar que los productos y servicios cumplen con todos los requisitos. 7.2 Competencia. 7.4 Comunicación. 7.5 Información Documentada.</p> <p>Se definen de manera planificada(anual) los recursos (Humano, tecnológico y físico) para desarrollar las actividades prestadas por el proceso de Provisión de Servicios de Salud, evidenciado en el plan anual de adquisiciones para la contratación del recurso humano y los recursos físicos y tecnológicos a través de los proyectos de inversión. El proceso de Provisión de Servicios de Salud cuenta con la infraestructura e instalaciones físicas para el desarrollo de su gestión, es necesario anotar que en la auditoría de la vigencia 2019, fue identificada una acción para abordar el riesgo (# 498) la cual en este momento a pesar de la gestión realizada se encuentra abierta, ya que es competencia del Proceso de Bienes y Servicios.</p> <p>Importante anotar que en el momento de la inspección realizada en la dirección no se encuentran las mismas condiciones ambientales generadas por la sensación de calor y número de colaboradores en el área, dado que por la pandemia varios colaboradores se encuentran en teletrabajo, sin embargo es importante que el proceso responsable haga las gestiones pertinentes de adecuaciones.</p> <p>Se garantiza el cumplimiento del requisito de información documentada en términos de estandarización, control de cambios, almacenamiento, distribución y acceso reflejados en el aplicativo Isolucion. Los cambios y mejoramiento de la información documentada se encuentran planificados de manera anual demostrado en la matrices de gestión documental de las cuales se realiza medición trimestral contenida en el Plan Operativo de Gestión y desempeño.</p>	X	
7.3	<p>7.3 Toma de conciencia.</p> <p>El proceso viene adelantando cambios en la ejecución de manera paulatina de acuerdo a la dinámica del proceso, sin embargo se debe incluir a todos los colaboradores en la cultura de la gestión de la calidad, enfatizar el que el proceso de mejora continua pertenece a todo los colaboradores y capacitar al personal en el uso del sistema de gestión de la calidad.</p>	X	
8.1	<p>8.1 Planificación y control operacional. 8.2 Requisitos para productos y servicios. 8.7 Control de las salidas no conformes.</p> <p>En la verificación y gestión de los servicios ofrecidos por el proceso, se evidencia que el proceso cuenta con el SEGPLAN y POGD 2020, los cuales reflejan la planeación estratégica del proceso; con respecto a los servicios ofrecidos y relacionados con rutas de atención, modelo de atención; adicionalmente cuentan con la matriz de partes interesadas actualizada en Abril de ésta vigencia, que incluye los criterios para la aceptación de los productos y servicios en los temas relacionados con la auditoría.</p> <p>El proceso aportó lo relacionado con la planificación operativa con relación específica a los productos ofrecidos objeto de éste seguimiento: las rutas de atención, el seguimiento a las asistencias técnicas entre otros.</p> <p>Para la evaluación del producto no conforme, aportaron la matriz donde se evaluaron asistencias técnicas y Diagnóstico del componente de Provisión de Servicios de Salud para el análisis de situación de salud de la ciudad, acorde a la metodología de análisis de demanda y oferta de servicios de salud, donde no se presentaron productos no conformes.</p>	X	
9.1 -9.1.2 -	<p>9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación. 9.1.2 Satisfacción del cliente</p> <p>Se realizan las validaciones y registros de los contenidos y especificaciones de los resultados de satisfacción de los servicios ofrecidos al cliente del proceso.</p> <p>Se tienen definidos estándares, contenidos y/o niveles esperados de satisfacción sobre los servicios ofrecidos.</p> <p>Se deben mejorar los mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados de la operación o prestación de los servicios, en cuanto a cumplimiento de lo planeado, uso adecuado de recursos e impacto de la gestión.</p>	X	

10.2 - 10.3	<p>. 10.2 No conformidad y Acción correctiva. 10.3 Mejora continua. En la acción para abordar el riesgo numero 498 (relacionada con ambiente de trabajo) se evidencia que se encuentra abierta pero las actividades son competencia de la Subdirección de bienes y Servicios , el proceso ha demostrado su gestión pero no se ha dado cumplimiento a lo establecido dentro del plan de mejoramiento, por parte de la mencionada subdirección</p>	X	
-------------	---	---	--

ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS

(Es una parte integral para la administración del riesgo. Es un proceso iterativo de mejora continua con el fin de: 2 a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos; b) aumentar los efectos deseables; c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora. ISO 9001:2015

*Se realizó un muestreo de 15 colaboradores que corresponde al 19% del total de los colaboradores del proceso, de los cuales a 2 no les fue posible su asistencia. En la entrevista 13 colaboradores la mitad (50%) demostraron desconocimiento y entendimiento sobre la política de calidad , a pesar de haberse comunicado en diferentes espacios internos (entrenamientos y capacitaciones); por lo tanto es necesario que el proceso realice acciones de sensibilización, capacitación y comunicación sobre el tema.

CONCLUSIONES

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

De manera general los términos revisados frente al sistema de gestión de Calidad, el proceso presenta alto grado de conformidad la norma ISO 9001:2015.

- Es necesario que el proceso implemente los nuevos sistemas de medición e información para demostrar de manera más evidente y articulada los avances con respecto a la implementación de las rutas de atención y el modelo de atención en salud para el Distrito Capital.

-Dado que las funciones del proceso relacionadas las rutas de atención y el modelo de atención en salud no están especificadas en el Manual de Funciones de la Secretaría Distrital de Salud, es necesario realizar nuevamente la gestión con Talento Humano para que sea incluido dentro de las funciones y competencias del proceso.

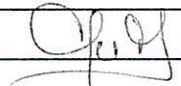
-Se evidencia que en la información aportada por el proceso la gestión operativa determinada para la gestión oportuna con la declaratoria de emergencia sanitaria y ambiental (COVID 19); realizó las acciones de aprovisionamiento de recursos humanos, presupuestales, tecnológicos para la atención del mismo; es importante que este sea descrito en los instrumentos de análisis del contexto (PESTAL- ACI) con el fin de dar trazabilidad de la información en el marco del ciclo PHVA.

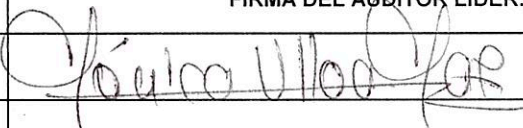
-Es importante mejorar la cultura de la calidad dentro del proceso, los funcionarios deben acoger y adoptar las políticas institucionales que permitan ampliar manejo adecuado de los instrumentos que se disponen dentro del sistema.

-El proceso durante el periodo de la auditoría , demostró organización y oportunidad en la entrega de las evidencias y un alto compromiso de la líder para la entrega de la información que refleja la gestión de las actividades para el cumplimiento de sus objetivos.

-Es importante resaltar que la gestión de los recursos asignados, frente a la ejecución del proceso y como afrontó de manera eficaz los cambios generados por situaciones externas (manejo de la pandemia) y fueron adaptados de manera oportuna dentro del proceso.

*Se concluye que el proceso a pesar de realizar la medición de la satisfacción de sus clientes debería abordar como oportunidad de mejora el establecimiento de la periodicidad de la satisfacción de sus clientes y usuarios.

Revisado gestor de calidad OCI: 

NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:	FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:
MONICA ULLOA MAZ	
NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:	FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:
OLGA LUCIA VARGAS COBOS	