



OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL
INFORME AUDITORÍA SIG
CÓDIGO: SDS-ESC-FT-012 V.5

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



Proceso y/o Subsistema: Provisión servicios de Salud
Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: Ricardo Duran Arango
Auditor Líder: Luz Myriam Arias M.
Auditor (es): José Gregorio Bueno Hernández
Fecha de Ejecución Auditoría: Septiembre - octubre 2021

ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA

OBJETIVO: Determinar la conformidad de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con lo establecido en la norma ISO 9001:2015, en el proceso de Gestión Planeación Institucional y Calidad, de la Secretaría Distrital de Salud.

ALCANCE: desde la verificación documental y el cumplimiento de la norma ISO 9001:2015 en el proceso de Provisión de Servicios en Salud en cuanto a la planificación general, la administración del proceso de gestión de calidad, la determinación del contexto estratégico, los riesgos y controles que tienen asociados, los métodos, recursos y la ejecución de planes.

CRITERIOS: Norma internacional ISO: 9001:2015

LIMITACIONES: No se identificaron en el trascurso de la auditoría

METODOLOGÍA UTILIZADA: Muestreo representativo de los documentos del proceso y registros, entrevistas.

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
<p>4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN 4.1. Comprensión de la Organización y su contexto 4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.</p>	<p>4,1 El proceso de Provisión Servicios en Salud determinó las cuestiones internas y externas mediante el documento SDS-PSS-CAR-001 - O:\Subsecretaria Corporativa\Dirección de Planeación Institucional y Calidad\Información\2021\EGPD 2021\TRMESTRE I\ANALISIS DE CONTEXTO\IPSS Caracterización del proceso- las cuales son pertinentes para lograr los objetivos del proceso previstos en el sistema de calidad; El proceso realizó la actualización (revisión) de la caracterización del mismo con fecha 31 de agosto de 2021, cumpliendo así con este numeral. En cuanto al contexto externo el proceso determinó factores ambientales, económicos, legales, políticos, sociales y tecnológicos que pueden afectar la operación del mismo. Mediante la Matriz de Impacto Cruzado Dofa http://sdsolucion.saludcapital.gov.co/IsolucionCalidad/Administracion/frmFrameSet.aspx?Ruta=Li4vRnJhbWVTZXRBCnRpY3Vsby5hc3A/UGFnaW5hPUJhbmNvQ29ub2NpbWllbnRvNFNEUy80LzQxNzNjYTJIZTYzMTRiYTM4NzZjM2U0NzNlYjZlZmFzcCZJREFSVEIDVUxPPTQ3NjY3 en la que estableció las estrategias ofensivas y defensivas del proceso, determinando 31 fortalezas con sus debidas estrategias (FO) y (FA) y 27 debilidades también con sus estrategias defensivas y ofensivas (DO) y (DA), estrategias (DF) y Estrategias (AO). cumpliendo con este numeral de acuerdo con la norma.</p>	X	
<p>5. LIDERAZGO Y COMPROMISO 5,1 Liderazgo y compromiso 5.1.2 Enfoque al cliente</p>	<p>5.1.1 Liderazgo y compromiso para el Sistema de Gestión de la Calidad: mediante la caracterización del proceso identificado con el :SDS-PSS-CAR-001 -, actualizado el 31 de agosto de 2021 versión 7, se evidencia que dentro del proceso de Provisión Servicios en Salud cada uno de los roles están definidos y encaminados a prestar un buen servicio a los clientes internos y externos. Evidencia: :sdsolucion.saludcapital.gov.co/IsolucionCalidad/Administracion/frmFrameSet.aspx?Ruta=Li4vRnJhbWVTZXRBCnRpY3Vsby5hc3A/UGFnaW5hPUJhbmNvQ29ub2NpbWllbnRvNFNEUy80LzQxNzNjYTJIZTYzMTRiYTM4NzZjM2U0NzNlYjZlZmFzcCZJREFSVEIDVUxPPTQ3NjY3</p>	X	

5.1 Liderazgo y Compromiso	<p>En la verificación de las actividades de liderazgo y compromiso, se evidenció un seguimiento realizado en la vigencia 2020 en el mes de noviembre, la cual se fundamentó en actividades propias de la operación del proceso de Provisión de Servicios en Salud, en donde se tocan los temas de Contratistas, horarios de trabajo y se emiten instrucciones particulares en los temas de Análisis de Oferta y Demanda, Política de Prestación de servicios, Rías, redes, Donación de órganos y tejidos con fines de trasplantes, red de sangre, cumplimiento de metas, indicadores entre otros, esto relacionado como las gestiones que se deben adelantar desde la Dirección del proceso.</p>	X	
5.3 Roles, Responsabilidades y Autoridades 5.1.2 Enfoque al cliente	<p>5.3 Los roles de cada uno de los funcionarios están definidos en el manual de funciones Decreto 507 de noviembre 6 de 2013 en el cual se detalla cada uno de los cargos y funciones asignadas a los mismos, y para los contratistas las responsabilidades están definidas en los contratos, evidenciándose así que, están encaminadas a prestar un servicio con enfoque a los clientes tanto internos como externos. Conforme a lo establecido en la matriz de partes interesadas Evidencias O:\Subsecretaria Corporativa\Dirección de Planeación Institucional y Calidad\Información\2021\EGPD 2021\TRMESTRE I\PARTES INTERESADAS, se realiza de acuerdo a las funciones del proceso, la identificación de sus clientes, productos y/o servicios y los requisitos a cumplir por el proceso con cada una de las partes interesadas.</p>	X	
6.PLANIFICACION 6.1.ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	<p>6.1.2. Se realizó la revisión del mapa de riesgos de la vigencia 2021 http://sdsisolucion.saludcapital.gov.co/IsolucionCalidad/Administracion/frmFrameSet.aspx?Ruta=Li4vRnJhbWVTZXRBCnRpY3Vsby5hc3A/UGFnaW5hPUJhbmNvQ29ub2NpbWllbnRvNFNEUy80LzQxNzNjYTJIZTYzMTRIYTM4NzZjM2U0NzNIYjZhNjNjLzQxNzNjYTJIZTYzMTRIYTM4NzZjM2U0NzNIYjZhNjNjLmFzcCZJREFSVEIDVUxPPTQ3NjY3 encontrándose que se identificaron cinco (5) riesgos asociados al proceso de los cuales tres (3) se calificaron en zona de riesgos moderado; es pertinente realizar acciones para reducir los efectos no deseados dentro del proceso. La evaluación de la eficacia del riesgo se realizó mediante el INFORME AUTOEVALUACIÓN DE RIESGOS Y CONTROLES PROCESO-CORRUPCIÓNSECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD la cual se realizó en mayo de 2021, cumpliendo así con el numeral de la norma ISO 9001:2015. O:\Subsecretaria Corporativa\Dirección de Planeación Institucional y Calidad\Información\2021\EGPD 2021\TRMESTRE I\RIESGOS\INFORME AUTOEVALUACION\PSS</p>	X	
7.3 TOMA DE CONCIENCIA	<p>Se realizaron entrevistas al personal del proceso, referente a los conocimientos básicos del sistema de Gestión de la Calidad, se evidencian que, el personal desconoce parte de los temas relacionados con el funcionamiento del SGC dentro del proceso, temas como lo son (política, objetivos de calidad, gestión del riesgo, definiciones sobre el SGC, mejoramiento continuo, entre otros), incumpliendo el numeral 7.3 Toma de Conciencia, literal c, su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de mejoramiento del desempeño.</p>		X
7.5.1 INFORMACION DOCUMENTADA	<p>7.5.1. b) Revisado el aplicativo de gestión documental (http://sdsisolucion.saludcapital.gov.co/IsolucionCalidad/Documentacion/frmListadoMaestroDocumentos.aspx), se evidenció que el proceso tiene publicada la información referente al proceso de Provisión servicios de Salud, se evidenció el acta de revisión técnica de los documentos que requerían las modificaciones pertinentes a la gestión de los documentos, así mismo se revisó el POGD en la meta N° 3 Actividad A1. "Gestionar la Documentación del Sistema de Gestión de la SDS. Subactividades de la S1 "Actualizar la gestión documental del proceso".</p>	X	

8.OPERACIÓN 8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL 8.2.1	En la verificación realizada sobre la gestión de los servicios ofrecidos por el proceso, se evidencia que el proceso de Previsión de Servicios de Salud cuenta con instrumentos como el POGD y el SEGPLAN, los cuales contiene la planeación, implementación y control del proceso con respecto a los servicios ofrecidos que tiene que ver el modelo de atención y rutas de atención.	X	
8 OPERACIÓN 8,1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL 8,5 Producción y Provisión del Servicio	Revisado el procedimiento <u>AUDITORÍA EXTERNA A LOS ACTORES DE LA RED Y SU AREA DE INFLUENCIA DE LA COORDINACION REGIONAL No.1 -RED DE DONACIÓN Y TRASPLANTES - SDS-PSS-PR-006</u> , se verificaron el cumplimiento del cronograma de auditorias planeadas para la vigencia 2020 y 2021, las cuales fueron ejecutadas en su totalidad, de igual manera se evidenció, la auditoria realizada a la CLINICA LA SABANA, en donde se comprobó, Certificado de comunicación electrónica Email certificado, la mesa de AUDITORIA DE SEGUIMIENTO A LOS SERVICIOS DE TRASPLANTE DE LA INSTITUCIÓN CLINICA LA SABANA S.A, en donde fue revisados los ítems de: A. INSCRIPCION COMO IPS TRASPLANTADORA B. GUIAS, PROTOCOLOS Y LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE TRASPLANTES C. SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN D. COMITÉ INSTITUCIONAL DE TRASPLANTES F. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA H. HISTORIA CLINICA Y REGISTROS I. AUDITORIA J. SEGURIDAD DEL PACIENTE Finalmente se evidencio un informe final con las acciones correctivas para aplicar, con su respectivo seguimiento.	X	
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO 9.1.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación	En la verificación monitoreo y seguimiento al cumplimiento de las metas y actividades definidas en el Proyecto de Inversión 7904 "Implementación y Fortalecimiento de la Red Distrital de Servicios de Salud", la Dirección de Provisión de Servicios para cada vigencia definió un plan de acción por grupo funcional. Este plan es reportado con corte al 20 de cada mes por el líder del grupo a las referentes de planeación y calidad con el fin de verificar y hacer seguimiento mensual al cumplimiento de lo planeado y la ejecución de los recursos. La información reportada alimenta el instrumento de Seguimiento de la Secretaria Distrital de Salud – Segplan, el cual es avalado por el Director y reportado al Gerente del Proyecto para su consolidación. Así mismo, desde la Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento periódicamente se presentan los avances físicos y financieros de proyecto de inversión y desde Dirección de Planeación Sectorial y se evidenciaron reuniones de monitoreo semanales.	X	
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO 9.1.3. Análisis y evaluación	En revisión al ejercicio de percepción del cliente, realizada en las vigencias 2020 y 2021, se evidencia que es aplicada solo a Asistencias técnicas, sin tener en cuenta los 11 productos generados por el proceso de PSS, incumpléndose el numeral 9.1.3 Análisis y evaluación, literal a) la conformidad de los productos y servicios;		X
10 MEJORA 10,1. b.	Revisado el aplicativo ISOLUCION, se evidencia que el proceso realiza y gestiona las acciones de manera oportuna y contribuyen al mejoramiento del SGC.	X	
Oportunidades de Mejora 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			

En la verificación de las funciones de las actividades de liderazgo del proceso, se evidencia que, los temas revisados en la sesión denominada "Comité líderes funcionales – Dirección Provisión de Servicios" del 26 de noviembre del 2020, no tuvo seguimiento posterior a la fecha de realización; esto teniendo en cuenta que, durante la ejecución de la reunión, por parte de la dirección, se emitieron varias instrucciones y acciones a implementar de las diferentes áreas funcionales del proceso, cuestión que omite los principios de planeación, seguimiento y verificación de acciones puede impactar negativamente al proceso.

Revisado el aplicativo de gestión documental (<http://sdsisolucion.saludcapital.gov.co/IsolucionCalidad/Documentacion/frmListadoMaestroDocumentos.aspx>, se evidenció que el proceso tiene publicada la información referente al proceso de Provisión servicios de Salud, sin embargo existe la SDS-PSS-GUI-015 GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ADAPTACIÓN CANGURO, la cual se encuentra sin actualización desde el año 2016, lo que podría generar desviaciones en la gestión operativa del proceso.

CONCLUSIONES

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

El proceso cuenta con un SGC estable, de acuerdo a su operatividad, de igual manera se sugiere realizar su proceso de evaluación conforme a los resultados obtenidos en la vigencia inmediatamente anterior, esto dado que los resultados sobre sus productos son de conformidad pero se evalúa solo uno de los servicios prestados por esta Dirección.

Es importante generar estrategias que permitan mejorar la cultura de calidad a los funcionarios ya que es parte vital de su funcionamiento; el personal debe interiorizar que el SGC es parte de sus funciones diarias y no debe concentrarse en el gestor de Provisión de Servicios en Salud.

Los procedimientos revisados se cumplen de manera oportuna, se gestionan de acuerdo a lo descrito en los documentos relacionados para su operatividad, los registros son de buena calidad y dan soporte de su gestión.

Se destaca que el proceso cumple con los reportes y gestión operativa de lo plasmado en el POGD, dando resultados previstos y cumplimiento de las actividades de seguimiento, medición y control.

El proceso cuenta con un alto cumplimiento de los estándares de la calidad, esto resultado de la elaboración y gestión de los lineamientos institucionales.

Revisado gestor de calidad OCI: MONICA ULLOA MAZ

NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:	FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:
LUZ MYRIAM ARIAS M	
NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:	FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:
OLGA LUCIA VARGAS COBOS	