

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD



BOGOTÁ, AGOSTO DE 2017

REVISADO POR:
EMIRO JOSÉ GARCÍA PALENCIA
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

AUDITOR (ES):
LÍDER: DIONISIO DONCELL



OFICINA DE CONTROL INTERNO


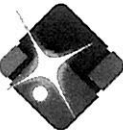
**INFORME FINAL DE AUDITORÍA SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE RIESGOS
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

	Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia	OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD
---	---	--	--

10. OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	7
9. NO CONFORMIDADES.....	7
8. ASPECTOS POSITIVOS.....	7
7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.....	5
6. METODOLOGÍA UTILIZADA.....	5
5. MARCO LEGAL.....	4
4. CRITERIOS DE AUDITORIA.....	3
3. ALCANCE DE LA AUDITORIA.....	3
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORIA.....	3
1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORIA.....	3

INDICE

	Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia	OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5	
---	---	--	---

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	---	--	---

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORIA.

Teniendo en cuenta el Programa Anual de Auditoría para la vigencia 2017, la Oficina de Control Interno programó y realizó la evaluación a la Subdirección de Gestión de Riesgos y Desastres, con el fin de determinar el cumplimiento de lo propuesto en el mapa de riesgos institucional para las vigencias 2016 y primer semestre del 2017.

Mapa de riesgos 2016 y Mapa de riesgos 2017

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORIA.

Corroborar en campo todos los riesgos que el proceso planteó en el siguiente Mapa de riesgos con base en el siguiente orden:

- ✓ Verificar la aplicación de los controles y su efectividad de acuerdo a lo establecido en el mapa de riesgos del proceso.
- ✓ Verificar el cumplimiento de los Planes de Gestión del Riesgo (Planes de Emergencia) y de Respuesta (Planes de Contingencia) en el componente de salud frente a una situación de emergencia y/o desastre.
- ✓ Evaluar la preparación del sector salud para dar respuesta a situaciones de emergencias y desastres a través de simulacros y simulaciones.
- ✓ Verificar el cumplimiento de los planes de atención médica y primeros auxilios de alta y mediana complejidad frente al plan documental del evento de aglomeraciones aprobado y los que puedan estar relacionados con la subdirección de Gestión de Riesgos Emergencias y Desastres.

3. ALCANCE DE LA AUDITORIA.


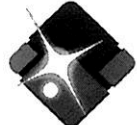
La Auditoría realizó pruebas selectivas de cumplimiento de la Subdirección con la aplicación de listas de verificación de acuerdo con lo establecido en el mapa de riesgos y los procedimientos entre otros; el espacio de tiempo estipulado para el desarrollo de la misma se instauró desde el 01/01/2017 al término de la fecha de realización de la auditoría, de igual manera, se podrá profundizar y avanzar fuera del término, tanto anterior como posterior al alcance determinado a criterio del auditor.

4. CRITERIOS DE AUDITORIA.

La Subdirección de Gestión de Riesgos, Emergencias y Desastres será el proceso previsto para la realización de la auditoría, ello implica como fundamento las normas establecidas que las regulan entre las que se mencionan:

➤ Constitución Política de Colombia de 1991.

➤ Ley 1474 de 2011, Fortalecer los Mecanismos de Prevención de la Corrupción.

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	---	--	---

➤ Resolución 1348 de 2014, Manual de Contratación de la Secretaría Distrital de Salud.

➤ Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno.

➤ Ley 190 de 1995, por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la administración pública.

➤ Resolución 902 de 2011, por la cual se establece la Política de Administración de Riesgos en la Secretaría Distrital de Salud.

➤ Resolución 2173 de 2014, por la cual se modifican los roles y responsabilidades de la Política de Administración de Riesgos.

5. MARCO LEGAL.

La auditoría está enmarcada dentro de las siguientes normas que regulan el proceso de Gestión de Riesgos Emergencias y Desastres de la Secretaría Distrital de Salud.

- Decreto 192 de 2011: "Por el cual se reglamenta el Acuerdo 424 de 2009, que creó el Sistema Único de Gestión para el registro, evaluación y autorización de actividades de aglomeración de público en el Distrito Capital, y se dictan otras disposiciones."
- Acuerdo 16 de 1991, por el cual se establece el Sistema Distrital de Atención de Urgencias.
- Acuerdo 232 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Integrado de Seguridad y Emergencias NUSE 123 del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones";
- Acuerdo 424 de 2009, Por el cual se crea el Sistema Único de Gestión para el registro, evaluación y autorización de actividades de aglomeración de público en el Distrito Capital"
- Acuerdo 546 de 2013, "Por el cual se transforma el Sistema Distrital de Prevención y Atención de Emergencias SDPAE, en el Sistema Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático SDGRCC, se actualizan sus instancias, se crea el Fondo Distrital para la Gestión de Riesgo y Cambio Climático "FONDIGER" y se dictan otras disposiciones";
- Decreto 3888 de 2007; Por el cual se adopta el Plan Nacional de Emergencia y Contingencia para Eventos de Afluencia Masiva de Público y se conforma la Comisión Nacional Asesora de Programas Masivos y se dictan otras disposiciones.
- Mapa de riesgos institucional 2017.
- Demás normas que apliquen al proceso para el cumplimiento de su misión.
- Mapa de riesgos institucional 2016 y 2017.

La metodología que se ha utilizado para el cumplimiento de la auditoría, está basada en el mapa de riesgos institucional de las vigencias 2016 y 2017 del proceso antes mencionado, en cual consistió en verificar en campo lo siguiente:



- Mapa de riesgos vigencia 2016 y primer semestre de 2017.
- No contar con los recursos pre hospitalarios suficientes o adecuadamente preparados para la respuesta a situaciones de emergencias.
- Evaluar la preparación del sector salud para dar respuesta a situaciones de emergencias y desastres a través de simulacros y simulaciones (Semestral).
- Verificar el cumplimiento de los planes de atención médica y primeros auxilios de alta y mediana complejidad frente al plan documental del evento de aglomeraciones aprobado. (Semestral).
- Verificar el cumplimiento de los Planes de Gestión del Riesgo (Planes de Emergencia) y de Respuesta (Planes de Contingencia) en el componente de salud frente a la respuesta a una situación de emergencia y/o desastre. (Semestral).
- Seguimiento al número de personas inscritas, que asisten y que aprueban los procesos de evaluación teórica - práctica dentro de los programas de Fortalecimiento de las competencias del personal de la DUES y del Programa de APH. (Mensual).
- Seguimiento al tiempo de operatividad de los vehículos de emergencias en tiempo real para garantizar su disponibilidad (Diaría).
- Evaluar los Planes Hospitalarios de Emergencias con respecto a la guía de planes hospitalarios. (Semestral), este último tiene competencias sobre:

- ❖ Enviar concepto técnico con los resultados de la revisión documental del Plan Hospitalario de Emergencias, donde se consigna la aprobación o no aprobación del PHE.
- ❖ Realizar seguimiento y verificación de campo a los Plan Hospitalario de Emergencias a las IPS públicas y/o privados. SDS-UED-INS-005 Instructivo de Emergencias y Desastres.
- ❖ Retroalimentar a las IPS en informe ejecutivo del resultado de la visita de campo y solicitud de planes de mejora.
- ❖ Analizar el cumplimiento de los PHE en el Distrito Capital y retroalimentar a la Dirección el estado de la gestión del riesgo hospitalario y formular planes de mejoramiento.

7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.

Teniendo en cuenta la metodología que fue empleada para la realización de la auditoría, se tuvo en cuenta el mapa de riesgos institucional ubicado en la página utilidades y elaborado por la Subdirección de Gestión de Riesgos en Emergencias y Desastres con el acompañamiento de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, (Se tomó como base el último mapa de riesgos de la entidad para las vigencias 2016-2017), en el cual se conciben los siguientes.

6. METODOLOGÍA UTILIZADA.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	---	--	---

Cuadro 1. Riesgos contemplados en la vigencia 2016

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional

No contar con los recursos prehospitalarios suficientes o adecuadamente preparados para la respuesta a situaciones de emergencias.
No contar con personal de la DUES y del Programa de APH capacitados y entrenados para atender una situación de Urgencia, Emergencia o eventual desastre.
No prestar el servicio de Atención Prehospitalaria.
No ubicar al pacientes crítico y maternas en el nivel de atención adecuado de acuerdo a su complejidad de manera oportuna.

Cuadro 2. Riesgos contemplados en la vigencia 2017

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional

No contar con los recursos prehospitalarios suficientes o adecuadamente preparados para la respuesta a situaciones de emergencias.
No contar con personal de la DUES y del Programa de APH capacitados y entrenados para atender una situación de Urgencia, Emergencia o eventual desastre.
No prestar el servicio de Atención Prehospitalaria.
No ubicar al pacientes críticos y maternas en el nivel de atención adecuado de acuerdo a su complejidad de manera oportuna.

Como se puede apreciar en los cuadros anteriores, los riesgos de una vigencia a otra no han presentado modificación alguna.

De otra parte, en el desarrollo de la auditoría se tuvo en cuenta dos listas de verificación sobre los controles del riesgo descritos en el mapa 2016.

ITEM	ASPECTOS A VERIFICAR	HERRAMIENTAS DE AUDITORIA	SI CUMPLE	NO
1	No contar con los recursos prehospitalarios suficientes o adecuadamente preparados para la respuesta a situaciones de emergencias.		Cumplimiento	
2	Evaluar la preparación del sector salud para dar respuesta a situaciones de emergencias y desastres a través de simulacros y simulaciones. (Semestral)		Cumplimiento	
3	Verificar el cumplimiento de los planes de atención médica y primeros auxilios de alta y mediana complejidad frente al plan documental del evento de aglomeraciones aprobado. (Semestral)		Cumplimiento	
4	Verificar el cumplimiento de los planes de atención médica y primeros auxilios de alta y mediana complejidad frente al plan documental del evento de aglomeraciones aprobado. (Semestral)		Cumplimiento	
5	Verificar el cumplimiento de los planes de atención médica y primeros auxilios de alta y mediana complejidad frente al plan documental del evento de aglomeraciones aprobado. (Semestral)		Cumplimiento	

Cuadro 3. Controles previstos por el proceso vigencia 2016

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional

8

10.4 La Resolución 2173 de 2014, que modifica parcialmente la Resolución 902 de 2012, en su artículo 1 menciona "Adoptar las medidas necesarias para el cumplimiento de la gerencia del riesgo" e "Implementar acciones gerenciales para el seguimiento de los riesgos estratégicos y de corrupción" que incluye el Literal b) que dice: "Realizar la revisión y seguimiento anual del mapa de riesgos y controles que le fueren asignados por la naturaleza del proceso"; en ese orden de ideas se recomienda que la revisión, formulación y seguimiento a los riesgos existentes y nuevos se efectúen

10.3 Se recomienda a la Subdirección revisar la redacción de los riesgos y la periodicidad de los controles implementados.

10.2 Se recomienda adelantar las gestiones pertinentes en pro de la no materialización del riesgo inherente que puede suscitarse debido a la falta de talento humano al no poder satisfacer la demanda, en cuanto a oportunidad y cobertura, en el cumplimiento de las metas y actividades propuestas por la Subdirección.

10.1 Revisado y evaluado el mapa de riesgos del proceso, no se evidencia que la Subdirección haya establecido riesgos específicos a la gestión, ellos han sido descritos de manera general, no obstante lo anterior y debido al gran compromiso que tiene para con la ciudadanía como es el caso de desastres, aglomeraciones, simulacros y simulaciones, se recomienda efectuar análisis de los riesgos en los cuales se especifique de forma concreta la mitigación y materialización de los mismos.

Una vez efectuada la auditoría surgieron las siguientes recomendaciones:

10. OPORTUNIDADES DE MEJORA.

Revisados los soportes entregados por la Subdirección que dan cuenta del cumplimiento de lo descrito en el mapa de riesgos de las vigenias antes mencionadas, no se evidenció la materialización de ellos traducido en la no existencia de hallazgos.

9. NO CONFORMIDADES.

Se debe destacar la buena disposición tanto de las Subdirectorías como de los funcionarios para la entrega de la información y la atención de la auditoría.



8. ASPECTOS POSITIVOS.

En este caso, el anterior cuadro muestra el único control que tiene la subdirección frente al riesgo propuesto.

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional

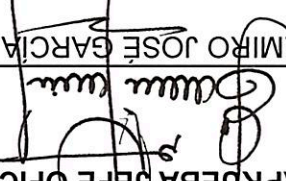
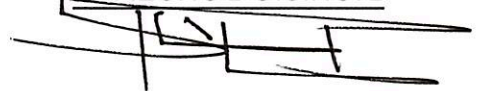
ITEM	ASPECTOS A VERIFICAR	HERRAMIENTAS DE AUDITORIA	CUMPLE
1	No contar con personal de la DUES y del Programa de APH capacitados y entrenados para atender una situación de Urgencia, Emergencia o eventual desastre. (Diaria)	Cumplimiento	SI NO


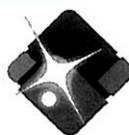
Cuadro 4. Controles previstos por el proceso vigencia 2017

	Elaborado por: Ingrid Ivonne Revisado por: Emiro José García Ochoa T. Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia	OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD
---	--	--	---

cada trimestre y no anualmente, con el propósito que se pueda incorporar los nuevos riesgos no previstos en los mapas de los procesos, de tal forma que se permita la modificación y ajuste para que ellos no se materialicen, lo anterior debido a la forma como se encuentra descrito anteriormente, que contradice el adoptar medidas necesarias para el cumplimiento de la gerencia del riesgo. (El mapa de riesgos debe ser dinámico en el tiempo).

NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) Y FIRMA (S) DE AUDITOR (ES).


 EMIRO JOSÉ GARCÍA PALENCIA
 APRUEBA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO,

 DIONISIO DONCELL

 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5	Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia	
--	--	--	---