

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD



BOGOTÁ, MAYO 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 CALIDAD Y
SEGURIDAD DE SERVICIOS DE SALUD**

	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 AUDITORÍA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD
---	---	--	--

10. OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	8
9. NO CONFORMIDADES.....	8
8. ASPECTOS POSITIVOS.....	7
7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.....	6
6. METODOLOGÍA UTILIZADA.....	5
5. MARCO LEGAL.....	4
4. CRITERIOS DE AUDITORÍA.....	3
3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	3
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA.....	3
1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA.....	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	 <small>SECRETARÍA DE SALUD ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</small>
---	---	---	---

 <p>SECRETARÍA DE SALUD ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</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.

De acuerdo con lo establecido en el Programa Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno se ha establecido evaluar a la Subdirección de Calidad y Seguridad de Servicios de Salud, con el fin de determinar el cumplimiento de lo propuesto en el mapa de riesgos institucional para la vigencia 2016 y 2017, entre los que se cuenta:

Mapa de riesgos 2016 y Mapa de riesgos 2017

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORIA.

Corroborar en campo todos y cada uno de los controles existentes en el mapa de riesgos del proceso de Calidad y Seguridad de Servicios de Salud entre otros.

3. ALCANCE DE LA AUDITORIA.

La Auditoría pretende realizar pruebas selectivas de cumplimiento de la Subdirección, con listas de verificación teniendo en cuenta lo establecido en el mapa de riesgos y los procedimientos entre otros, de igual manera, verificar una muestra selectiva de contratos en el evento de ser requeridos, el espacio de tiempo para el desarrollo de la misma se enmarca desde el 01/01/2016 y al término de la fecha de realización de la auditoría, de igual manera, se podrá profundizar y avanzar fuera del término establecido con carácter retrospectivo a criterio del auditor.

4. CRITERIOS DE AUDITORIA.

La Subdirección y sus procedimientos han sido incluidos 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.

La auditoría está enmarcada dentro de las siguientes normas que regulan el proceso de Calidad de Servicios de Salud para la Secretaría Distrital de Salud.

Ley 1164 de 2007, "Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud Calidad de Servicios de Salud Ministerio de Salud".

Decreto 1011 de 2006, "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".

Resolución 4816 de 2008, "Por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecnovigilancia".

Decreto 4725 de 2005 por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.



Resolución 2003 de 2014, "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud".



Resolución 256 de 2016, "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud".

Mapa de riesgos institucional 2016 y 2017.

5. MARCO LEGAL.

- 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.
- Mapa de riesgos institucional 2016 y 2017.

 <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>	
--	---	--	---

 <p>SECRETARÍA DE SALUD ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</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>	
--	---	--	---

6. METODOLOGÍA UTILIZADA.

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 Calidad de Servicios y Seguridad de Servicios de Salud, consistió en verificar en campo lo siguiente:

Mapa de riesgos vigencia 2016.

Desactualización de los asesores en la normatividad vigente que aplica al SGC y SSS, riesgo que a su vez está integrado por la

- a) Realización seguimiento y análisis mensual a la normatividad nueva que afecte el SGCSSS.
- b) Verificación de las competencias y conocimientos del personal a contratar previo a la contratación.
- c) Realizar actualización de todos los documentos que se alteren con el cambio de la normatividad vigente.

No identificar Eventos Adversos Graves en las bases de reportes de tecnología, Farmacovigilancia y Seguridad de Paciente.

- a) Realizar seguimiento mensual del análisis y priorización de eventos adversos de las bases de datos de seguimiento.
- b) Verificación de las competencias y conocimientos del personal a contratar previo a la contratación.
- c) Contar con el personal necesario e idóneo para la realización de las actividades de análisis y seguimiento de incidentes.

No contar con el personal suficiente para la realización y cumplimiento de las metas definidas para el periodo que incluye:

- a) Verificar que la asignación de los recursos a los proyectos correspondan a las necesidades reales planeadas.
- b) Entregar oportunamente y completa la documentación solicitada por la Subdirección de contratación para la realización de las contrataciones de personal.
- c) Realizar seguimiento permanente a los procesos de contratación que garanticen la oportunidad de la realización de los mismos.

No realizar ni cumplir con las asesorías y asistencias técnicas con calidad a los prestadores priorizados, ello implica.



- a) Realizar encuestas de Satisfacción periódicas a los prestadores con relación a la calidad de las asesorías y asistencias técnicas realizadas.
- b) Realizar reunión mensual de seguimiento al cumplimiento de los planes de acción establecidos.
- c) Verificación de las competencias y conocimientos del personal a contratar previa a la contratación.
- d) Contar con el personal necesario e idóneo para la realización de las actividades de asistencia técnica.

Mapa de riesgos vigencia 2017.

Brindar Capacitación y prestar asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud del Distrito capital, públicos y privados.



Que contiene el riesgo, Insuficiencia de talento humano para desarrollar las asistencias técnicas.

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 CSSS 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 desarrollo de la auditoría se tomo una lista de verificación la cual fue descrita anteriormente y que contiene los riesgos narrados en los mapas.

Es así que el riesgo "Desactualización de los asesores en la normatividad vigente que aplica al SGC SSS" se mencionó realizar seguimiento y análisis mensual a la normatividad nueva que afecte el sistema, la cual se basó en las Resoluciones 2003 de 2014, 1043 de 2006, 1441 de 2013 y la Resolución 256 de 2016, así mismo el proceso realizó presentaciones sobre la actualización de las normas y se realizaron capacitaciones a los asesores en la actualización de las diferentes normas, ello incluyó la Circular 0016 de 2017 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social; de otra parte, se mencionaba que se realizaría seguimiento y análisis mensual a la normatividad nueva, actividad que no se cumplió dentro de los periodos establecidos (mensual) ellas se realizaron de forma trimestral. No se evidenció un sistema de análisis como fue descrito en el riesgo, pero sí se observa una actualización de seguimiento.

 <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>	
--	---	--	---



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

8. ASPECTOS POSITIVOS.

Se realizó revisión de contratos suscritos en el año 2015 de personas naturales que apuntan al logro de los objetivos de la Subdirección en los cuales se verificó los objetos contractuales como es el caso del contrato 1575 de 2015.

De otra parte es necesario mencionar que para el año 2016 se contaba con 4 riesgos que se tradujeron para el año 2017 en uno solo denominado "Brindar capacitación y prestar asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud del Distrito Capital públicos y privados". De otra parte se verificó la existencia de un plan de adquisiciones en contratación de profesionales que no se tuvo encuenta para esta vigencia y se dará cumplimiento de las acciones con los funcionarios existentes, los cuales en la actualidad no pasan de 4 (como lo mencionó la Subdirección).



Fuente: Calidad de Servicios de Salud

HOSPITALIZADO	EDAD	SEXO	FECHA DE REACCIÓN	CONDICIONES CLÍNICAS	REACCIÓN	PROLONGACIÓN HOSPITALIZADA	PROLONGACIÓN DE LA REACCIÓN	ESTADO RIESGO	PRODIGO LA MUERTE	FECHA DE MUERTE	CAUSAS	DESPACHADO	SOPESCHOS	MEDICAMENTO	CANTIDAD	UNIDAD
52714368 F	47	Paciente al cual	01-de-14	Paciente al cual en recuperación	SI	17-de-14	Paciente fallece	Ruizozon + AS								
4179799 F	58	Tumor maligno	16-de-15	Paciente fallece en recuperación	SI	18-de-15	Paciente resabió	Oronideston 15 mg								
5385 M	0	Cráneo seco	11-mar-15	Paciente con en recuperación	SI	16-mar-15	Paciente fallece	Pericetam 45 mg								

Imagen 1: Trazabilidad de muertes por Farmacovigilancia

Para el caso del riesgo "No identificar eventos adversos graves en las bases de reportes de farmacovigilancia, farmacovigilancia y seguridad del paciente" es preciso mencionar que las acciones de Farmacovigilancia se realizaban en la Subdirección de Calidad de Servicios de Salud, pero posteriormente pasó a ser parte de Salud Pública, mientras las acciones pertenecieron a Vigilancia y Control se contaba con una base de datos que no se siguió alimentando, como tampoco fue retomada por Salud Pública según la afirmación del profesional, no se evidenció que existiera interrelación entre las dos, se evidenció la ocurrencia de una posible materialización del riesgo con casos verificados de muertes por fármacos como se aprecia en el siguiente cuadro.

<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 Revisado por: Emiro José García Aprobado por: Emiro José García</p> <p>Palencia Palencia</p>	<p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>
---	--	--

 <p>SECRETARÍA DE SALUD ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</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> 
--	---	--

9. NO CONFORMIDADES.

Revisados los soportes que dan cuenta del no cumplimiento de lo descrito en el mapa de riesgos de las vigencias antes mencionadas, no se evidenció el incumplimiento de los mismos, ello se traduce en la no existencia de hallazgos.

10. OPORTUNIDADES DE MEJORA.

Es necesario que se adelanten las gestiones pertinentes en pro de la no materialización del riesgo inherente que puede sucitarse 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 en el proyecto de inversión de la Subdirección, para el desarrollo de las asistencias técnicas a los prestadores de servicios de salud de la ciudad.

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

DIONISIO DONCELL

APRUEBA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO,

EMIRO JOSÉ GARCÍA PALENCIA