



ALCALDÍA 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.6

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



INFORME FINAL AUDITORÍA DE GESTIÓN DE RIESGOS
PROCESO: CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
Subdirección de Calidad y Seguridad de Servicios de Salud

OFICINA DE CONTROL INTERNO

AUDITOR LÍDER
Dr. MÓNICA MARCELA ULLOA MAZ

REVISADO POR:

Dra. OLGA LUCÍA VARGAS COBOS
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

BOGOTÁ, D.C., NOVIEMBRE DE 2018

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD



INDICE

LISTA DE TABLAS	3
LISTA DE FIGURAS	3
SIGLAS	3
1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA	4
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA	4
3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA	4
4. CRITERIOS DE AUDITORÍA	4
5. MARCO LEGAL	5
6. METODOLOGÍA UTILIZADA	6
7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS	8
8. ASPECTOS POSITIVOS	16
9. NO CONFORMIDADES	16
10. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS	16
11. CONCLUSIONES	17

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Calificación del riesgo identificado en el proceso

Tabla 2 Asistencias técnicas Grupales 2016/2018

Tabla 3 asistencias Técnicas Individuales 2016/2018

LISTA DE FIGURAS



Figura 1. Acta de aprobación de cargas de trabajo

Figura 2. Seguimiento a la contratación del Talento Humano de Calidad de Servicios de Salud.

Figura 3. Mapa de riesgos del proceso Calidad de Servicios de Salud.

SIGLAS

CSS	Calidad de Servicios de Salud
PNMCS	Plan Nacional de Mejoramiento a la Calidad de Servicios de Salud
ETS	Entidad Territorial de Salud
FFDS	Fondo Financiero Distrital de Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
PAA	Plan Anual de Adquisiciones
POA	Plan operativo anual
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
SDS	Secretaría Distrital de Salud

 <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.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	--	---

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA.

Realizar la verificación de la Gestión de Riesgo en el Proceso Calidad de Servicios de Salud, que es competencia de la Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud; realizando pruebas selectivas de cumplimiento, de conformidad con el marco normativo específico y los principios de la función administrativa

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA.

- Evaluar el proceso de administración del riesgo del proceso, en las etapas de identificación, análisis, valoración; el cumplimiento de la política de gestión del riesgo, verificando mediante la aplicación de listas de chequeo, que el proceso en examen se desarrolle una adecuada administración de los riesgos relacionado con su gestión.
- Realizar seguimiento y evaluación a las actividades de control, acordadas para la consecución de los objetivos y metas estratégicas. Verificar la aplicación de controles establecidos para los riesgos formulados, enfatizando en los riesgos claves y/o de evaluación alta, los no identificados, etc., así como pronunciarse sobre la pertinencia y efectividad de los controles. Revisar evaluaciones y reportes anteriores sobre la gestión del riesgo y estado de controles.
- Promover el mejoramiento de la gestión a través de la identificación de oportunidades de mejora ó hallazgos que aporten a la dinamización de la gestión orientada a resultados en el proceso auditado.

3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

Evaluar la administración del riesgo en el proceso auditado, para lo cual se podrán abordar las responsabilidades asignadas a la entidad territorial y a la subdirección como tal, así como hacer énfasis en riesgos claves u otros posibles riesgos de tipo transversal que se pudieran identificar y recomendar sean objeto de análisis y gestión.

Desde: la responsabilidad que cómo proceso debe desarrollar en cuanto a sus funciones, procedimientos, riesgos y controles.

Hasta: el desarrollo e interacción con los demás procesos y la función administrativa que debe desempeñar de acuerdo al marco normativo y las competencias asignadas.

Período a evaluar: Para la vigencia, se auditará y evaluará la gestión del riesgo en el proceso de Gestión de Calidad de Servicios de Salud durante el periodo octubre 2017 a septiembre 2018, con la posibilidad de requerir y analizar información por fuera de este rango, por necesidades estrictas de la auditoría.

4. CRITERIOS DE AUDITORÍA.

Para el desarrollo de la auditoría se tendrá en cuenta el marco normativo, los principios de la función administrativa, el conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencias orientados al cumplimiento de la misión institucional y al objetivo del proceso, de las metas institucionales y la adecuada gestión de los recursos.

 <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.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	--	---



Pruebas para aplicar:

De acuerdo con lo propuesto en la auditoría, se realizarán pruebas de verificación, así como la aplicación de listas de verificación de cumplimiento, que evidencien la gestión de riesgos en el proceso y la revisión de resultados de auditorías anteriores y/o de entes externos. De otra parte, se efectuarán visitas de campo y entrevistas para recopilar la información requerida y necesaria a fin de dar buen término a la auditoría en desarrollo.

5. MARCO LEGAL.

En términos generales, las competencias normativas a evaluar y que enmarcan el desarrollo de la auditoría se encuentran contenidas fundamentalmente en:

- Constitución Nacional, (Arts.116, 209 y 269), Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.”
- Ley 489 de 1998 “Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública.”
- Decreto 2145 de 1999 “Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones”.
- Directiva Presidencial 09 de 1999 “Lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción.”
- Decreto 1537 de 2001 “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado.”
- Ley 734 de 2002, Código Único Disciplinario
- Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.” Artículo 73. “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.
- Decreto Nacional 019 de 2012 “Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración Pública.”
- Decreto 507 de 2013 “Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.”
- Decreto 943 de 2014 “Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).”
- Decreto 648 de 2017, “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”.

 <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.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	--	---

- Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.”
- Resolución 312 de 2018, SDS, Política de administración de riesgos
- Lineamiento Gestión de Riesgos SDS, Código: SDS-PYC-LN-12
- Plan de Auditoria, Código: SDS-ESC-FT-004
- Informe de Auditoría, Código: SDS-ESC-FT-003
- Lineamiento para la Ejecución de Auditorias Integrales, Código: SDS-ESC-LN-002
- Lineamiento para Auditorías de Gestión con Énfasis en Riesgos, Código: SDS-ESC-LN-003
- Mapa de Riesgos Proceso Calidad de Servicios de Salud.
- Manual de procesos y procedimientos



6. METODOLOGÍA UTILIZADA.

La auditoría se efectúa como evaluación independiente, mediante pruebas de cumplimiento; corresponde a un proceso programado de tipo interno que incorpora los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno; mediante la aplicación del método PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) con la siguiente secuencia:

Planear¹:

- ✓ Revisión normativa y documental del proceso: analizar la normatividad relativa al tema, leyes, decretos, resoluciones, estatutos, reglamentos, etc.
- ✓ Consulta con el equipo de trabajo de control interno sobre auditorías anteriores: Principales hallazgos o resultados de las auditorías anteriores (Incluye agentes internos y externos como Contraloría, Auditorías, Interventoras, etc.).
- ✓ Elaboración del plan de auditoría
- ✓ Definición de objetivo, alcance, cronograma de la auditoría los cuales se entregaron previamente mediante memorando con RAD 2018IE 26452 Fecha 3 de octubre de 2018.
- ✓ Conocimiento de la estructura interna y principales funciones de la unidad o proceso auditado.
- ✓ Principales productos y/o servicios que se desarrollan en el proceso.
- ✓ Áreas involucradas o que se interrelacionan en el proceso.
- ✓ Eventos de riesgos materializados; Identificación y valoración de riesgos y controles clave del proceso o unidad con base en el conocimiento y estructura los mismos y verificar, de los riesgos establecidos, cuál ó cuáles se encuentran

¹ Guía Rol de las Unidades de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces. DAFP. 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.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
---	---	--	--

incluidos en la matriz de riesgos. Revisar las medidas o controles internos, la consistencia o debilidades de ellas y evaluar su utilidad y conveniencia.

Revisar los controles asociados a riesgos establecidos por la entidad en cuanto a su diseño (¿Quién lo hace?, periodicidad, ¿qué se hace?, ¿cómo lo hace?, en caso de observar excepciones qué pasa?, y la evidencia), e identificar si existen debilidades en el diseño del control. Validar tanto el diseño como la ejecución y la documentación del control.

- ✓ Preparar la auditoría de campo, papeles de trabajo. Se elaboran papeles de trabajo como es la lista de verificación avalada por el Jefe de la Oficina de Control Interno.

Hacer:

- ✓ Realizar la auditoría de campo.
- ✓ Recolección y verificación de la información.
- ✓ Identificación de posibles brechas de control y oportunidades de mejoramiento.

Verificar:

- ✓ Socialización a los grupos de trabajo los hallazgos y su consideración.
- ✓ Entrega de Informe preliminar de auditoría
- ✓ Reunión de Cierre (Discusión y validación del informe con el líder del proceso o unidad y definición de planes de mejoramiento estructurales para su abordaje)
- ✓ Entrega de informe final (en el informe final de auditoría, las conclusiones del trabajo deben responder clara y completamente a los objetivos de auditoría planteados y estar sustentadas en las observaciones registradas)
- ✓ Solicitud de planes de mejora de las no conformidades u oportunidades de mejora detectadas

Actuar:

- ✓ Actividades Complementarias.
- ✓ Asesoría para la formulación del plan de mejora con las acciones correctivas para las No conformidades u Oportunidades de mejora que llegaren a resultar de la evaluación.
- ✓ Aportar al consolidado de la Oficina de Control Interno, de evaluación de la gestión del riesgo institucional.
- ✓ Verificar si las recomendaciones formuladas por la Oficina de Control Interno se implementaron al interior de los procesos u operaciones de las diferentes áreas responsables de ejecutarlas.
- ✓ Evaluar las mejoras o impactos positivos o la utilidad en la implementación de dichas recomendaciones e informar de los resultados al responsable del proceso.
- ✓ Revisar el Programa de auditoría interna para introducir mejoras para la vigencia siguiente.

7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.

7.1. GENERALIDADES Y ASPECTOS METODOLÓGICOS.

Inicialmente se indica que según el cronograma propuesto para la ejecución de la auditoria la reunión de apertura se desarrolló el día 8 de octubre realizada de acuerdo a lo planificado y con la presencia de la Subdirectora.

Con respecto a las visitas de campo, se practicaron 3 entrevistas al proceso con la Directora, Subdirectora y el gestor de calidad, ya que el área es demasiado reducida no se requirió del acompañamiento de otras personas responsables de la ejecución, dichas visitas se realizaron los días 10 y 11 de Octubre y una visita para aclaración de otros aspectos propios de la dirección y su articulación con la Subdirección se realizó el 16 de noviembre, las evidencias se encuentran documentadas en la carpeta que contiene los soportes de la auditoria.

La auditoría se orientó, desde las competencias normativas asignadas por el Decreto Distrital 507 de 2013 a la Subdirección de Calidad y Seguridad de Servicios de Salud, la SDS tiene definido dentro de sus procesos misionales, el de Calidad de Servicios de Salud a cargo de esta dependencia.

Se evidenció que, durante el periodo evaluado, octubre 2017 a septiembre 2018, se elaboró el mapa de riesgos del proceso, incluyendo solo un riesgo que abarcaría la gestión del proceso de la Subdirección citada.

En el mapa de riesgos formulado por la Subdirección en el periodo evaluado para la vigencia 2017-2018, se identificaron en total 1 riesgo de proceso y 1 actividad de control que es directa responsabilidad de la Subdirección y Dirección:

Tabla 1. Calificación del riesgo identificado en el proceso



Calificación	Evaluación RI	Evaluación RR	Controles
Extrema			
Alta	X	X	1
Moderada			
Baja			

Fuente: Mapa de riesgos del Proceso aplicativo ISO-lución

Dado que el proceso auditado cuenta con un solo riesgo se realiza la verificación del mismo y sus controles:

“Insuficiencia del talento humano para desarrollar las asistencias técnicas”

Es importante anotar, que el riesgo y su control tiene como responsable la Subdirección de Calidad de Servicios de salud, aunque dada su relación directa con el proceso de Gestión Contractual sería importante abordar la transversalidad en lo relacionado con la interacción de procesos y cómo impacta en la gestión las demoras en la contratación.

 <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.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
---	---	--	---

De otro lado sería importante revisar el enfoque y las características de un proceso ya que actualmente el proceso de Calidad de Servicios de Salud cuenta solo con un procedimiento SDS-CSS-PR-008, lo cual podría sugerir que se podría incluir en el proceso de Inspección Vigilancia y Control de Prestadores

7.2. ENFOQUE Y LINEAMIENTOS DEL PROCESO AUDITADO.


Para ampliar el conocimiento del proceso es importante la revisión de la caracterización del proceso de Calidad de Servicios de Salud, CÓDIGO: SDS-CSS-CAR-002 V4, en la que indica que el objetivo es “Brindar asistencia técnica grupal e individual a los usuarios y/o prestadores de servicios de salud, públicos y privados en el Distrito Capital, en temas relacionados con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad..”; y su alcance “En desarrollo de las competencias del ente territorial corresponde divulgar las disposiciones del Decreto Único reglamentario del sector salud y protección social, en lo referido a brindar asistencia los prestadores de servicios de salud para el cumplimiento de las normas relacionadas con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad..”; actividades que implican un alcance amplio con respecto al análisis de la información y el contexto de la prestación de los servicios de salud y el abordaje de riesgos para el Distrito Capital, relacionados con la misionalidad del proceso.

Se pudo observar, que la última actualización de la caracterización del proceso fue realizada el 30-07-2018 en su versión 4.

Verificando la caracterización se encontró que, para el proceso analizado, la Dirección de Calidad de Servicios de Salud, determinó que cuenta con un único producto de su gestión que es el siguiente: “Asistencia grupal e individual en temas relacionados con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad”.

En la revisión de competencias del proceso auditado, en el Decreto Distrital 507 de 2013 en su artículo 19 se encontraron especialmente las relacionadas con la asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud y a continuación se citan solo las relacionadas con el Proceso de Calidad y Seguridad de Servicios de Salud:

1. Coordinar la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de las Subdirecciones de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud y Calidad y Seguridad de Servicios de Salud que integran la Dirección de Calidad de Servicios de Salud.
2. Definir lineamientos y establecer programas tendientes a contribuir a la mejora continua de la calidad en la prestación de servicios de salud en el Distrito Capital.
3. Liderar, dirigir y orientar la gestión de la calidad de los servicios de salud, en el Distrito Capital, de acuerdo a las necesidades identificadas y lineamientos impartidos por los órganos rectores.
5. Establecer parámetros de la evaluación de la calidad de los servicios de salud en el Distrito Capital.
6. Orientar y definir la ejecución de los recursos de acuerdo a los resultados de la evaluación de la calidad de los servicios de salud en el Distrito Capital.
7. Coordinar investigaciones que contribuyan a la mejora de la calidad de los servicios de salud.

 <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.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	--	---

8. Las demás que se le asignen y que correspondan a la naturaleza de la dependencia.

Por su parte, a la Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de salud, le corresponde:

1. Implementar políticas, lineamientos, programas y proyectos, que promuevan la calidad y seguridad en la prestación de servicios de salud.
2. Brindar asistencia técnica en temas relacionados con los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y Seguridad del Paciente, a los prestadores y usuarios de servicios de salud del Distrito Capital.
3. Planear, promover, implementar y evaluar mecanismos, estrategias, instrumentos y estándares que contribuyan a la mejora de la calidad de los servicios de salud.
4. Liderar la medición, análisis y evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud, consolidar la información, definir y priorizar acciones de acuerdo a los resultados.
5. Definir y desarrollar líneas de investigación, relacionadas con la calidad en la prestación de los servicios de salud.
6. Realizar acciones destinadas a promover en los prestadores y usuarios de servicios de salud la seguridad en la atención.
7. Las demás que se le asignen y que correspondan a la naturaleza de la dependencia.

En lo que se refiere a las funciones del proceso se encuentran las siguientes evidencias que demuestran la gestión:

-En la función de fomentar y desarrollar investigaciones vinculadas a la calidad de la prestación de los servicios de salud y la seguridad de los pacientes. Se tiene definida una línea de investigación relacionada con de seguridad social y sistemas de salud con un convenio con la Universidad de la Sabana. Se aplicó encuesta de Farmaco-vigilancia, análisis de la información sobre fármaco-vigilancia.


Dado que este fue un plan de mejora de una auditoría se recomienda que continúe el desarrollo en la gestión de la acción de mejora dado que ya se cerró el plan de mejora

-Formular e implementar políticas, planes, programas y proyectos, con el fin de promover la calidad y seguridad de la prestación de servicios y la gestión de riesgos, según criterios normativos Se implementaron las herramientas relacionadas fármaco, tecno vigilancia, SIRO, Circular 012 y Circular 256. Se presentaron evidencias de acta de reunión de implementación de los formatos y un informe.

-Brindar asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud públicos y privados del Distrito Capital, en lo concerniente al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad con énfasis en seguridad del paciente. Las asistencias técnicas brindadas por el proceso se desarrollan en los siguientes temas SIRHO, infraestructura, bioseguridad, seguridad del paciente y evento adverso, tecno-vigilancia, fármaco-vigilancia, PAMEC, reactivo-vigilancia, circular 016, binomio madre hijo.

Otros temas son normas que tienen que ver con los prestadores de Servicios de Salud Resolución 2175, atención de menores de 18 años, gestantes y partos, Circular 029, población extranjera.

-La función de coordinar la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de las Subdirecciones de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud y Calidad y

 <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.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	--	---

Seguridad de Servicios de Salud que integran la Dirección de Calidad de Servicios de Salud, es una función que queda abolida con el estudio de reorganización ya que ya que la formulación de políticas es del orden nacional y en la SDS se adoptan estas políticas.

En el mapa de riesgos se abarca un riesgo muy importante para el proceso ya que este refleja lo relacionado con el objetivo del mismo, sin embargo y según las competencias delegadas a la Dirección y Subdirección es importante la revisión y ampliación de la gestión del riesgo, su análisis y la necesidad de ampliar a otros posibles eventos y la revisión y rediseño de nuevos controles ya que el control existente podría no ser suficiente para mitigar el riesgo y para el mejoramiento y control en la gestión. Para este fin, se revisaron varios temas descritos a continuación:

Organización Funcional

De acuerdo con los lineamientos impartidos por el Decreto 507-2013, el proceso auditado está a cargo de la Dirección de Calidad de Servicios de Salud, de la cual depende la Subdirección de Calidad y Seguridad de Servicios de Salud

Esta subdirección objeto de la presente auditoría, funcionalmente se organiza en un solo frente que se relaciona con las asistencias técnicas a los prestadores y que se articula de manera permanente con el Proceso de Inspección Vigilancia y Control a Prestadores de Servicios de Salud en el siguiente frente de actividad:

1. Asistencia grupal e individual en temas relacionados con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad”.

Para estos fines, según lo informado, debe contar con 14 personas según quedó registrado en el reciente estudio de cargas laborales realizado por la Dirección de Desarrollo del Talento Humano, de las cuales actualmente sólo cuenta con 3 colaboradores vinculados a la planta de la entidad y las actividades propias del proceso se suplen con contratistas y planta de la Subdirección de inspección Vigilancia y Control y adicionalmente los contratistas completaron al menos dos meses sin ser incorporados, poniendo en grave riesgo el cumplimiento de las metas establecidas, con los efectos en el desgaste del personal actual, los cuales serán objeto de desarrollo posterior. Asimismo, se nos informa de tres cargos provistos los cuales laboran para la Dirección y hacen parte de la Subdirección.

↳ Actual/ la planta en la subdirección



Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud 3.2.2

Procedimiento	Documentado	No Documentado
Anexo a Técnico a sujeción y/o prestadores de servicios de salud con Máximo Cañal	X	
Seguimiento para renovación y vigentes de los IPS en caso de control		X

NIVEL DE EMPLEO	DEPENDENCIA	PLANTA ACTUAL	RESULTADOS DE CARGA
Directivo		3	1
Asesor		0	0
Profesional		3	3
Técnico		0	0
Asistente		0	0
Total Cargas de Planta		6	4
Contratistas		4	10

Figura 2.1.4

3.2.1

NIVEL DE EMPLEO	DEPENDENCIA	PLANTA ACTUAL	RESULTADOS DE CARGA
Total Empleos Mas Contratistas		8	14

Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Procedimiento	Documentado	No Documentado
Verificación del estado actual de habilitación	X	
Implementación de medidas de seguridad	X	
Visitas de verificación planes de mantenimiento preventivo y ejecución presupuesto	X	
Inspección, revisión y seguimiento de recursos asignados a los Trabajadores de Fija Planta y Contratistas	X	
Planes de verificación de la Resolución 1476 de 2006 (en F)	X	
Visitas de apoyo		X
Unidad por queja		X
Unidad de verificación de calidad de trabajo		X
Creación de medidas aseguradoras		X
SAME - Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad		X
SE - Sistema de información para la calidad		X

Blanca - No habia
 Nayibe
 Leilan - 3 Charry
 Claudia - CM
 Cesar
 Alicia
 Vanessa
 Yuli Viviana - No habia
 Mauricio - Mauricio

*Acta de aprobación de Cargas de Trabajo

También se observa que en lo relativo a recursos para la contratación del personal, al menos en los definidos para 2018, se cuenta con ellos a la fecha del informe, pero no ha sido posible contar con un recurso humano propio y que de una u otra forma se han cumplido con las metas y programaciones de las asistencias técnicas con el recurso humano de IVC, pero que podría afectar el buen funcionamiento de este proceso en cuanto al cumplimiento de las visitas de habilitación.

Según estudio de cargas realizado son 14 personas las que se requieren para el desarrollo de las actividades de Calidad de Servicios de Salud. sin embargo, están priorizadas las actividades de visitas a prestadores del proceso de Inspección Vigilancia y Control.

SEGUIMIENTO A CONTRATACION
 AUDITORIA DE RIESGOS CONTROL INTERNO
 SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

CONTRATACION	TERMINACION CTO	Radicado	Fecha de Emisión CDP	Asignación	Substanciado	Fecha de Entrega T. II	Entrega	V. B. Estado	Atención	Caracter	Cargos	Medidas
		Relacionado		Disponible	Solicitud T. II		Disponible	Por la Entidad	Programa, Planes de Mejoramiento o Atención del Sector	Empleo a Salud Pública	Presupuesto por Salud Pública	de cumplimiento
GEORGINA MARA SUYTES BELANDIER	22/05/2018	201800130 (1440-2018)	2018/02/06	4,057/2018	201801808 201801809	15/07/2018	4,057/2018	4,057/2018	11,561/2018	11,561/2018	11,561/2018	201801808 201801809
JOSE CAYETANO BERRA	23/04/2018	201801045 (1440-2018)	2018/03/19	4,057/2018	201801808 201801809	04/07/2018	4,057/2018	4,057/2018	14,057/2018	14,057/2018	14,057/2018	201801808 201801809
CLAUDIA MARCELA BERNIZ PIZARRO	20/04/2018	201801035 (1440-2018)	2018/03/19	4,057/2018	201801808 201801809	12/07/2018	4,057/2018	4,057/2018	11,561/2018	11,561/2018	11,561/2018	201801808 201801809
DEBORAH FRIEL BLAN	19/07/2018	201801036 (1440-2018)	2018/03/19	4,057/2018	201801808 201801809	12/07/2018	4,057/2018	4,057/2018	11,561/2018	11,561/2018	11,561/2018	201801808 201801809

11 de 14 Agosto de 2018

Jonas D. Gomez S.

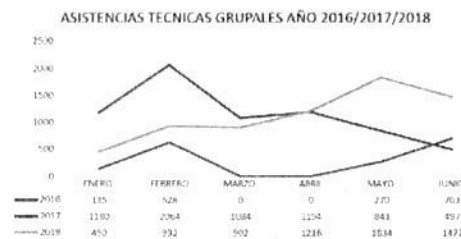
*Figura 2 Seguimiento a la contratación del recurso humano que apoya las asistencias técnicas.



Es importante revisar el comportamiento de las asistencias técnicas a los prestadores de servicios de salud, para tal efecto se tiene como fuente los informes de las vigencias 2017 y 2018. Las temáticas cubiertas en las asistencias son: Circular 016 –seguridad Binomio madre hijo, fármaco-vigilancia, infraestructura, PAMEC, SUH visitas previas, normatividad, reactivo-vigilancia, residuos, seguridad del paciente, SIC-guías de atención, tecnovigilancia, sistema único de Habilitación varios

En la Tabla 2, se puede observar el comportamiento de las asistencias técnicas grupales de las vigencias 2016/2017/2018, encontrando que tuvo un comportamiento positivo, sin embargo se reitera la prioridad de revisar la disponibilidad del recurso humano de las visitas de IVC, que podría estar afectando el cumplimiento de las metas sobre las visitas.

Tabla 2. Asistencias Técnicas Grupales 2016/2018



*Fuente informe semestral 2018 Calidad de Servicios de Salud

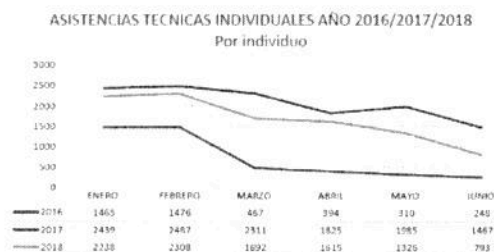
De acuerdo a los datos reportados en el informe de se observa un comportamiento positivo comparado principalmente con la vigencia 2016.

En el año 2018 con 6811 personas, 2017 con 6892 personas y el 2016 con 1736.


Se evaluó el impacto de las asistencias grupales, desde dos frentes la evaluación de conocimientos a partir del Pre-test con 62% y Pos-test con el 87% y el porcentaje de satisfacción del 91%, mostrando un comportamiento positivo.

El segundo componente del proceso figura 2, es la asistencia técnica individual, la cual se brindó en el primer semestre de 2018 para 9.972 prestadores independientes, 2017 de 12514 y 2016 de 4358.

Tabla 3. Asistencias Técnicas Individuales 2016/2018



*Fuente informe semestral 2018 Calidad de Servicios de Salud

 <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.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	--	---

Adicionalmente, pudo observarse una disminución en las asistencias entre las vigencias 2017 y 2018 lo cual podría sugerir la revisión de la capacidad de respuesta del proceso dadas las condiciones del personal disponible para la ejecución.

Recursos para la gestión de los riesgos

La normatividad marco para la ejecución del proceso se encuentra reglamentada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, descrito en el capítulo II del Decreto 780 de 2016, en el cual se contempla; es función de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud en desarrollo de su propia competencia cumplir y hacer cumplir en su respectiva jurisdicción las disposiciones establecidas en la norma referida, para tal efecto debe divulgar las disposiciones contenidas en el Decreto y brindar asistencia a los Prestadores de Salud y definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas. Artículo 2.5.1.2.3 Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS.

En este caso los recursos para la gestión del proceso se encuentran contemplados en el proyecto de inversión 7523.

En el plan de adquisiciones no está contemplada ninguna persona para Calidad de Servicios de Salud, ya que se comparten los profesionales con el proceso de Inspección Vigilancia y Control.

La auditoría no se basó en la evaluación estratégica del cumplimiento de las metas para el proceso sin embargo y dado que los indicadores de asistencia técnica podrían evidenciar la materialización del riesgo existente fué importante su análisis.

7.3. OPERACIÓN Y RESULTADOS.

Para la vigencia ²⁰¹⁶2017, la subdirección de Calidad y Seguridad de Servicios de Salud formuló en su mapa de riesgos los siguientes:

CSS-R-1 "Desactualización de los asesores con respecto a la normatividad vigente"

Fue eliminado ya que fue controlado mediante procesos de selección que de los contratistas donde se determinó que los perfiles fueran acordes con lo requerido para el proceso.

De otro lado se realizaron homologaciones de conceptos generales de la resolución 2003 para evitar que no fueran coincidentes los temas tratados en las capacitaciones con el criterio de los auditores verificadores.

CSS-R-2 "No identificar eventos adversos graves en las... en lo que se refiere a este riesgo se realizó un análisis en el que se determinó que el Decreto Reglamentario 780 de 2016, menciona que solo la entidad debe prestar la asistencia técnica razón por la cual el riesgo fue eliminado.

Con respecto al reporte de lo relacionado con tecno-vigilancia se debe reportar INVIMA y la información relacionada con fármaco-vigilancia, reactivo-vigilancia y bio-vigilancia es competencia de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, sin embargo las actividades de asistencia técnica siguen desarrollándose desde el proceso auditado lo cual sugeriría una articulación entre los dos procesos.

S. Hoy

Cabe aclarar que el proceso hace la asistencia técnica de cómo deben implementarse los programas de tecno o fármaco, pero sería importante desarrollar una interacción con la Subsecretaría de Salud Pública ya que en el momento de auditoría no existe una articulación.

Un ejemplo sobre la falta de articulación lo cual podría generar un riesgo de tipo reputacional, es que cuando: “se va el agua de una institución de salud desde Salud Pública se solicita la existencia de un tanque lo cual va más allá de lo que piden las normas aplicables, Resolución 2003 ó la 1445”, sería importante revisar la posibilidad de establecer los controles para un posible evento relacionado con la imagen institucional.

Para la vigencia 2018, la subdirección auditada cuenta con un riesgo para su gestión CSS-R1 “Insuficiencia de talento humano para desarrollar las asistencias técnicas”



*Figura 3 Mapa de riesgos del Proceso Calidad de Servicios de Salud Aplicativo ISO lución

Frente a este riesgo, se encontró un control: “Informar los avances del cumplimiento de las metas del proceso a través de los canales de comunicación con la Alta Dirección (Informes, actas, correos, memorandos, comités, entre otros). En este caso la Subdirección líder del proceso viene respondiendo por la operación del control mediante permanentes informes que permiten dar cuenta de su operación, en dichos informes de manera cuantitativa se monitorea el cumplimiento de las metas sobre asistencias técnicas, sin embargo, es importante revisar si el control cumple con las características metodológicas con las que debe contar un control.

7.4. AUTOEVALUACIÓN Y MAPAS DE RIESGOS.

Este ejercicio ya fue realizado por el proceso primer semestre de la vigencia 2018, por lo cual nos referiremos específicamente a los aspectos observados.

Es importante resaltar que la subdirección realiza actividades permanentes frente al Sistema de Gestión de Calidad, en cabeza de la Subdirectora y un profesional designado; esto permite realizar las actividades requeridas con respecto a este tema, la auto-evaluación del control realizada por el proceso obtuvo una calificación del 100% y no se reportaron nuevos riesgos

Es importante hacer énfasis en que en los ejercicios de autoevaluación vigencia 2017 arrojó una calificación del 85% y para el 2018 de 100% en ambos ejercicios semestrales se concluye que los controles fueron efectivos, arrojando una calificación aceptable del riesgo, y que no se hace necesario formular planes de mejora, pero que es importante continuar con la evaluación de los riesgos y controles definidos con el fin de garantizar que se vean reflejados todos los ellos tanto de las Subdirecciones como de la Dirección,

así como el análisis correspondiente a las nuevas causas y factores que puedan generar cambios importantes en la administración de ellos.

Esto último es importante tomarlo en consideración ya que se ha manifestado que la falta de recurso humano propio para el desarrollo del proceso podría afectar la ejecución del proceso de Inspección Vigilancia y Control.

8. ASPECTOS POSITIVOS.

Es importante destacar la buena disposición de la Directora, Subdirectora y los colaboradores para el desarrollo de las entrevistas y aceptación de la auditoría, a pesar de las actuales limitaciones de personal que presenta la Subdirección.

Se evidencia buena disposición, cultura enfocada a la medición permanente en el monitoreo de los datos reflejados en los informes de asistencias técnicas que se entregan con una periodicidad definida.

9. NO CONFORMIDADES.

De acuerdo al propósito de la auditoría realizada y con el alcance definido para la auditoría, que se relaciona con la administración del riesgo, se observó que se dió cumplimiento a los lineamientos impartidos por el Proceso de Planeación Institucional y calidad, por tal razón no se identificaron hallazgos en la auditoría, ya que en lo transcurrido de la vigencia no se han presentado eventos que pudieran sugerir la materialización del riesgo, si bien no se han generado alertas de posibles eventos si es necesario aplicar acciones que aborden otros posibles riesgos que sean transversales a la entidad y evitar la materialización definitiva de algunos riesgos.

10. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS.

- 10.1 El proceso de Gestión Contractual debe apoyar el mejoramiento en los tiempos de la contratación de la Subdirección de Calidad y Seguridad de Servicios de Salud, de tal forma que se revise un posible riesgo relacionado con el cumplimiento de las metas del proceso y demás que llegaren a identificarse los puntos críticos que entorpecen el proceso de contratación.
- 10.2 Los procesos de Gestión en Salud Pública y Provisión de servicios de Salud, dentro de sus funciones tienen competencias en aspectos como infraestructura, tecnovigilancia, fármaco-vigilancia y bio-vigilancia que podrían revisarse para abordar la posibilidad de trabajar de manera articulada y con un enfoque de proceso, un propósito institucional que permita lograr resultados que permitan la articulación conjunta y la mitigación de un posible riesgo de tipo reputacional.
- 10.3 Es importante que el proceso de Planeación Institucional y Calidad revise de forma permanente el mejoramiento de la Gestión por Procesos y la interacción que ellos y la gestión integral del riesgo en el Proceso de Calidad de Servicios de Salud.

*La COBOS no tiene
OPD, y actúa por
cuente propia
Proceso de
Planificación*

Se debe evaluar y revisar la forma metodológica y la viabilidad de fusión del proceso con otros de la entidad ó la ampliación de este visto desde la perspectiva del Desarrollo de Capacidades contemplado en la Resolución 518 de 2015 en su artículo 5 literal 5.2 "Desarrollo de capacidades para crear, construir y fortalecer capacidades, habilidades, actitudes, valores, aptitudes, conocimientos en el Talento Humano en salud, así como las capacidades en las Instituciones del SGSSS, que contribuyan a la gestión técnica, administrativa y financiera de las políticas de salud y protección social".

- 10.4 Es necesario fortalecer la interacción con el proceso de Inspección Vigilancia y Control de Prestadores, dado que no se evidencia un espacio para analizar datos y fortalecer la interacción y la medición del impacto de las acciones de asesoría y asistencia técnica, que deben traducirse en la disminución de indicadores negativos con respecto a los prestadores de salud habilitados.


11. CONCLUSIONES.

Finalmente se demostró que el proceso tiene fortalezas en la cultura de la medición ha mejorado con respecto a los aspectos logísticos y de organización de las asistencias técnicas y grupales, apoyo frente a los prestadores de salud públicos y privados quienes requieren el acompañamiento técnico.

En los temas que son competencia de la Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento, es importante el fortalecimiento del trabajo articulado de los procesos, Gestión de la Salud Pública, Provisión de Servicios de Salud y Calidad de Servicios de salud, ya que de esta forma es posible potencializar el alcance que como ente rector debemos cumplir.

El proceso auditado, en términos generales se encontró con conocimiento, dominio en el tratamiento del riesgo identificado y la gestión en la actividad de control formulada; la auto-evaluación se ajusta a la metodología impartida, aunque se sugiere la revisión de ella para avanzar en el proceso de mejora continua para permitir una evolución en la gestión del riesgo.

NOMBRE (S) Y FIRMA (S) DE AUDITOR (ES),


MONICA MARCELA ULLOA MAZ

APRUEBA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO


OLGA LUCIA VARGAS COBOS

Elaboró: Mónica Marcela Ulloa Maz