



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

INFORME CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

VIGENCIA 2018

OFICINA DE CONTROL INTERNO

AUDITORES

ANGÉLICA MARTÍNEZ PUELLO
GABRIEL CASTILLA CASTILLO
GLORIA LÓPEZ PIÑEROS
HERNANDO ARDILA GONZÁLEZ
JOSÉ GREGORIO BUENO
JUAN CAMILO PÉREZ
LUZ MYRIAM ARIAS
MARTHA YESSENIA GARCÍA
MÓNICA ULLOA MAZ

PROYECTÓ Y ELABORÓ:

GABRIEL CASTILLA CASTILLO

REVISADO POR:

OLGA LUCÍA VARGAS COBOS

JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Bogotá D.C., febrero de 2019

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

INFORME CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2018

SIGLAS

APP	Alianza Público Privada
CAPS:	Centro de Atención Prioritaria en Salud
CNSC:	Comisión Nacional del Servicio Civil
DAEPDSS:	Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud
EAGAT:	Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica
DUES:	Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
FFDS:	Fondo Financiero Distrital de Salud
MINSALUD:	Ministerio de Salud y Protección Social
PAA:	Plan Anual de Adquisiciones
POA:	Plan Operativo Anual
PPNA:	Población Pobre No Asegurada
RIAS:	Rutas Integrales de Atención en Salud
SDS:	Secretaría Distrital de Salud
SEGPLAN:	Seguimiento al Plan de Desarrollo
TIC:	Tecnologías de la Información y Comunicación

1. OBJETIVO

Determinar el nivel de cumplimiento de las actividades programadas por las distintas dependencias de la entidad y, si los recursos asignados son ejecutados de acuerdo con lo previsto a través de los diferentes planes y programas; así como, servir de insumo para definir el 10% de la evaluación de los funcionarios de carrera administrativa en la entidad, como resultado del trabajo en equipo logrado en cada dependencia.

2. ALCANCE

La evaluación se realizó a la totalidad de dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, teniendo como fecha de corte el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior, mediante la aplicación selectiva de muestras para la validación de evidencias.

3. MARCO NORMATIVO

Ley 909 de 2004, por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones, en su Artículo 39 estableció: *“El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento.*

Acuerdo 565 de 2016 de la CNSC, *por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Período de Prueba*

Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor de Gobierno Nacional en Materia de Control Interno, *por medio de la cual se dictan lineamientos para la evaluación institucional por dependencias en cumplimiento de la Ley 909 de 2004.*

Circulares 020 y 046 de 2017, expedidas por el Secretario de Salud, *mediante las cuales se dictan directrices para el cumplimiento del Acuerdo 565 de 2016.*

Lineamiento Evaluación Gestión por Dependencias Código: SDS-ESC-LN-001 V4

4. CONSIDERACIONES GENERALES

De acuerdo con el ordenamiento normativo, la Evaluación de Gestión por Dependencias (EGD) es aquella que realiza anualmente el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, por medio de la cual verifica el cumplimiento de las metas institucionales por parte de las áreas o dependencias de la entidad respectiva. Se define como fuente objetiva de información respecto al cumplimiento de las metas establecidas, útil para la valoración de la gestión que permite cerrar el ciclo de gestión y en parte de la evaluación definitiva de los empleados de carrera.

De acuerdo con el ordenamiento normativo, el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias deberá tener como referente; a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo; b) los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados; c) los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno¹.

Para el ejercicio de evaluación de la vigencia 2018, de conformidad con los lineamientos antes descritos y con base en los reportes de ejecución (POA) de gestión y de seguimiento a la inversión en SEGPLAN, publicados por las Direcciones de Planeación Institucional y Calidad y de Planeación Sectorial, respectivamente, así como de las evidencias reportadas por cada dependencia, se procedió por parte de la Oficina de Control Interno a realizar la evaluación de gestión por dependencias.

Cada ejercicio de evaluación se realizó aplicando promedio aritmético simple a los reportes de cada Dirección dentro de una misma Subsecretaría, entre los valores obtenidos tanto en POA como en seguimiento a la inversión. En este último concepto se incluyeron los avances físicos y de ejecución presupuestal del (los) proyecto(s), meta(s) o actividad(es) en donde se involucra la dependencia. El valor de ejecución en cada Subsecretaría se obtiene del promedio simple de la calificación de cada una de las Direcciones que la conforman; asimismo, la del Despacho del Secretario de Salud, se obtiene del promedio simple de las calificaciones de las cuatro oficinas asesoras que tiene a cargo.

Cabe destacar, que en esta oportunidad en la entidad por segunda vez se evalúan de manera conjunta los contenidos de los POA y los reportes de seguimiento a la inversión, para obtener un valor de calificación único que sirva para complementar la evaluación de los funcionarios de carrera; por supuesto, fueron de gran utilidad los

¹ Circular 004 de 2005. Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial.

aprendizajes, análisis, mejoramiento y demás aportes que a partir de la evaluación de la vigencia 2017, se construyeron.

5. EVALUACIÓN

5.1 DESPACHO DEL SEÑOR SECRETARIO DE SALUD Con base en el promedio obtenido por sus Oficinas Asesoras Jurídica (9.87), Comunicaciones (9.75), Control Interno (9.95) y Asuntos Disciplinarios (10.00), consiguió una calificación de 9.89.

Al igual que en la anualidad anterior, en términos generales las cuatro oficinas comprometidas con la gestión obtenida por el Despacho del Señor Secretario, evidenciaron óptimos niveles de cumplimiento tanto en los temas típicos de gestión, como en los relacionados con la ejecución de recursos de inversión. Cabe anotar, que en estas reparticiones no se gerencia ni se administra directamente proyecto alguno, tan sólo son depositarios de recursos con cargo al Proyecto 7524 “Fortalecimiento y Desarrollo Institucional”, en su mayoría para financiar recurso humano dispuesto para su quehacer, y fueron comprometidos en su totalidad o trasladados a otras necesidades institucionales prioritarias.

En lo referido a la Oficina Jurídica, se recomendó llevar un control mensual de la apropiación asignada, lo cual les permitirá entregar información veraz de reporte de Segplan del proyecto 7524, así como detectar oportunamente las desviaciones y puedan ser corregidas antes de finalizar cada vigencia.

En los POA se incluyeron metas transversales de calidad que presentan dificultades en su formulación, lo cual conlleva a que las dependencias no tengan claridad respecto de cuál es la gestión específica que deben realizar para el cumplimiento de las mismas.

La Oficina de Comunicaciones, también evidenció un óptimo desempeño frente a sus metas de gestión y ejecución de recursos asignados; no obstante, en el informe de seguimiento al plan operativo anual se encontró conveniente revisar y mejorar los reportes presentados con el fin de entregar una información adecuada respecto de las ejecuciones en cada actividad. Sería importante formular indicadores que faciliten su medición, sensibles a los cambios, con el fin de evaluar la gestión real de la Oficina.

Respecto de la Oficina de Asuntos Disciplinarios, no obstante, los buenos resultados obtenidos, se recomienda la revisión, análisis y eventual ajuste de los indicadores de gestión, especialmente de la meta uno, relacionada con la gestión de las quejas, toda vez que no discrimina entre las quejas que se tramitan por competencia y las que son

remitidas por falta de la misma, siendo que cada una de ellas, demanda un procedimiento muy diferente y con ello una desigual carga de actividad y riesgo.

5.2 SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA. Logró una calificación de 9.87 resultante del promedio obtenido por las Direcciones de Salud Colectiva (9.93) y de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva (9.81).

En términos generales, se sigue evidenciando congruencia y desarrollos en la gestión realizada por la Subsecretaría, tanto en temas relacionados con la misionalidad del proceso, como en los de orden administrativo transversal y de desarrollo. Asimismo, en la cultura del registro, reporte, autoevaluación y en la distribución y ponderación de acciones, adoptando instrumentos complementarios para el registro de la información relacionada con la gestión.

Respecto de la ejecución presupuestal y, comoquiera que la Subsecretaría de Salud Pública comparte recursos para la gestión de sus dos Direcciones, el reporte de esta actividad es presentado de manera acumulada del total de los 3 proyectos en los que ejecuta recursos obteniendo un total por ambas, arrojando así el mismo nivel de ejecución en los dos POAs.

Específicamente, la Dirección de Salud Colectiva se ocupa de intervenciones de carácter poblacional, colectivo y otras individuales de alta externalidad positiva, desde la formulación de sus lineamientos, hasta la ejecución mediante la contratación con las Subredes de Servicios de Salud para todas las localidades del D.C. Se evidencia lo descrito en el párrafo anterior, asimismo, en la distribución y ponderación de acciones. Han elaborado instrumentos internos de programación que les permite mayor nivel de detalle facilitando el seguimiento y evaluación, a nivel de meta, actividad, subactividad, incluyendo frecuencia o periodicidad, lo cual permite definir con antelación los niveles esperados de gestión.

Dada la diversidad de indicadores y unidades de expresión de las metas, así como la oportunidad requerida para la validación de sus reportes por parte de agencias externas, se procedió a estandarizar el cumplimiento de las actividades de gestión que las soportan, para llevarlas a un nivel o unidad de medida comparable.

No obstante lo anterior, sería muy útil para la Dirección continuar el proceso de afinamiento en la programación de actividades, especialmente en los casos de acciones de tipo cualitativo para llegar a hacerlas objetivables y/o cuantificables, por ejemplo en la definición de fases de una actividad, podría revisarse y afinarse la definición de tareas y actividades mensuales, o su cuantificación por destinatarios; o para los casos de gestión por demanda, evaluar atributos a la gestión, tales como

oportunidad, efectividad, etc., o plantearse retos en identificar posibles faltantes y/o niveles similares de desarrollo entre los diferentes sujetos de intervención (ej: el nivel de cumplimiento de actividades y/o desarrollos equilibrados en cada Subred)

En similar sentido, la Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva presenta desarrollos evidenciables; por supuesto, también hay oportunidad para seguir avanzando en el nivel más detallado de las acciones, permitiendo que se capte el logro en la concreción de las tareas; a manera de ejemplo, se encontró un cumplimiento del 100% en las orientaciones metodológicas para la formulación y/o seguimiento a políticas a pesar de no haberse recibido la totalidad de las políticas mismas, no obstante, el reto del POA llegaba sólo hasta el registro de la orientación.

La Dirección se inscribe en los proyectos 1186, 7523 y 1190; con ejecución óptima en los dos primeros. En el último se inscribe con 2 metas (3 y 7), sólo la meta 7 tuvo asignación presupuestal y programación física, relacionada con las necesidades derivadas de la actividad del Laboratorio de Salud Pública, que tuvo dificultades en la ejecución relacionadas con la oportunidad para la concreción de los estudios de mercado y de la efectividad del recaudo, dado que su fuente de financiamiento en importante proporción proviene de las multas que impone la entidad

De manera general, la Entidad puede en esta Subsecretaría implementar el uso de herramientas que permitan sistematicidad, mayor seguridad en el registro y eficiencia en la medición de la gestión.

5.3 SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO. Obtuvo una calificación de **9.91**, resultante del promedio logrado por las Direcciones de Urgencias y Emergencias en Salud (9.91), de Calidad de Servicios de Salud (9.87), de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud (9.88) y de Provisión de Servicios de Salud (9.99).

Respecto de las Dirección de Urgencias y Emergencias, se encontró un óptimo nivel de cumplimiento de las actividades propuestas para las metas planteadas en el Plan Operativo Anual, aunque haya quedado pendiente alguna subactividad. Se destaca la dinámica organizacional relacionada con el tema de eventos de aglomeración en público; demuestra cumplimiento de los protocolos establecidos con los entes que interactúan en cada evento y su ejecución.

La dependencia demuestra avance en la gestión de la información y su disponibilidad, dejando como evidencia su desarrollo interno en cuanto al análisis de indicadores y toma de decisiones para su mejora.

En cuanto a la Dirección de Aseguramiento, se evidenció la gestión realizada para la implementación del sistema de aseguramiento y atención a la PPNA, así como la gestión de respuesta y atención a la demanda de solicitudes a la Dirección, desarrolladas en 8 actividades para la única meta misional incorporada en el POA; y la gestión para el desarrollo del Sistema Integrado de Gestión, desarrollo institucional y ejecución presupuestal asociada al PAA.

La actividad relacionada con la gestión de las actividades de inspección, vigilancia y seguimiento del aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, presenta una ejecución física óptima, permitiendo mitigar el riesgo jurídico en el que incurriría la SDS de no ser ejecutada en su totalidad.

No obstante, sería importante generar los mecanismos necesarios para realizar la gestión adecuada del presupuesto que actualmente presenta barreras jurídicas, que impiden una ejecución óptima; asimismo, construir indicadores y/o metas que vayan más allá del cumplimiento por demanda, que permitan establecer líneas de base, niveles esperados, atributos a la gestión, etc.

Por su parte, la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, también realizó una ejecución satisfactoria de las actividades y metas incorporadas en el POA.

Se destaca la gestión y los avances realizados por la dependencia, con respecto a sus metas, especialmente la relacionada con el diseño técnico, operativo, legal y financiero del esquema para poner en marcha y tener una operación completa y consolidada de (17) rutas integrales de atención, al finalizar el segundo año de operación (2017) en todas las subredes integradas de servicios de salud.

Es importante destacar que se cuenta con un control de la información adecuado, evidenciado en la disposición de la misma de manera inmediata y oportuna.

Dado que el proceso de diseño e implementación de las RIAS hace parte de la gestión del conocimiento institucional y muchos de los desarrollos de la SDS son propios, es necesario incluir esta información dentro de la Gestión del Conocimiento y generar mecanismos de control en la entrega de la información a todos los actores que intervienen, sean estos Minsalud, EAPB, entre otros.

En la dependencia, a pesar de los avances, tienen oportunidad para mejorar la gestión documental, toda vez que es de gran importancia avanzar de manera equivalente en aspectos como seguridad de la información, disminución en los tiempos de espera, adecuada disposición temporal de archivo y mejoramiento continuo de los procesos contractuales desde su planeación. Asimismo, fortalecer la

elaboración de indicadores de gestión, ya que los actuales solo presentan información de gestión en términos de cumplimiento.

La Dirección de Calidad de Servicios de Salud, en términos generales se cuenta con una organización adecuada, con posibilidades de mejora en la gestión de los resultados finales; es importante revisar las metas y actividades que sean posibles de replantear para alcanzar la misionalidad que le asiste a la dependencia. Se evidencia autocontrol en las actividades que se requieren para cumplir el objetivo principal y su alcance.

De otra parte, es importante señalar que la meta asociada a garantizar el 100% de las visitas a los prestadores de salud, no se asegura a través de las actividades propuestas en el cumplimiento de la misma, por lo tanto, es necesario estructurar dicha gestión y las fuentes de información, con el fin de cumplir de manera más objetiva la meta, que tiene imperativos de orden legal.

Las competencias misionales de la Dirección, se ven presionadas por la restricción presupuestaria; no obstante, se destaca que, pese a ello, se generan mecanismos y alternativas para aportar cumplimiento a las metas relacionadas con inspección, vigilancia y control de los prestadores de salud.

Es importante fortalecer los controles necesarios en los procesos contra prestadores, de tal manera que se reduzca el riesgo de vencimiento.

5.4 SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN TERRITORIAL, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO A LA CIUDADANÍA. Obtuvo una calificación de 9.87 resultante del promedio de sus Direcciones de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad (9.87) y de Servicio a la Ciudadanía (9.86).

En general, se encontró que las dos Direcciones involucradas cumplieron con la mayoría de actividades propuestas en su gestión, adjuntando su correspondiente evidencia de las actividades propuestas.

Con respecto a las metas transversales que se encontraron contempladas en el POA, a pesar que adelantan las actividades que se dan como lineamientos por parte del Líder del proceso y como son medidas en un tablero de control (ej. Implementación Modelo MIPG), las dependencias deben establecer cuáles son las actividades que ellas deben desarrollar para dar cumplimiento a la actividad propuesta.

Se recomienda establecer las acciones pertinentes en cuanto al control del reporte de las ejecuciones físicas y financieras que se deben reportan en el SEGPLAN.

5.5 SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL. Fue calificada con 8.22, como resultado del promedio simple de lo logrado por la Dirección de Planeación Sectorial (9.90), DAEPDSS (9.64) y Dirección de Infraestructura y Tecnología (6.96) y la ejecución del proyecto 1190 a cargo de la Subsecretaría alcanzó una calificación de (6.1), siendo estas dos últimas las que incidieron de manera negativa en el resultado.

La Dirección de Planeación Sectorial y la DAEPDSS cumplieron las metas propuestas en nivel óptimo, especialmente en los contenidos del POA.

En Planeación Sectorial, tuvo amplia significación el no cumplimiento de las metas relacionadas con la creación (transformación) de tres institutos descentralizados (Laboratorio, CDEIS, Regulador de Urgencias), los cuales no serán viabilizados por las instancias externas requeridas, pero aún se encuentran en la programación del Proyecto 1190.

Por su parte, la DAEPDSS plantea una meta en términos de acreditación y habilitación de las Subredes, lo cual debe replantearse, como quiera que su gestión rebasa el cuatrienio y el alcance esperado es llegar a la postulación.

En ambas Direcciones, se tuvo dificultades con la presentación de documentos soportes de gestión sin firma, requiriendo adopción de controles en este sentido.

Por su parte, la Dirección de Infraestructura y Tecnología, presentó de manera organizada los soportes y evidencias del trabajo realizado durante la vigencia, evidenciando un elevado nivel de ejecución de las actividades programadas en el POA; contrario a lo reflejado en inversión, en donde se muestra una baja ejecución de tan sólo 41,28% en avance físico y 46,04% en ejecución presupuestal.

En este último concepto, se tienen definidas entre otras, 4 tipos de metas grandes: una relacionada con la construcción de 40 CAPS; la referida a la contratación de consultoría para obras de vigencias anteriores; y, mediante la modalidad de APP, la construcción de 2 nuevos hospitales y reposición de otros 4.

Al respecto, se logró desarrollar la gestión para culminar procesos para la adquisición de dotaciones de control especial del CAPS Zona Franca, y de no control con las 4 subredes. Suscripción del contrato de consultoría para elaborar los estudios y diseños de los CAPS Verbenal, Bravo Páez y Suba con sus respectivos contratos de interventoría. Estructuración técnica, legal y financiera de 5 proyectos por el sistema APP.

Mediante Acuerdo 725 de 2018 del Concejo de Bogotá D.C. fueron autorizadas las vigencias futuras ordinarias para el periodo 2019-2027 para la reposición y dotación de la nueva UMHES Santa Clara y CAPS del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios; así como la suscripción del convenio interadministrativo entre el Fondo Financiero Distrital de Salud, La Empresa de Renovación Urbana y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, de objeto de efectuar las acciones necesarias para el desarrollo integral del proyecto de reposición y dotación de tales infraestructuras.

Se realizaron 2 foros de Asociaciones Público Privadas, con la participación de inversionistas nacionales y extranjeros, así como con entidades del gobierno, constructores, abogados, economistas, diseñadores, veedores, concejales, arquitectos, médicos. Revisión del concepto de factibilidad de la propuesta de iniciativa privada para la construcción de los CAPS Primero de Mayo, Virrey y La Granja mediante la modalidad de APP.

Es importante que la Dirección, realice la reprogramación contractual y presupuestal tanto en POA como en SEGPLAN; así como la gestión y controles necesarios para lograr en 2019 (último año completo de ejecución del Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor Para Todos”), un avance significativo de las metas planteadas.

5.6 SUBSECRETARÍA CORPORATIVA. Logró un promedio de 9.61 con base en los resultados obtenidos por las Direcciones de Gestión del Talento Humano (9.55), Administrativa (9.40), Financiera (9.24), TIC (9.85) y Planeación Institucional y Calidad (10.00).

En general la Subsecretaría tuvo un destacable desempeño, mínimamente impactado hacia abajo por el nivel de ejecución de POA de la Dirección Financiera.

La Dirección de Gestión del Talento Humano logró un alto porcentaje en la gestión para el logro de las metas previstas en su POA, lo que denota una adecuada planeación y ejecución de este proceso de apoyo, para la consecución de los objetivos y misión de la SDS: No obstante, se observó que en algunas actividades logran niveles de cumplimiento superiores al 100%, que arrastran hacia arriba a las no logradas en su totalidad; dicha situación se estandarizó para efectos de la evaluación, pero podría ser ajustado en la siguiente vigencia.

De otra parte, se recomienda el planteamiento de indicadores que permitan el establecimiento de niveles esperados de gestión, más que el registro del cumplimiento mismo.

Respecto de la Dirección Administrativa, también se evidenció un importante nivel de cumplimiento en sus acciones. No obstante, de la evaluación se puede establecer que la Dirección al menos, podría revisar y/o afinar la definición de tareas y actividades mensuales de tal manera que éstas sean medibles y cuantificables, revisar la consistencia metodológica del indicador, con sus instrumentos de programación y reporte para que este sea efectivo. Podría también fortalecer la programación de actividades, especialmente en los casos de acciones de tipo cualitativo para llegar a hacerlas cuantificables o algunas que en mayor nivel de detalle podrían incorporar elementos cuantitativos en su programación. Por ejemplo, en la definición de fases de una actividad, podría revisarse y afinarse la definición de tareas y actividades mensuales o su cuantificación por destinatarios. Cabe anotar que, en el componente de ejecución de recursos, por definición de los instrumentos metodológicos del ejercicio, no se incluyó el presupuesto de gastos de funcionamiento, que concentra gran parte de la carga de actividad de la Dirección, por lo cual, para futuros ejercicios, sería muy importante su inclusión.

Por su parte, la Dirección Financiera, también logró un buen nivel de cumplimiento tanto en evaluación de gestión, como en las relacionadas con la inversión; no obstante, se evidenciaron atrasos y tareas pendientes, especialmente relacionadas con ejercicios de depuración de cuentas, de contratos suscritos con las Subredes, avance de la gestión de cobro mediante la jurisdicción coactiva, entre otras.

En lo que refiere a la Dirección TIC, se pudo establecer que el POA de la Dirección, tuvo una ejecución conforme a lo programado; no obstante, en lo relacionado con ejecución de recursos de inversión, consideramos que debe afinarse la programación, toda vez que, a pesar de haber logrado niveles óptimos de ejecución, en su mayoría se efectuó en el cuarto trimestre, por fuera de lo inicialmente previsto.

En lo que respecta a la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, en términos generales, se evidencia cumplimiento y buen desarrollo en la gestión realizada por la dependencia, tanto en los temas relacionados con la misionalidad del proceso, como en los de orden administrativo transversal y de desarrollo.

No obstante, se encontraron oportunidades de mejora, especialmente en la formulación de las metas, los cuales deben ser definidos desde el momento mismo de la planeación y programación; toda vez que, al tratarse de actividades típicas de gestión de carácter predominantemente cualitativo, no se facilita la comparación de lo realizado y/o ejecutado realmente, frente a lo debido o esperado realizar, lo cual puede llevarlos a niveles de cumplimiento falsos al presentar como 100% lo que de buena fe se realizó sin poder identificar posibles faltantes y/o bajos niveles.

6. CONCLUSIONES

Este informe contiene resultados de la gestión institucional durante la vigencia 2018; pretende aportar elementos para la mejora institucional, el fortalecimiento de la gestión y del sistema de control interno; por segunda vez se evalúa tanto el POA como el avance en la ejecución de los diferentes proyectos de inversión, sin incluir la evaluación del cumplimiento de compromisos financiados con cargo al presupuesto de gastos de funcionamiento.

En el ejercicio agregado de la entidad, luego de promediar los resultados obtenidos por el Despacho (con sus oficinas asesoras) y las 5 Subsecretarías, se obtuvo un nivel de ejecución acumulada del POA de 9.80, de ejecución de proyectos de inversión en 9.32, para un promedio acumulado de 9.56 sobre 10 puntos posibles.

Como en la anualidad anterior, frente al proceso de planeación, se observa un esfuerzo por articular en un mismo instrumento los compromisos del Plan de Desarrollo, del Plan Decenal de Salud y de gestión institucional propiamente dicha. Lo anterior evidencia un nivel de desempeño óptimo en los diferentes frentes de actividad evaluados. No obstante, en el esfuerzo de estandarizar los instrumentos de evaluación, se pueden minimizar aspectos de relativa relevancia, que para el caso que nos ocupa, están muy ligados a la metodología para la planeación, programación y formulación de indicadores.

En general el enfoque de los POA es formular metas de cumplimiento en su mayoría de las funciones encomendadas por la normatividad vigente; énfasis que, en principio no es inadecuado per sé, pero permite avanzar en el establecimiento de compromisos retadores de gestión.

No obstante, se evidenciaron avances frente a 2017; algunas Direcciones han dispuesto instrumentos de apoyo, lineamientos, etc., en la programación y control de actividades, que permiten un seguimiento en períodos más cortos y el establecimiento de niveles esperados; sin embargo, no se evidencian iguales desarrollos en otras.

Es positivo que se haya incorporado metas transversales relacionadas con el fortalecimiento institucional, el avance del sistema integrado de gestión y la ejecución del PAA; sin embargo, no evidencian la inclusión de conceptos ni acciones relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Ambiental, los cuales deben ser parte funcional de cada proceso que adelanta la entidad.

7. RECOMENDACIONES

Se mantiene la tendencia encontrada en la evaluación 2017, evidenciándose mejoras de la Entidad en lo relacionado con la cultura de la articulación entre la planeación, programación, evaluación y control, como parte del ciclo PHVA de calidad en la gestión; no obstante, tiene grandes oportunidades para profundizar y mejorar en dicho propósito.

Es posible seguir avanzando en la estructuración y consolidación de un sistema de planeación y gestión institucional que pretenda articular los diferentes planes y compromisos derivados de los desarrollos normativos, así como las fuentes de financiamiento tanto de inversión como de funcionamiento; la consolidación de ese sistema constituye una importante oportunidad de mejora que contribuirá de manera significativa a la misión institucional; ello implica articular también el alcance y los niveles esperados de gestión, así como los mecanismos e instancias de coordinación y articulación, ejecución y desarrollo, reporte, seguimiento y evaluación, entre otras.

La entidad mejoró en la ponderación de actividades inscritas en los POA y la discriminación de subactividades y tareas; sin embargo, aún tiene mucho por lograr en la revisión de sus indicadores, la programación de sus metas y niveles esperados en la gestión de los mismos; buscar que estos últimos puedan confrontarse contra parámetros que constituyan verdaderos retos en cuanto a valores agregados a la función, más que al registro de cumplimiento de la función misma.

En este orden de ideas, es adecuado que en los POA se enfatice en la gestión para las metas de efectos e impactos que están consignadas en el plan de desarrollo y los proyectos de inversión, pero podrían ajustar sus metas a estructura y proceso, con propósitos retadores, que aporten valor agregado a la función, más que al registro del cumplimiento plano de la función misma.

Se puede revisar la incorporación de metas y/o actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Ambiental.

De igual manera, podría la Entidad adoptar de manera estandarizada una herramienta sistematizada para el registro, seguimiento y control de sus actividades, de tal manera que proporcione mayor seguridad y recoja en parte, los desarrollos con los que se cuenta en algunas Direcciones.

Finalmente, frente a cada dependencia, en el numeral 5 se encuentran algunas recomendaciones de alguna manera más específicas.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Asimismo, se espera que siendo de obligatorio cumplimiento en esta oportunidad, la evaluación de gestión por dependencias represente un importante instrumento para el logro de los propósitos de evaluación del trabajo en equipo aplicable a los funcionarios de carrera; así como, evaluar en la parte interna los resultados de la gestión o a nivel externo sus efectos e impactos, para que se produzcan los ajustes necesarios en un completo ciclo de gestión.

OLGA LUCÍA VARGAS COBOS

Anexo: Un (1) folio - Matriz Informe Cuantitativo Consolidado Evaluación Gestión por Dependencias.

Proyectó y Elaboró: G.E. Castilla

Revisó: O.L. Vargas

Aprobó: O.L. Vargas

C:\Users\Gecastilla\Documents\Documents\CONTROL INTERNO\Informes\2019\Gestion Por Dependencias\Informe Cualitativo Consolidado - Evaluación Gestion Dependencias 2018 V1.Docx

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

ANEXO 1
**MATRIZ INFORME CUANTITATIVO CONSOLIDADO EVALUACIÓN GESTIÓN POR DEPENDENCIAS -
 VIGENCIA 2018**

ITEM	ORD	DEPENDENCIA	EJECUCIÓN POA ACUMULADA	EJECUCIÓN PROYECTOS DE INVERSIÓN	PROMEDIO CONSOLIDADO DEPENDENCIA
1	1	DESPACHO	9,82	9,97	9,89
2	1.1	OFICINA ASESORA JURÍDICA	9,80	9,94	9,87
3	1.2	OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES	9,56	9,93	9,75
4	1.3	OFICINA DE CONTROL INTERNO	9,90	10,00	9,95
5	1.4	OFICINA DE ASUNTOS DISCIPLINARIOS	10,00	10,00	10,00
6	2	SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA	9,99	9,74	9,87
7	2.1	DIRECCIÓN DE SALUD COLECTIVA	9,99	9,86	9,93
8	2.2	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA, ANÁLISIS Y GESTIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD COLECTIVA	9,99	9,62	9,81
9	3	SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO	10,00	9,87	9,93
10	3.1	DIRECCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD	10,00	9,81	9,91
11	3.2	DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	10,00	9,92	9,96
12	3.3	DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD	10,00	9,76	9,88
13	3.4	DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	10,00	9,98	9,99
14	4	SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN TERRITORIAL, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO A LA CIUDADANÍA	9,80	9,93	9,87
15	4.1	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD	9,79	9,95	9,87
16	4.2	DIRECCIÓN SERVICIO A LA CIUDADANÍA	9,81	9,92	9,86
17	5	SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL	9,73	6,70	8,22
18	5.1	DIRECCIÓN PLANEACIÓN SECTORIAL	9,90	6,10	9,90
19	5.2	DIRECCIÓN DE ANÁLISIS DE ENTIDADES PÚBLICAS DISTRITALES DEL SECTOR SALUD	9,7	9,64	9,64
20	5.3	DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍA	9,56	4,37	6,96
21	6	SUBSECRETARÍA CORPORATIVA	9,49	9,73	9,61
22	6.1	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	9,30	9,81	9,55
23	6.2	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	9,59	9,21	9,40
24	6.3	DIRECCIÓN FINANCIERA	8,62	9,85	9,24
25	6.4	DIRECCIÓN TIC	9,91	9,78	9,85
26	6.5	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD	10,00	10,00	10,00
Promedio General de la Entidad			9,80	9,32	9,56

OBSERVACIONES: El valor de 6,1 ejecución del proyecto 1190, aplicó solo para el promedio de la Subsecretaría, mas no para la Dirección de Planeación Sectorial