

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Sistema de Gestión de la Calidad

2 de octubre
2017

GRUPO DE PLANEACIÓN
OFICINA DE SISTEMAS DE GESTIÓN
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL
Santiago de Cali

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN	6
1. LOGROS OBTENIDOS POR LOS GRUPOS DE TRABAJO	7
2. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	9
2.1. RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES INTERNAS DE CALIDAD	9
2.2. RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE - OK	16
2.2.1. Informe de Encuestas de Satisfacción Del Usuario	16
2.2.2. Informe de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR)	20
2.3. ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTO DE INDICADORES DE EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD AL 2DO. TRIMESTRE DE 2017	26
2.3.1. Análisis general según el nivel de indicador (Estratégico, operacional y de apoyo)	26
2.3.2. Desempeño de indicadores estratégicos	27
2.3.3. Desempeño de indicadores operacionales (Eficacia)	28
2.3.4. Desempeño de indicadores operacionales (Eficiencia)	29
2.3.5. Desempeño de indicadores de apoyo (Eficacia)	30
2.3.6. Desempeño de indicadores de apoyo (Eficiencia)	31
2.4. ANÁLISIS DE TENDENCIA DE INDICADORES DE EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DE PROCESOS 2015 - 2016	32
2.4.1. Promedio simple del % Porcentaje de ejecución del Plan de Acción de Rectoría en Salud	32
2.4.2. Porcentaje ejecución presupuestal	33
2.4.3. Porcentaje de cumplimiento cronogramas	35
2.4.4. Nivel de satisfacción del usuario	36
2.4.5. Índice de Indicadores de efectividad en Salud priorizados	36
2.5. ANÁLISIS DE SALIDAS NO CONFORMES (SNC)	40
2.6. ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA	41
2.7. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE RIESGOS	46
2.7.1. RIESGOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS MISIONALES SSPM	46
2.7.2. RIESGOS DE CORRUPCIÓN	48

2.8.	SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE TRAMITES Y SERVICIOS	50
2.9.	ACCIONES DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 2017	52
1.1.	REVISIÓN DEL COMPROMISO CON LAS PARTES INTERESADAS (POLÍTICA DE CALIDAD) Y PROPÓSITO DE CALIDAD (OBJETIVOS DE CALIDAD).....	54
1.1.1.	ALINEACIÓN DE PROPÓSITOS DE CALIDAD CON INDICADORES DE GESTIÓN DE LA SSPM.	55
1.2.	CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SGC	60
1.3.	NECESIDADES DE RECURSOS.....	62
1.4.	RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA.....	63
2.	CONCLUSIONES.....	64

LISTADO DE GRAFICAS

Pág.

Gráfica 1. Distribución de resultados por tipo de hallazgo. Auditoría Interna de Calidad. Abril - octubre 2017	10
Gráfica 2. Comparativo de Resultados de Evaluaciones Internas por Tipo de Hallazgo 2015 - 2017	10
Gráfica 3. Comparativo de No conformidades por Proceso 2016 - 2017	11
Gráfica 4. Frecuencia de No Conformidades por requisito y otros criterios - Evaluaciones Internas de Calidad	13
Gráfica 5. Promedio del Nivel de satisfacción por tipo de actividad enero a junio 2017.....	16
Gráfica 6. Promedio general de satisfacción de atención al usuario a través de canal presencial y de trámites en el primer y segundo trimestre de 2017	18
Gráfica 7. Promedio general del Nivel del nivel de actividades realizadas primer semestre 2017.	19
Gráfica 8. Distribución porcentual de peticiones por Grupo de Trabajo de Enero a Junio de 2017.....	21
Gráfica 9. Cuadro comparativo del Nivel de Oportunidad de Respuesta de los dos primeros trimestres 2017.....	23
Gráfica 10. Nivel de oportunidad de respuesta por grupo de trabajo – Enero a Junio 2017.....	24
Gráfica 12. Comportamiento Mensual de Peticiones - Enero a Junio 2017.....	24
Gráfica 13. Desempeño general de según nivel del indicador - Enero a Junio 2017.....	26
Gráfica 14. Desempeño de Indicadores Estratégicos - Enero a Junio 2017	28
Gráfica 15. Desempeño de Indicadores Operacionales (Eficacia) - Enero a Junio 2017	29
Gráfica 16. Desempeño de Indicadores Operacionales (Eficiencia) - Enero a Junio 2017	30
Gráfica 17. Desempeño de Indicadores De Apoyo (Eficacia) - Enero a Junio 2017	31
Gráfica 18. Desempeño de Indicadores De Apoyo (Eficiencia) - Enero a Junio 2017	32
Gráfica 24. Distribución porcentual Estado de las acciones - 2016	43
Gráfica 25. Comparativo del total de Trámites atendidos durante el 2016 - 2017 (Enero - Junio).....	51
Gráfica 26. Comparativo del total de Servicios atendidos durante el 2016 - 2017 (Enero - Junio).....	52

LISTADO DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Resumen de logros por Proceso / Subproceso - Grupo de Trabajo. Oct. 2016 - Jun. 2017	8
Tabla 2. Total de peticiones por grupo de enero a junio de 2017	21
Tabla 3. Frecuencia Peticiones por Ejes Temáticos y por Grupo de Trabajo de Enero a Junio 2017..	22
Tabla 4. Alineación de Propósitos de Calidad con Indicadores de la SSPM	59



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

INTRODUCCIÓN

La Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015, en el numeral 9.3 Revisión por la Dirección, indica que la alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización. La revisión incluye la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad.

La Revisión por la Dirección 2017, conto con la participación activa de todos los Grupos de Trabajo de la Secretaria de Salud Pública Municipal (SSPM), de manera que cada uno genero exposiciones frente a los principales logros obtenidos durante el último año, los cuales en suma, demuestran la capacidad de la SSPM, para posicionarse como ente rector en salud a través de su Gestión de Calidad (SGC).

Es por ello que la SSPM efectúa esta revisión al Sistema de Gestión de Calidad (SGC), teniendo en cuenta los aspectos ya mencionados.

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

1. LOGROS OBTENIDOS POR LOS GRUPOS DE TRABAJO

Desde la última Revisión por Dirección, en Octubre de 2016 hasta la fecha, los Grupos de Trabajo fortalecieron su gestión. Ello fue demostrado por los Grupos de Trabajo, en la que manifestaron los logros obtenidos hasta la fecha, contribuyendo así al posicionamiento de la Secretaría de Salud Pública Municipal, como autoridad y modelo de rectoría en salud. La siguiente tabla resume este gran panorama:

Grupo	Logros
Salud Pública	<p>Presentaron evaluación sobre los resultados de los indicadores de vigilancia epidemiológica priorizados. Asimismo, se mostraron los logros más significativos que se han tenido en el Grupo de trabajo, dentro de los cuales se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participación en el premio para la “Nutrición infantil Fundación Éxito”, del cual la SSPM ocupó el segundo puesto. - Reconocimiento a Cali por tener la tasa de fecundidad más baja del país. - Formación de jóvenes multiplicadores de la salud sexual.
Salud Mental	<p>Este grupo dio a conocer las acciones de control que están llevando a cabo en el grupo de trabajo frente a los riesgos identificados para el Proceso de Servicio de Salud Pública.</p>
Salud Ambiental	<p>Algunos de los aspectos relevantes identificados fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocimiento de la Estrategia de Entornos Saludables por parte del Ministerio de Salud y la Protección Social. ▪ Articulación de programas y proyectos en los Territorios Priorizados con los Organismos de la Administración Municipal y Entidades Privadas, en el marco del Comité Municipal “Entornos para la Vida”. ▪ Liderazgo intersectorial en el desarrollo de la mesa técnica Zoonosis-ETV del COTSA Municipal: proyecto control de palomas.
Aseguramiento y Desarrollo de Servicios	<p>En este grupo se presentaron los cambios que están impactando el SGC de los procedimientos a cargo, adicionalmente, dentro de los logros presentados se identificaron los que tienen mayor relevancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición de criterios, depuración de metodología de trabajo y conformación de equipos en la implementación de la estrategia de APS con enfoque de Salud al Campo. ▪ Fortalecimiento del Comité Municipal de Seguridad del Paciente con la vinculación de otras instituciones. ▪ Primer puesto en el ranking del Sistema de Gestión de Calidad de la Secretaría de Salud Pública Municipal. <p>Adicionalmente, se encuentran realizando acciones con el fin de realizar control a los riesgos identificados.</p>
SAC	<p>Tienen identificados los controles asociados a los riesgos del Proceso de Servicio de Salud Pública. Dentro de los logros más significativos se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incremento en la radicación de derechos de petición relacionados con vulneración del Derecho a la Salud durante 2016. ▪ Fortalecimiento de la línea 24 horas, así como la intervención a territorios con 19 salidas a territorios (9 destinadas al adulto mayor y 13 con habitantes de 10 comunas).
Gestión del Riesgo	<p>Dentro de los logros más significativos de este grupo, se encuentran:</p>

**INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL**

Grupo	Logros
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementación del sistema de referencia y contrarreferencia de ambulancias públicas y privadas en el Municipio de Cali. ▪ Simulacro nacional participando 22 Instituciones de Salud con servicios de urgencias, dando cumplimiento a los planes hospitalarios de emergencias.
Participación Social	<ul style="list-style-type: none"> • Tienen definidas las acciones control para mitigar los riesgos identificados. • Aumento de los espacios y frecuencia de interlocución con el actor comunitario. • Consolidación y sostenibilidad de 14 instancias de Participación en Salud (confianza, credibilidad, gestión, resultados).
ABOS	<ul style="list-style-type: none"> • Rendir informes en las fechas establecidas a los entes de control • 1,651 contratos elaborados a septiembre 30 de 2017, de los cuales son: <ul style="list-style-type: none"> ○ 1,535 prestadores de servicios profesionales y de apoyo a la gestión. ○ 31 contratos de diferentes procesos de compra o de servicios. ○ 68 contratos y convenios interadministrativos. ○ 17 convenios de asociación con particulares.
Gestión Jurídica	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidación de la Base de datos de Tutelas. Medición estadística efectiva. Datos claros acerca del tipo de régimen (Subsidiado o Contributivo), E.P.S, Pretensión, Tipo de enfermedad, etc.; identificación de E.P.S más demandada y reclamada por la usuarios del sistema de salud. • Consolidación de la Estrategia Jurídica de interrumpir la caducidad de las pólizas tomadas entre el Municipio de Cali y la Aseguradora La Previsora S.A y MAPFRE Seguros. Notificación C.E. • Se ha logrado desvincular al Municipio de Santiago de Cali - Secretaría de Salud Pública, en el 100% de las demandas, por cuanto se declara en la sentencia la falta de legitimidad en la causa por pasiva y la inexistencia de nexo causal. • El apoyo a las Asociaciones de Usuarios en defensa de la salud de los ciudadanos
Administrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del protocolo para la verificación de documentos de los estudios académicos profesionales de los contratistas. • Se ajusta y se implementa el SGSST del municipio a la SSPM. • Reforzamiento estructural en la SSPM. • Reacondicionamiento de puestos de trabajo. • Actualización Inventario marcación. • Identificación de Fondos Acumulados: (Procesamiento Técnico – Identificación- Diligenciamiento Documental). Inventario. • Capacitación personalizada en Gestión Documental (Equipos y Grupos de Trabajo) • Respuestas oportunas a peticionarios • Evaluación de la Gestión Documental a Grupos de Trabajo • Reducción de papel de las cuentas de cobra a un 50%.
Financiero	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado control y recepción de cuentas. • Entrega oportuna de las cuentas a Tesorería Municipal para los pagos. • Desarrollo de la Política Operativa de informar con antelación las fechas de recepción de cuentas.

Tabla 1. Resumen de logros por Proceso / Subproceso - Grupo de Trabajo. Oct. 2016 - Jun. 2017

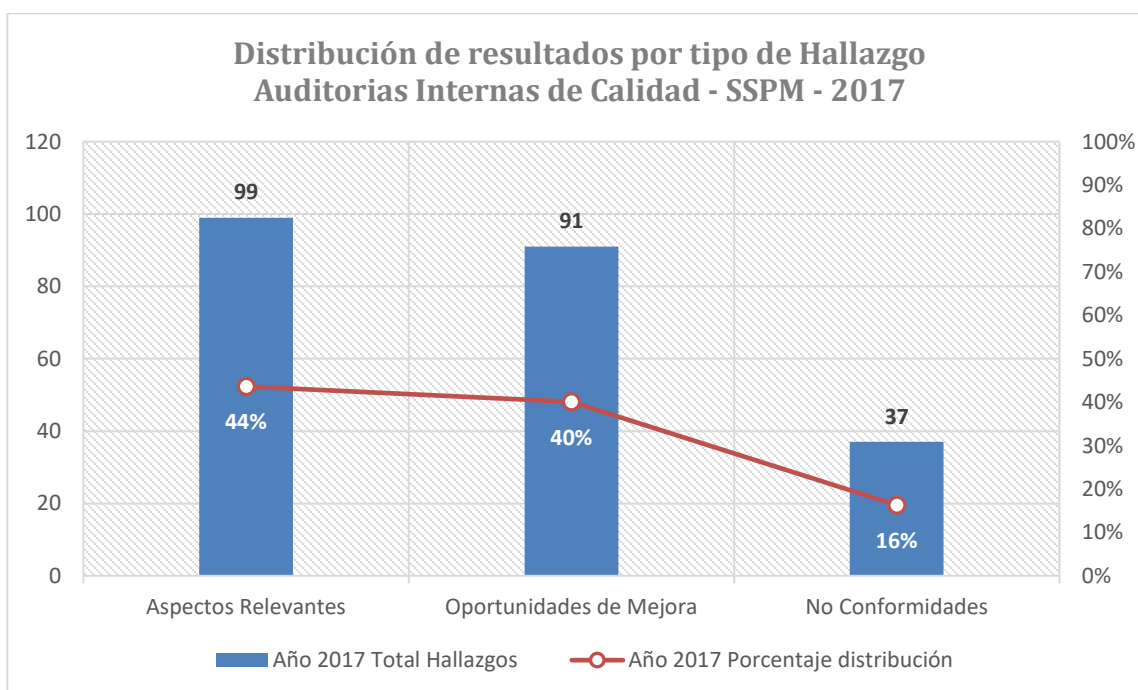
A continuación el Grupo de Planeación - Sistemas de Gestión, presento el resumen y análisis de cada una de las entradas para la Revisión por Dirección, de acuerdo con la norma técnica ISO 9001:2015.

2. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

2.1. RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES INTERNAS DE CALIDAD

El tercer ciclo de evaluaciones internas de calidad practicado al Sistema de Gestión de Calidad, incluyó la evaluación de todos los procesos del SGC, contando con atención al usuario y el grupo de salud mental, los cuales no habían sido evaluados anteriormente. Para este ciclo se contó con la participación de 19 servidores públicos y prestadores de servicio (evaluadores internos) quienes fueron fortalecidos en sus conocimientos y habilidades como evaluadores internos de calidad a finales del 2016, con una actualización en la NTC ISO 9001:2015 y unos talleres de refuerzo en las actividades críticas del procedimiento de evaluación internas de calidad (Planificación, Elaboración de listas de chequeo y ejecución de las evaluaciones internas).

Como resultado general de este proceso de evaluación se tiene: un total de 227 hallazgos obtenidos, de los cuales se clasifican de la siguiente manera: 99 Aspectos Relevantes, 91 oportunidades de mejora y 37 no conformidades. A continuación, se muestra la distribución porcentual de los tipos de hallazgos obtenidos sobre el total:

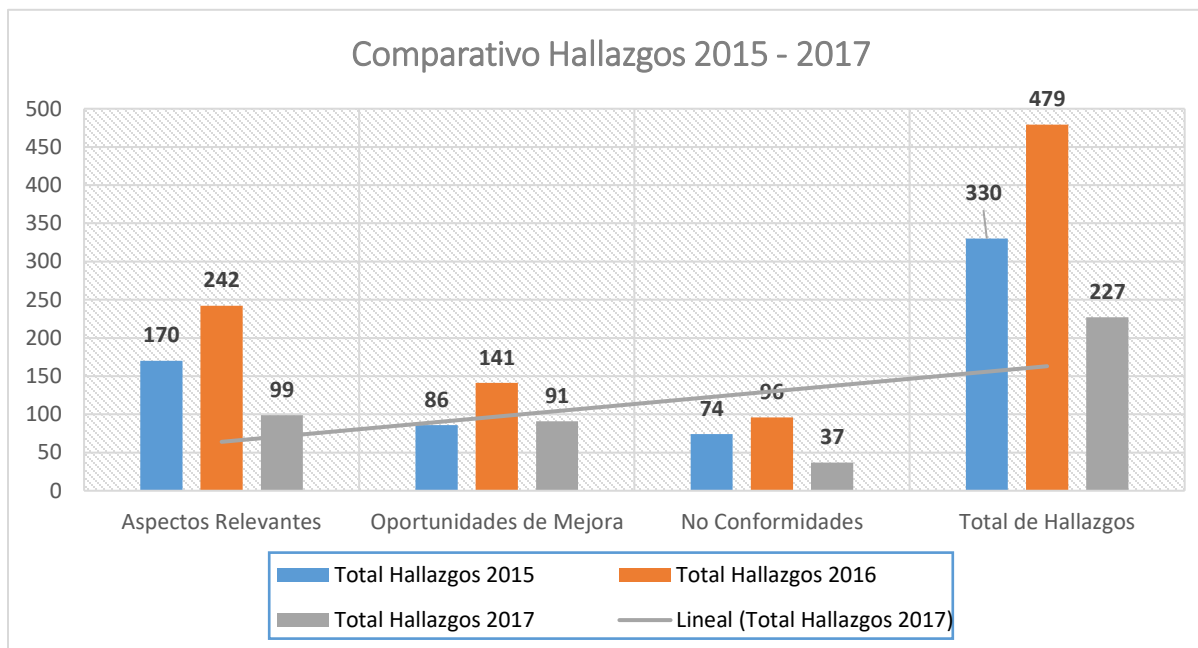


INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

Gráfica 1. Distribución de resultados por tipo de hallazgo. Auditoría Interna de Calidad. Abril - octubre 2017

Como se observa en el gráfico, los aspectos relevantes representan el 44% de los resultados del ejercicio de evaluación interna del 2017, con 99 hallazgos positivos. Se evidencia un incremento porcentual en las oportunidades de mejora frente a las obtenidos el año anterior, representando el 40% de los resultados del 2017, este incremento se encuentra directamente relacionado con la disminución porcentual que presentaron las no conformidades en el actual ejercicio, ya que aunque se han presentado cierre de hallazgos, estos continúan en proceso de implementación, mejora y fortalecimiento. Las no conformidades representan el 16% de los hallazgos obtenidos en el 2017, lo cual se resalta como positivo, ya que refleja el compromiso que han presentado los grupos para el cierre de las brechas identificadas en los anteriores ejercicios de evaluación interna.

A continuación, se realiza un comparativo sobre el total de hallazgos obtenidos en los 3 ciclos de evaluaciones internas 2015 al 2017:



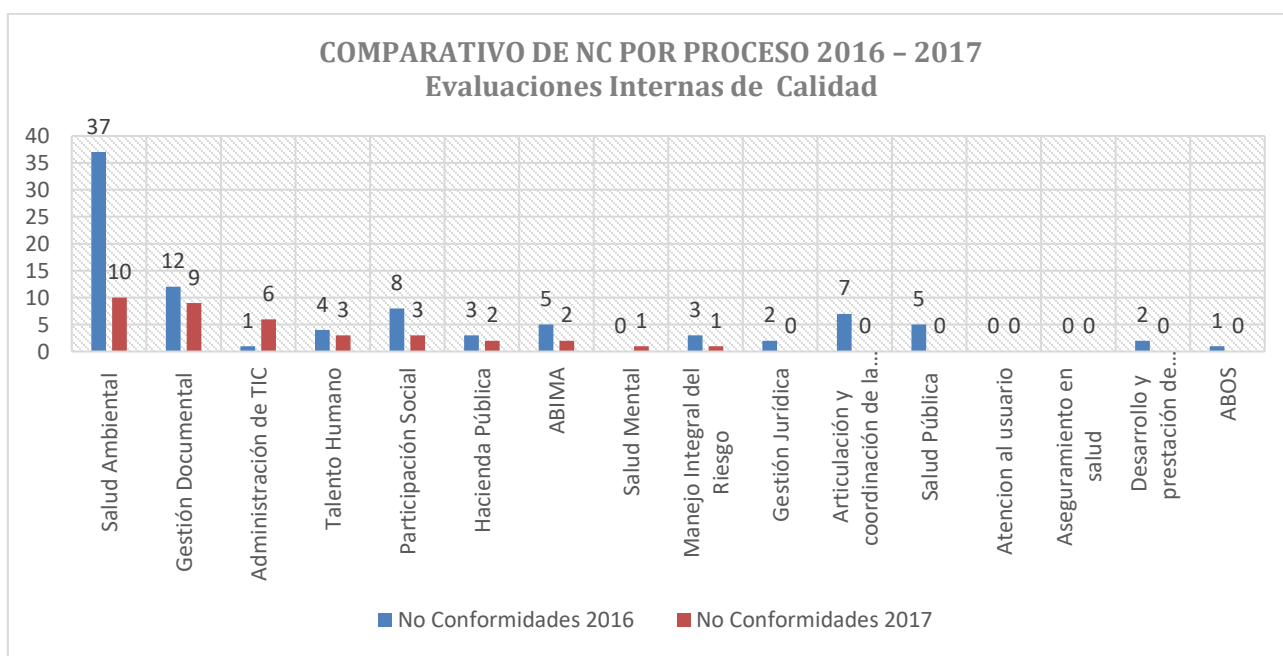
Gráfica 2. Comparativo de Resultados de Evaluaciones Internas por Tipo de Hallazgo 2015 - 2017

Aunque el ejercicio de evaluación interna se torna cada vez más exigente, en este caso, por el proceso de transición a la norma ISO 9001:2015 en el que se encuentra el sistema de gestión de calidad de la SSPM, los resultados del proceso de evaluación interna del 2017 muestran una disminución del 53% del total de hallazgos comparado con los resultados del año 2016, esta variación se debe a diferentes factores:

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

- En cuanto a los aspectos relevantes, su disminución fue de un 59% comparado con el ejercicio realizado en el 2016. Este resultado evidencia el fortalecimiento conceptual del ejercicio de evaluación interna por parte de los evaluadores, ya que en los ejercicios de evaluación anteriores las conformidades o cumplimientos identificados eran clasificados como aspectos relevantes, pero en el ejercicio de evaluación actual, la instrucción dada al equipo fue de clasificar como relevante aquellos aspectos o acciones que ejecutan los grupos por encima de los requisitos o cumplimientos obligatorios de cada proceso. Por lo anterior, el resultado obtenido no es considerado negativo, ya que refleja un dato ajustado a la realidad de cada proceso.
- En cuanto a las oportunidades de mejora, la disminución fue del 37% frente al total de hallazgos obtenidos en la vigencia inmediatamente anterior. Lo cual es un resultado coherente frente al trabajo que cada uno de los grupos ha venido ejecutando para el mantenimiento del SGC, y las oportunidades resaltadas se relacionan al fortalecimiento del ejercicio de implementación de los nuevos requisitos de la NTC ISO 9001:2015.
- Para finalizar, las no conformidades disminuyeron en un 61% frente al total de hallazgos obtenidos en la vigencia inmediatamente anterior. Lo cual es un resultado positivo, ya que evidencia la mejora que los grupos han tenido frente a la implementación y mantenimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2015.

A continuación se adjunta gráfico con el comparativo de las no conformidades obtenidas por proceso:



Gráfica 3. Comparativo de No conformidades por Proceso 2016 - 2017

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

En el gráfico se puede observar la mejora que los procesos de la SSPM han tenido frente al mantenimiento de los requisitos de la Norma Técnica de Calidad, y se evidencia el esfuerzo que se ha tenido en la implementación de los nuevos requisitos frente al cambio a la versión 2015.

- El grupo salud ambiental, muestra una disminución del 72.9% en las no conformidades, frente a los resultados obtenidos en el 2016. Aunque la mejora es evidente, continúa siendo el grupo con mayor número de NC en el 2017.
- El Grupo de Gestión Documental, frente a los resultados del ejercicio anterior no presenta mucha variación. En el ejercicio actual obtuvieron 9 NC con relación a 12 del Años anterior.
- El grupo de administración de las TICs, presentó un incremento en el número de NC con relación a los obtenidos en el ejercicio anterior, se evidenciaron incumplimiento a políticas operativas, entre otros.
- Se logra evidenciar que 7 grupos de la SSPM no obtuvieron NC, 2 de ellos manteniendo los resultados del año 2016, y 5 de ellos evidencia una mejora considerable frente a los resultados anteriores.
- Es de resaltar al grupo salud mental, el cual no fue evaluado en el ejercicio del año anterior, y siendo el primer ejercicio de evaluación interna que atiende por fuera del grupo de salud pública solo obtuvo 1 NC, lo que evidencia un buen ejercicio de interiorización e implementación de los requisitos al interior del grupo, el cual se debe seguir fortaleciendo.

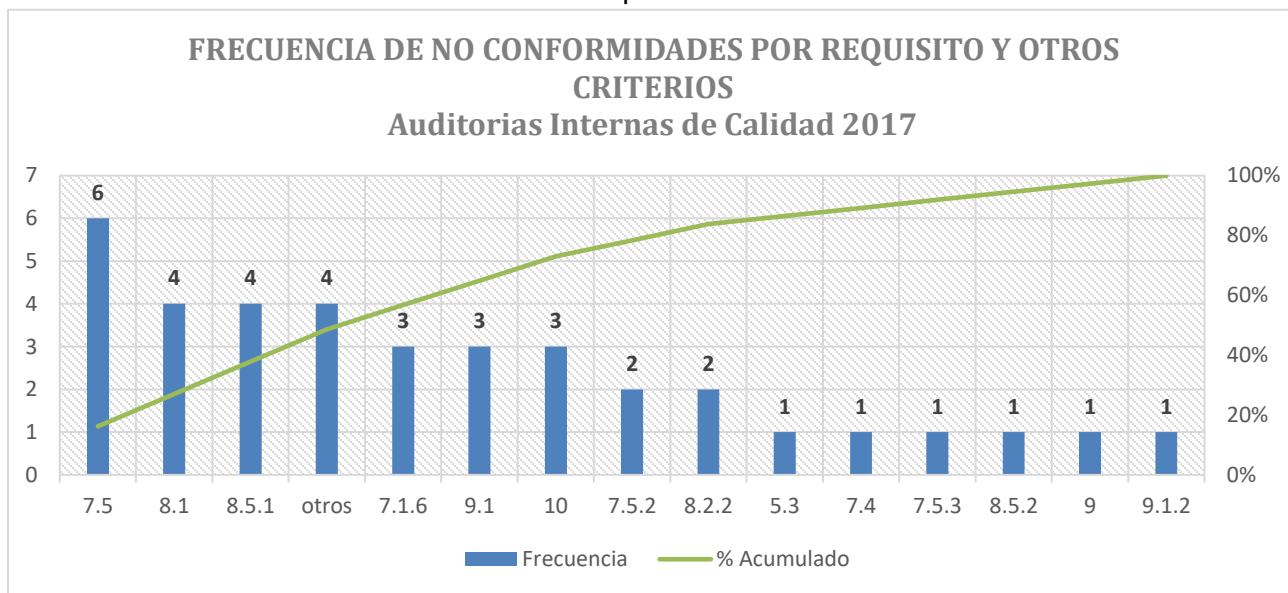
GRUPO	TOTAL REQ. INCUMPLIDOS	TOTAL DE NC	REQUISITOS INCUMPLIDOS
Servicio de Salud Pública (Salud Ambiental)	5	10	8.1 / 8.2.2 / 8.5.1 / 8.5.2 / 9.1
Gestión Documental	5	9	7.1.6 / 7.4 / 7.5 / 10 / Otros (políticas operativas)
Administración de Tecnologías de Información y Comunicación	4	6	7.1.6 / 7.5 / 10 / Otros (Políticas operativas)
Gestión del Talento Humano	3	3	7.1.6 / 7.5.2 / 9 /
Participación Social	3	3	7.5.3 / 8.5.1 / 9.1.2 /
Administración de Bienes, Inmuebles , Muebles y Automotores	2	2	5.3 / 7.5 /
Manejo Integral del Riesgo y atención de desastres en salud.	1	1	8.2.2
Servicio de Salud Pública (Salud Mental y Convivencia Social)	1	1	7.5.2

- Para el Grupo Salud Ambiental, las debilidades identificadas principalmente son: en planeación de recursos para la ejecución de tareas misionales, seguimiento a los recursos (proyectos de inversión), seguimiento y ejecución de plan de trabajo, debilidades en trazabilidad de la información, y en la implementación de acciones de mejora.

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

- Para el Gestión documental, las debilidades principales identificadas son: en gestión del conocimiento, organización documental y de archivo, ejecución de acciones mejora, difusión y cumplimiento de políticas operativas.
- Para el proceso de Administración de Tecnologías de Información y Comunicación, las debilidades principales identificadas son: en gestión del conocimiento, ejecución de acciones mejora, difusión y cumplimiento de políticas operativas.
- Para el proceso de Talento humano, las debilidades principales identificadas son: en gestión del conocimiento, desactualización de procedimientos, y medición de indicadores.

A continuación, se realiza el análisis de los requisitos de la norma que presentan mayor número de incumplimientos:



Gráfica 4. Frecuencia de No Conformidades por requisito y otros criterios - Evaluaciones Internas de Calidad

Teniendo en cuenta que el 20% de los requisitos auditados, representaron el 80% de los hallazgos según el análisis de frecuencias. Se observa que el 20% corresponde a los siguientes requisitos:

- Requisito 7.5: Información documentada – Este requisito presentó un total de 6 no conformidades en todo el proceso de evaluación realizado. Aunque se evidencia mejoras en términos generales en los grupos de la SSPM, el incumplimiento a este requisito se presentó únicamente en 3 procesos y se debe, a que se identificaron debilidades en manejo de las actas, listados de asistencia, así como, desactualización de procedimientos y formatos.
- Requisito 8.1: Planificación y control operacional – Este requisito presentó un total de 4 no conformidades, las cuales se presentan por: falta de alineación de los planes operativos con los

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

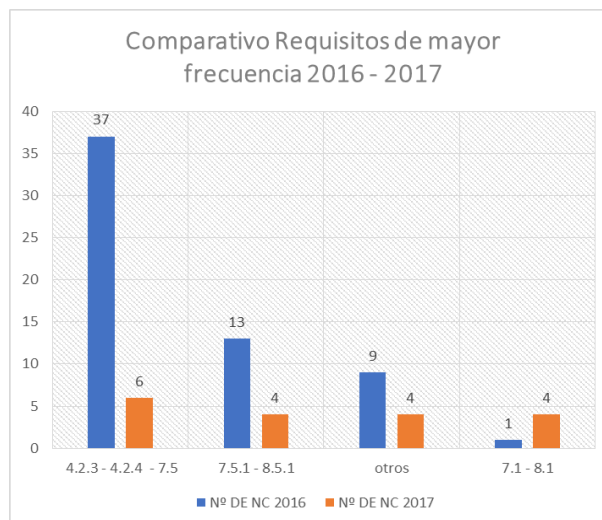
proyectos de inversión, debilidades en el seguimiento a los proyectos de inversión, fallas de planeación de recursos de laboratorio y seguimiento a insumos de zoonosis.

- Requisito 8.5.1: Control de la producción y de la provisión del servicio – Este requisito presentó un total de 4 no conformidades, las cuales se presentan porque aún existen debilidades para el cumplimiento de los planes de trabajo y se continúa presentando inadecuado seguimiento a los mismos, así como falta de seguimiento a los puntos de control definidos en los procedimientos.
- Otros: dentro de esta variable, se encuentran incumplimientos a MECI en las políticas de operación del modelo estándar de control interno, para este caso, se presentaron 4 no conformidades.

De acuerdo a lo anterior, es importante realizar un análisis comparativo de los requisitos identificados con mayor frecuencia de ocurrencia en el ciclo de auditoría de la vigencia 2016 con la NTC ISO 9001:2008, frente a los requisitos del actual ciclo de evaluación interna, ejecutado bajo los lineamientos de la ISO:2015.

ANÁLISIS DE FRECUENCIA DE NC POR REQUISITO Comparativo 2016 – 2017

Requisito ISO 9001:2015	Requisito ISO 9001:2008
7.5 Información documentada	4.2.4 Control de registros 4.2.3 Control de los Documentos
8.1 Planificación y control operacional	7.1 Planificación de la realización del producto
8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio	7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio
Otros: políticas operativas de MECI	Otros: políticas operativas de MECI



De acuerdo a la relación de requisitos de la NTC ISO 9001:2008 frente a la Versión 2015, que se muestra en la tabla, es necesario resaltar que los 4 requisitos que presentan mayor incumplimiento, de acuerdo al diagrama de Pareto, coinciden con los requisitos de mayor frecuencia del anterior ciclo de auditoría vigencia 2016; sin embargo se evidencian mejoras significativas, frente al número de no conformidades con relación al año inmediatamente anterior.

Frente al proceso de Evaluación Interna como tal, se tienen las siguientes conclusiones:

**INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL**

- Los resultados de la evaluación interna de la vigencia 2017 demuestran el compromiso que los funcionarios y contratista de la SSPM han tenido al implementar las mejoras requeridas para subsanar y cerrar las brechas que los ejercicios pasados de evaluación han identificado. Un aspecto importante a resaltar es la capacidad que tiene el talento humano de la SSPM para dar cumplimiento a los requisitos legales y parámetros generales establecidos en los diferentes procesos, en pro de atender las necesidades y expectativas de sus partes interesadas, en especial, la población de Santiago de Cali.
- El compromiso de los líderes de procesos y de sus referentes de calidad, continua siendo una gran fortaleza, ya que ha fomentado la participación de cada equipo de trabajo, ha llevado a que cada grupo tenga una preparación previa al ejercicio, y ha brindado la atención necesaria en la ejecución de las evaluaciones internas; así como un alto grado y disposición para comprender los criterios que se evaluaron en las mismas.
- Se evidenciaron mejoras en los procesos frente a la debilidad más grande identificada el año pasado en control de registros, reflejada en la disminución en el número de hallazgos frente a ese requisito, es de resaltar aun cuando continua siendo el requisito (7.5 información documentada) con mayor incumplimientos en este año 2017.
- Los resultados obtenidos por los grupos en el actual ejercicio, reflejan el esfuerzo que han realizado para el mantenimiento e implementación de los requisitos de la norma, así como un incremento en el nivel de compromiso e interiorización y comprendiendo su rol frente al mismo, llevando al SGC a un mayor nivel de madurez que permitió lograr una transición exitosa frente a los nuevos requisitos de la norma técnica de calidad versión 2015.
- Continuar con el fortalecimiento y apropiación por parte de todos los funcionarios de la SSPM, con relación a los diferentes temas que hacen parte del SGC, como riesgos, análisis de los datos, propuestas de las acciones de mejora, para que sea un ejercicio articulado y se asegure la realización de los diferentes reportes de manera conjunta.
- Continuar trabajando en los métodos de autocontrol, autogestión y autoevaluación para que le permitan identificar oportunidades de mejora con mayor oportunidad y alcanzar mayores resultados en términos de eficacia, eficiencia y efectividad en el Sistema de Gestión de Calidad.
- Mayor involucramiento del personal operativo de cada uno de los grupos, en las actividades del sistema de gestión de calidad, con el fin de fortalecer los conceptos y metodologías implementadas dentro del sistema.

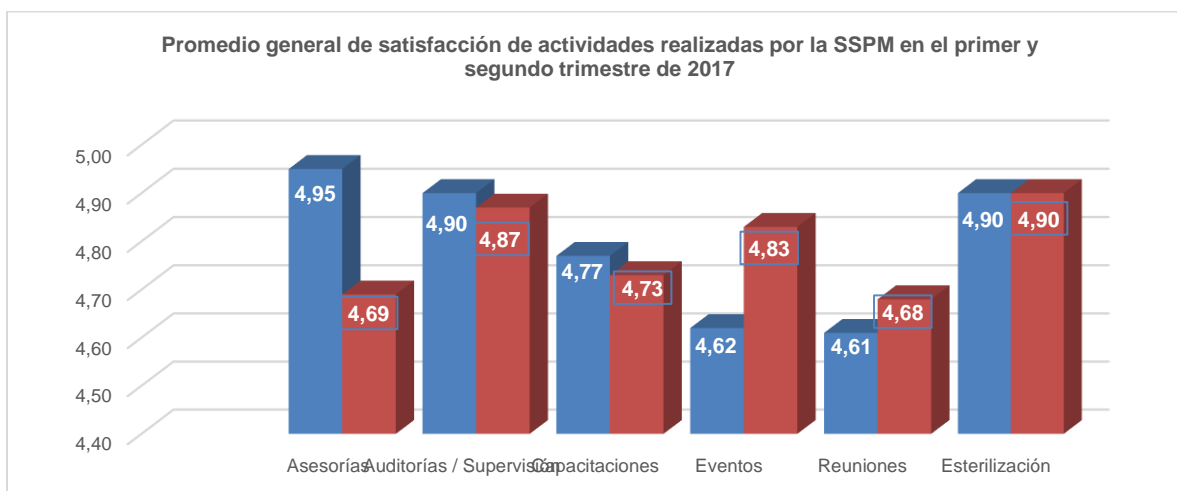
- Continuar fortaleciendo el proceso de interiorización de los sistemas de gestión a través de actividades lúdico – pedagógicas, tales como: talleres dinámicos, videos, concursos, juegos, desarrollo del día de la calidad, aumento de los boletines informativos, entre otros.

2.2. RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE - OK

2.2.1. Informe de Encuestas de Satisfacción Del Usuario

En lo que va corrido de la vigencia 2017, los grupos misionales han desarrollado las diferentes actividades de intervención con la comunidad y con los diferentes actores del sector, así como actores intra e intersectoriales, actividades a las cuales se les ha aplicado las diferentes encuestas de satisfacción.

A continuación, se presentan los resultados de los análisis realizados:



Gráfica 5. Promedio del Nivel de satisfacción por tipo de actividad enero a junio 2017

Con relación al gráfico anterior, se puede evidenciar que el nivel de satisfacción de los usuarios con relación a las diferentes actividades se ha mantenido homogéneo, para esta vigencia, se ha logrado identificar aspectos que los usuarios en anteriores mediciones no manifestaban, como por ejemplo:

Capacitaciones:

- Para las encuestas de capacitación aplicadas por el Centro de Zoonosis, los usuarios manifestaron que les pareció excelente la atención, las capacitaciones fueron positivas, especialmente el tema relacionado con los derechos de las mascotas; no hubo observaciones de mejora.

**INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL**

- Con relación a las capacitaciones desarrolladas por el Grupo de Gestión del Riesgo en Salud, se identificó la importancia en los temas brindados, tanto en el contenido como en la metodología del curso, sin embargo, es necesario mejorar el tiempo de inicio de la actividad de capacitación.
- De las capacitaciones brindadas por el Grupo de Participación Social, los encuestados resaltaron la claridad de las capacitadores, así como los temas tratados, adicionalmente, los instrumentos presentados fueron útiles, así como los talleres que fueron muy prácticos.
- En el Grupo de Salud Ambiental, se identificó que en general los usuarios encuestados tuvieron buena acogida hacia los temas de las capacitaciones brindados, se brindó información clara, entendible y didáctica, percibieron una buena orientación brindada por los funcionarios que dieron las sesiones. Sin embargo, los espacios en los cuales se desarrollaron las sesiones no tuvieron acogida, por temas de iluminación y ventilación.
- Para el Grupo de Salud Mental, se identificó que algunos asistentes solicitaron extender más el horario de las charlas, pues éstas son interesantes y requieren de mayor tiempo. Adicionalmente, en capacitaciones de módulo de comunitarias hace falta desarrollar trabajo más práctico, para los temas sean más entendibles.
- De igual manera, en el tema de capacitación sobre suicidio que se realizó el 10 de mayo, se presentaron algunas observaciones relacionadas con el capacitador, específicamente en el uso de muletillas, dominio del tema, falta de bibliografía, en general, no se logró llegar con el tema.

Eventos:

- Revisando las observaciones dadas por los encuestados estuvieron centrados en resaltar aspectos como el trabajo en grupo, así como la organización del evento, por tanto, solicitan la continuación de estas actividades, pues de esta manera se informa y educa a la comunidad.
- De igual manera, dentro de los aspectos por mejorar, es necesario que se ajusten los tiempos para conocer más acerca de los conceptos que dan los expositores; adicionalmente, es necesario mejorar los canales de convocatoria a los eventos.

Reuniones:

- La satisfacción reflejada por los usuarios que asistieron a las diferentes reuniones organizadas por la SSPM durante el segundo trimestre, evidencia una calificación promedio general de 4,68, valoración que se encuentra dentro de un nivel promedio alto, al respecto, se identificó que las preguntas que mayor valoración promedio presentaron fueron la N° 1 (¿Se dio a conocer el objetivo de la reunión?) y la N° 3 (¿Los contenidos desarrollados durante la reunión fueron coherentes con el objetivo planteado?) con una valoración promedio de 4,72 cada una; mientras que la pregunta con menor valoración promedio fue la N° 4 (¿Los temas se desarrollaron en el tiempo previsto?) con promedio de 4,60.
- Con relación a los resultados de la valoración de la pregunta N°4, se identificó que del total de 800 encuestas, 30 de ellas, es decir el 3,75%, dieron una valoración entre 1, 2 y 3.
- De otra parte, dentro de las observaciones revisadas, se identificaron aspectos relacionados con el buen desarrollo de las reuniones y con el cumplimiento de los objetivos. Sin embargo, el 20 de abril durante una reunión de presentación de inmunoprevenibles la expositora no mostraba dominio del tema realiza lectura diapositivas.

Auditorías / Supervisión:

- El promedio de calificación general en la actividad de auditoría / supervisión fue de 4,87; la pregunta que mejor valoración promedio presentó fue la N° 8 (¿La auditoría tuvo un manejo objetivo por parte del(los) auditor(es) / supervisor(es) con una valoración de 4,96; mientras que las que presentaron menor calificación fueron la N° 4 (¿La auditoría /supervisión se desarrolló en el tiempo previsto?) y la N° 9 (¿En general, ¿cómo se sintió con la auditoría / supervisión realizada?) con un promedio de 4,79 cada una.
- Los aspectos que más se resaltaron en el desarrollo de esta actividad se enfocaron en destacar que el desarrollo de la auditoría estuvo bien estructurada, con objetivos claros. Adicionalmente, durante el tiempo de la auditoría, se informó a los auditados, aspecto que fue resaltado, asimismo, se recibió asistencia técnica y se explicó de manera detallada las mejoras.

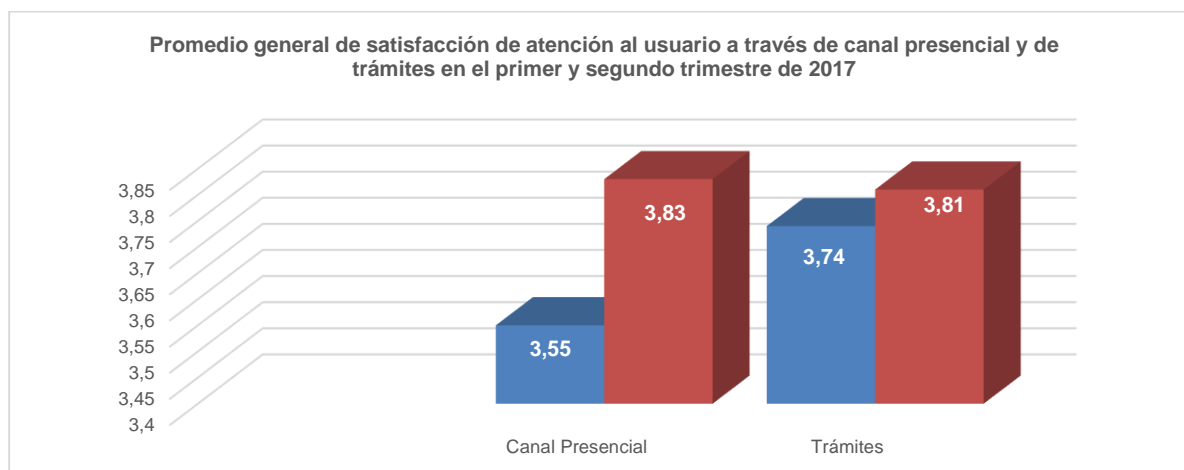
Asesorías:

- Las observaciones presentadas en las encuestas, los asistentes resaltaron que es importante que se abran espacios de asesorías, se requiere dar continuidad y tener mayor profundidad en los temas; asimismo, se requiere realizarlas con mayor frecuencia.

Centro de Zoonosis:

- Para la actividad de esterilización, el Centro de Zoonosis aplicó un total de 387 encuestas de satisfacción del servicio de esterilización de caninos y felinos, en donde se obtuvo un promedio de 4,90. No se presentaron observaciones en las encuestas aplicadas.

En cuanto al nivel de satisfacción de los usuarios que fueron atendidos por canal directo y en trámites también presentaron un comportamiento homogéneo:



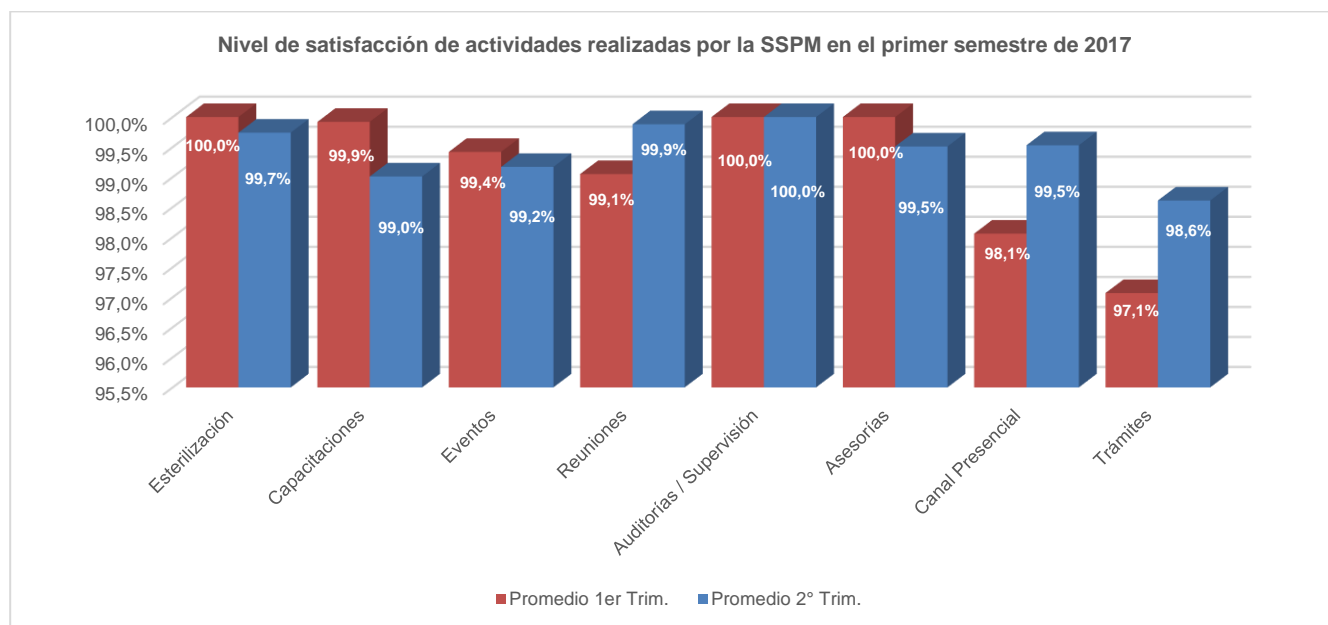
Gráfica 6. Promedio general de satisfacción de atención al usuario a través de canal presencial y de trámites en el primer y segundo trimestre de 2017

De acuerdo con la gráfica anterior, se resaltaron aspectos como:

Atención Presencial y Trámites:

- Teniendo en cuenta que la calificación se realiza en una escala de 1 a 4, siendo 4 la mejor calificación y 1 la más baja, se identifica que el promedio general de satisfacción fue de 3,83. Al respecto, la pregunta que tuvo mejor valoración fueron la N° 5 (¿Cómo califica la presentación personal del servidor público que lo atendió?) con una valoración promedio de 3,87; de igual manera, la pregunta que menor calificación promedio presentó fue la N° 2 (¿Cómo considera el tiempo de espera en la Oficina de Atención al Ciudadano o punto de Atención en la cual ha gestionado su trámite o servicio?) con 3,79.
- En cuanto a las encuestas aplicadas en trámites, los usuarios se identificó que los usuarios percibieron una buena atención durante el trámite, resaltaron la atención y el servicio brindado en las UES y en el Centro de Zoonosis fue completo.

En este orden de ideas, con la información del total de usuarios satisfechos y sobre el total de usuarios encuestados se realizó la medición del Nivel de satisfacción del usuario frente a los productos y servicios entregados por la SSPM; el resultado de enero a junio de 2017 es como se muestra a continuación:



Gráfica 7. Promedio general del Nivel del nivel de actividades realizadas primer semestre 2017.

2.2.2. Informe de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR)

El análisis de las peticiones, quejas y reclamos se realiza trimestralmente con el propósito de conocer no solo la cantidad de registros que ingresan a la SSPM por estos concepto, sino además identificar las razones (ejes temáticos) por las cuales se manifiestan los ciudadanos, la oportunidad con se responden y la frecuencia mensual con que se presentan. Ello permite identificar los puntos débiles que al interior de los procesos pueden mejorarse a fin de brindar un mejor servicio, como también establecer estrategias dirigidas a los ciudadanos y actores del sistema de salud con el mismo propósito.

En este momento, se cuenta con el análisis de los dos trimestres del año 2017 a la fecha, es decir, hasta junio de 2017.

De acuerdo con el análisis grafico recolectado, se tienen las siguientes conclusiones:

Peticiones

Durante este semestre se presentó un total de **8.007** peticiones, identificadas en cada proceso / subprocesos, Comparativamente se observa que se presenta un incremento de PQRS de los ciudadanos en el orden del 25,3 %, con respecto al mismo periodo del 2016. Lo anterior puede significar que hay una mayor interacción y confianza de la ciudadanía con la Secretaria de Salud Municipal, a través de los diferentes canales. Propuestos para tal fin.

Del total de peticiones recibidas entre enero y junio de 2017, la más alta concentración de estas se encontró en los subprocesos de:

- Gestión de Desarrollo y Prestación de Servicios de Salud.
- Gestión del Aseguramiento en salud
- Gestión sobre los determinantes sociales y ambientales en salud

Así mismo, las más bajas concentraciones de peticiones, se observaron en los siguientes procesos:

- Participación Ciudadana y Gestión Comunitaria
- Convivencia y Seguridad/Manejo Integral del Riesgo y Atención de Desastres en Salud.

La siguiente tabla muestra el total de reportes por Grupo de Trabajo.

Proceso / subproceso	Grupo de Trabajo	Total reportes	% Distribución peticiones
Servicio de Salud Pública / Gestión de Desarrollo y Prestación de Servicios de Salud.	Grupo Servicio de Atención a la Comunidad SAC	3584	45%
Servicio de Salud Pública / Gestión del Aseguramiento en salud y Gestión de desarrollo y prestación de servicios de salud	Grupo Aseguramiento y Desarrollo de servicios	2235	28%



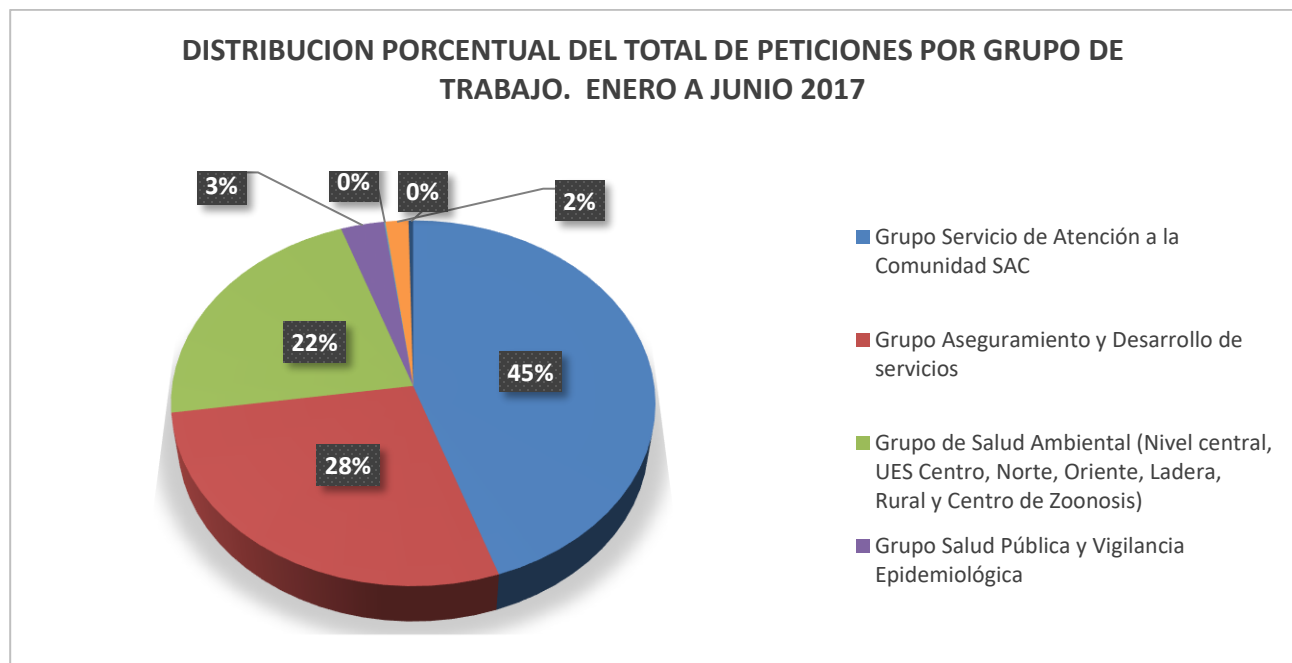
ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

Servicio de Salud Pública / Gestión sobre los determinantes sociales y ambientales en salud	Grupo de Salud Ambiental (Nivel central, UES Centro, Norte, Oriente, Ladera, Rural y Centro de Zoonosis)	1767	22%
Servicio de Salud Pública / Gestión de determinantes sociales y ambientales de la salud	Grupo Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	257	3%
Servicio de Salud Pública / Gestión del Aseguramiento en salud y Gestión de desarrollo y prestación de servicios de salud	Grupo de Salud Mental	136	2%
Convivencia y Seguridad/Manejo Integral del Riesgo y Atención de Desastres en Salud.	Grupo de Gestión del Riesgo en Salud y Atención de Desastre	29	0%
Participación Ciudadana y Gestión Comunitaria	Grupo de Participación Social	6	0%
Total		8.007	100%

Tabla 2. Total de peticiones por grupo de enero a junio de 2017

En términos de los Grupos de Trabajo y su contribución porcentual, véase la siguiente gráfica:



Gráfica 8. Distribución porcentual de peticiones por Grupo de Trabajo de Enero a Junio de 2017

Los grupos de trabajo misionales que conforman el 94,70% del total de peticiones recibidas son:

- Grupo Servicio de Atención a la Comunidad SAC
- Grupo Aseguramiento y Desarrollo de servicios
- Grupo de Salud Ambiental (Nivel central, UES Centro, Norte, Oriente, Ladera, Rural y Centro de Zoonosis)
- Grupo Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

Peticiones por Ejes Temáticos

De acuerdo con el análisis de los ejes temáticos, el 20% de ellos, constituyeron el 80% de las peticiones instauradas por los ciudadanos. Estos ejes temáticos y su frecuencia, se muestran en la siguiente tabla.

Proceso / subproceso	Grupo	Eje Temático	Frecuencia	% Acumulado
Servicio de Salud Pública / Gestión de Desarrollo y Prestación de Servicios de Salud.	Grupo Servicio de Atención a la Comunidad SAC	Accesibilidad - Grupo SAC	2179	27%
Servicio de Salud Pública / Gestión del Aseguramiento en salud y Gestión de desarrollo y prestación de servicios de salud	Grupo Aseguramiento y Desarrollo de servicios	Afiliación al Régimen Subsidiado - Grupo Aseguramiento	2171	27%
Servicio de Salud Pública / Gestión de Desarrollo y Prestación de Servicios de Salud.	Grupo Servicio de Atención a la Comunidad SAC	Oportunidad - Grupo SAC	1392	17%
Servicio de Salud Pública / Gestión sobre los determinantes sociales y ambientales en salud	Grupo de Salud Ambiental (Nivel central, UES Centro, Norte, Oriente, Ladera, Rural y Centro de Zoonosis)	Otros servicios que presta el Centro de Zoonosis	521	6%

Tabla 3. Frecuencia Peticiones por Ejes Temáticos y por Grupo de Trabajo de Enero a Junio 2017

En esta oportunidad, los ejes temáticos se soportan en los análisis reportados por los grupos:

- ***Afiliación al Régimen Subsidiado - Grupo Aseguramiento (2.179).***

Este eje temático se ha mantenido en el primer lugar de frecuencia, puesto que corresponde a solicitudes de ciudadanos que solicitan cambio de nivel en el carne de la EPSS en virtud a que fueron afiliados con metodología II del SISBEN y en la metodología III, el puntaje los ubica en el nivel 1 y por tanto, quedan exentos de copagos, según los rangos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). También se observaron solicitudes en las subcategorías de: solicitud de traslados de EPS, correcciones de inconsistencias, retiros, afiliación primera vez al Sistema General de Seguridad Social, reingresos, resolución de glosas, conciliación cuentas de pago y movilidad.

- ***Accesibilidad y Oportunidad - Grupo SAC (3.571).***

En “Accesibilidad” predominaron las subcategorías de solicitudes relacionadas con “Bajar el nivel del Carnet” y “Otros temas de aseguramiento”. Y en “Oportunidad” persisten las subcategorías de “Demora en autorización de servicios”, “Demora en programación de actividades”, “Demora en entrega de medicamentos” y “Capacidad de oferta” que involucra tanto a las EAPB como IPS.

- ***Otros servicios que presta el Centro de Zoonosis (575).***

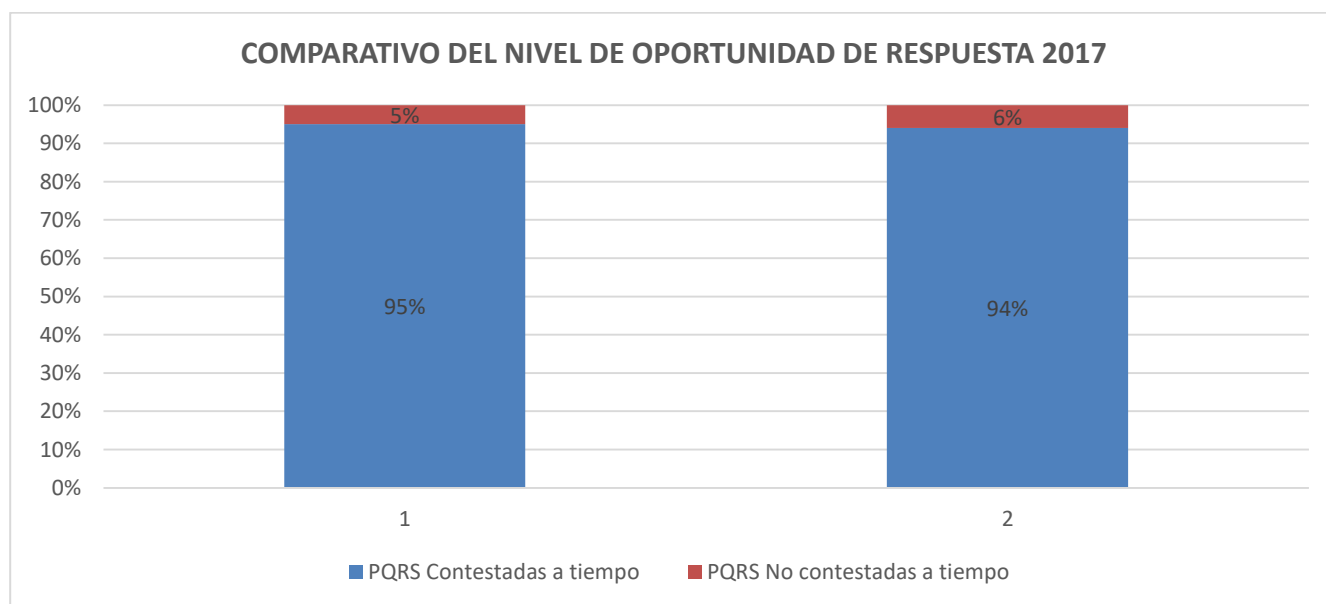
En los que va corrido del año, este eje temático conservo su alta frecuencia debido a la demanda permanente de los usuarios sobre los siguientes requerimientos:

- ✓ Campaña en pro de la vida animal
- ✓ esterilización de caninos y felinos
- ✓ solicitud de información del Comité asesor de protección y bienestar animal
- ✓ Solicitud de visita por caninos y felinos agresivos
- ✓ Solicitud de visita por infestación de garrapatas
- ✓ Solicitud de visita por presencia de roedores
- ✓ Solicitud de visita por tenencia irresponsable de animales

Nota: Es importante que si este eje temático de “Otros” tiene tan alta frecuencia, sea discriminado para identificar la frecuencia de cada uno de estos servicios.

Nivel de Oportunidad de Respuesta de Peticiones

En lo corrido del año se ha visto un nivel de oportunidad de respuesta de peticiones con un comportamiento muy similar a los dos últimos trimestres del año pasado 2016, donde el nivel de respuesta alcanzo el 94% y este no ha bajado hasta la fecha.



Gráfica 9. Cuadro comparativo del Nivel de Oportunidad de Respuesta de los dos primeros trimestres 2017.

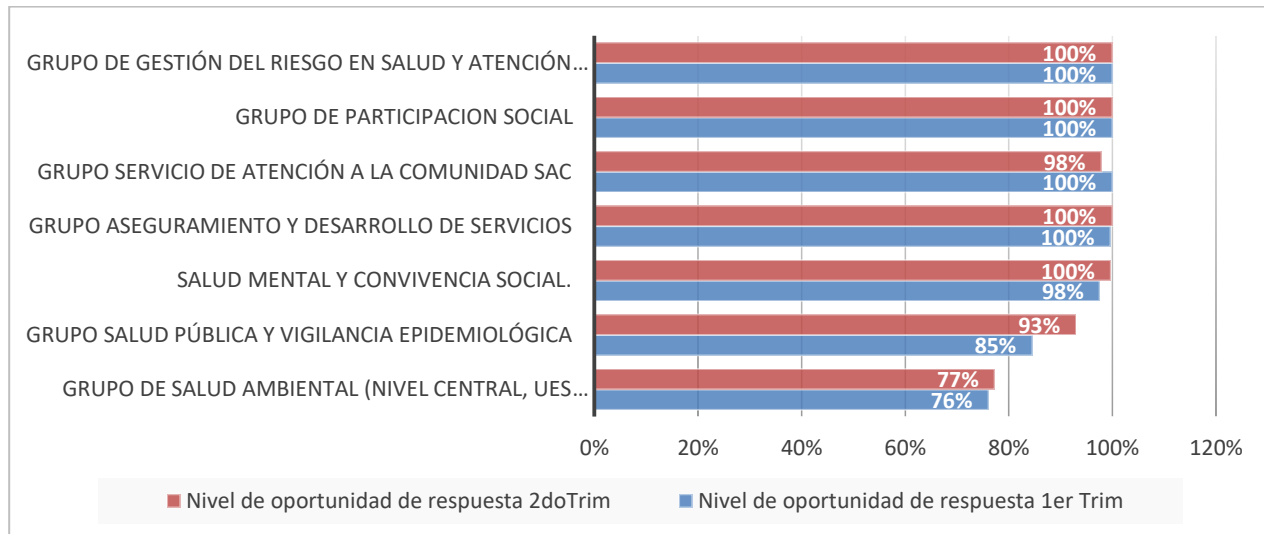
Al realizar este mismo análisis de oportunidad ya de manera específica por subprocesos, se evidencia que los grupos de menor oportunidad de respuesta son el Grupo de Salud Ambiental (Nivel central, UES Centro, Norte, Oriente, Ladera, Rural y Centro de Zoonosis) y el grupo de Grupo Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica con 76% y 85% respectivamente.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

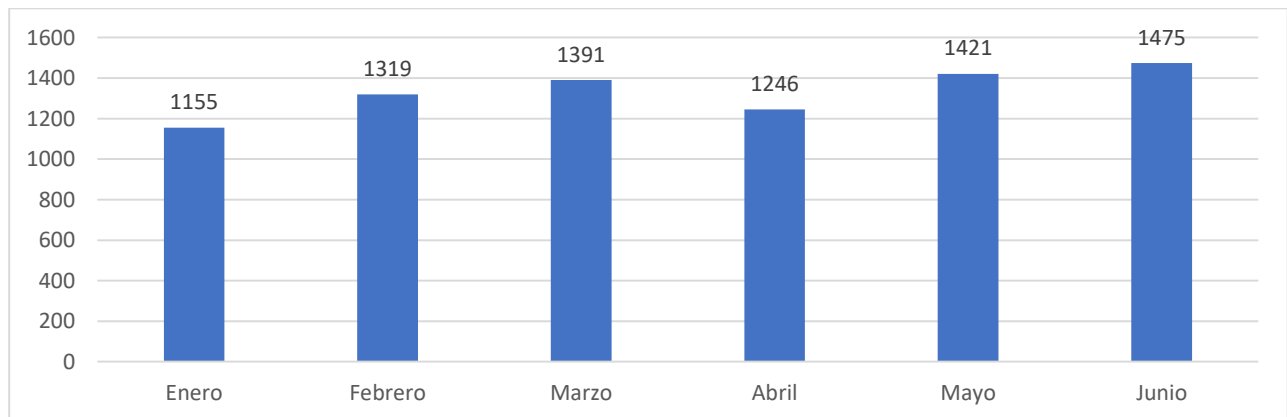
INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

NIVEL DE OPORTUNIDAD DE RESPUESTA A PQRS POR TRIM. Y POR GRUPO DE TRABAJO. Enero – Junio 2017.



Gráfica 10. Nivel de oportunidad de respuesta por grupo de trabajo – Enero a Junio 2017

Frecuencia mensual de Peticiones 2017



Gráfica 11. Comportamiento Mensual de Peticiones - Enero a Junio 2017

Como se observa en la gráfica, se observó que los meses con las altas frecuencias de peticiones fueron mayo y junio; y en el promedio a la fecha es de 1.332 peticiones por mes.

Quejas

**INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL**

No se reportaron por parte del Departamento Administrativo de Control Interno, ni al organismo quejas en el periodo de enero a junio.

Reclamos

En lo que va corrido del año, los grupos misionales reportaron 4 reclamos:

Reclamo N°1: Grupo de Salud Ambiental

N°. Radicado Padre: N° 201741730200156642.

Asunto del reclamo: Remite queja por visita a su predio, con muchos funcionarios públicos, generando estrés por parte del personal del hotel nevada para atenderlos.

N°. Radicado de respuesta: 201741450100026571

Solución: La responsable del Grupo de Salud Ambiental remite oficio al Señor Cesar Calle- Gerente del hotel Nevada informándoles que en cumplimiento de la ley 1801 de 2016 los establecimientos de comercio abierto deben cumplir con unos requerimientos mínimos para ejercer la actividad, por ende la Secretaria de Salud adelanta acciones de IVC en la identificación de factores sanitarios que puedan afectar la salud de la población individual y colectiva. A su vez, para informar que cuando se realizan operativos en conjunto se programan de manera eventual, con el fin de realizar acciones sobre sujetos de interés, en ningún momento fue interés del Municipio realizar traumatismo por la visita realizada, o de afectar y/o perjudicar al comerciante, al contrario lo que el Grupo de Salud Ambiental busca es brindar asesoría con el fin de que se mejore el servicio prestado.

Reclamo N°2: Grupo de Salud Ambiental -

N°. Radicado Padre: N° 201741730100350872

Asunto del Reclamo: En la institución educativa la buitrrera, sede Toledo, llevan más de 1 mes trabajando casi sin agua, baños sucios. Han elevado solicitud a la secretaria de salud y no se evidencia acción alguna. Son 350 niños en condiciones antihigiénicas que ocasionan riesgos en la salud.

N°. Radicado de respuesta: 20174173010035087200002

Descripción de la solución al ciudadano: Se envía acta de visita de inspección, vigilancia y control sanitario, N° acta A 14752 de fecha 18/04/2017. A su vez se adjunta acta de inspección sanitaria con enfoque de riesgo para establecimientos con enfoque de riesgo de la Institución Educativa la Buitrrera Sede San José y Toledo. Gestionado por la UESA Rural.

Reclamo N°3: Grupo de Salud Ambiental

N°. Radicado Padre: 201741730100358292

Asunto del reclamo: Se solicita que las visitas de IVC a los establecimientos se realicen con mayor profundidad, ya que el personal solo se dirige a las oficinas para dar concepto pero no revisan exhaustivamente estanterías, pisos, cavas donde se almacenan alimentos, neveras y demás- Supermercado la Gran Colombia, a su vez es importante que se realicen operativos de sorpresa para que el personal ejerza mayor control sobre la salubridad del mismo.

N°. Radicado de respuesta: 2017417301003582292

Solución: Se observa respuesta al Señor Augusto Robles, técnico área de salud- UESA Oriente, visita de inspección, vigilancia y control sanitaria acta de visita N° A27964 del 05 de abril de 2017, dando a conocer las acciones realizadas por la proliferación de roedores, informando que el establecimiento presentó diagnóstico de la empresa control de plagas, a su vez adjunto certificado de control de plagas, realizado el 27 de marzo y 05 de abril de 2017. Por último se informa en el oficio del peticionario que

cuando el personal del Municipio realizó visita de inspección sanitaria no se observaron muestras de roedores, de acuerdo a visita realizada A 27964.

Reclamo N°4. Grupo de Salud Pública – Promoción Social.

N°. Radicado Padre: N° 201741730100133962.

Asunto del reclamo: No se justifica que COOMEVA EPS, en su oficina de IMBANACO no tenga acceso para los discapacitados y tengamos que conseguir quien nos haga las diligencias. Ni una sola rampa en un área bastante amplia. Parece como si los discapacitados no fuéramos ciudadanos

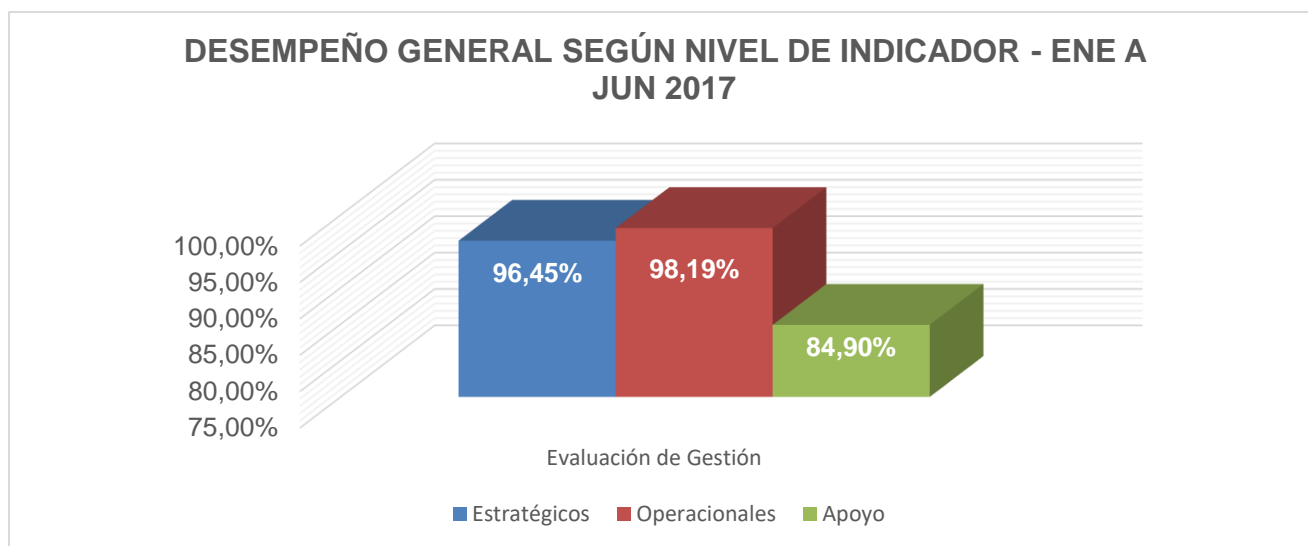
N°. Radicado de respuesta: 201741450200009061

Solución: Se realiza direccionamiento al peticionario.

2.3. ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTO DE INDICADORES DE EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD AL 2DO. TRIMESTRE DE 2017.

2.3.1. Análisis general según el nivel de indicador (Estratégico, operacional y de apoyo)

De acuerdo con el siguiente gráfico, hasta el segundo trimestre de 2017, se identificó que los resultados de los indicadores de la SSPM presentaron un desempeño general de 92,52%, dicho resultado refleja que al interior de los grupos de trabajo se han aterrizado más los resultados a la gestión que se desarrollan en cada uno de los grupos, adicionalmente, para la vigencia de este informe se evidencia que las actividades se están articulando con las metas establecidas en los proyectos operativos de inversión, lo que permite mayor seguimiento y ajuste cuando se requiera. En este sentido, se identifica que los indicadores de nivel estratégico presentaron una evaluación de 96,45%, los de nivel operacional de 98,19% y los de nivel de apoyo de 84,90%.



Gráfica 12. Desempeño general de según nivel del indicador - Enero a Junio 2017.

2.3.2. Desempeño de indicadores estratégicos

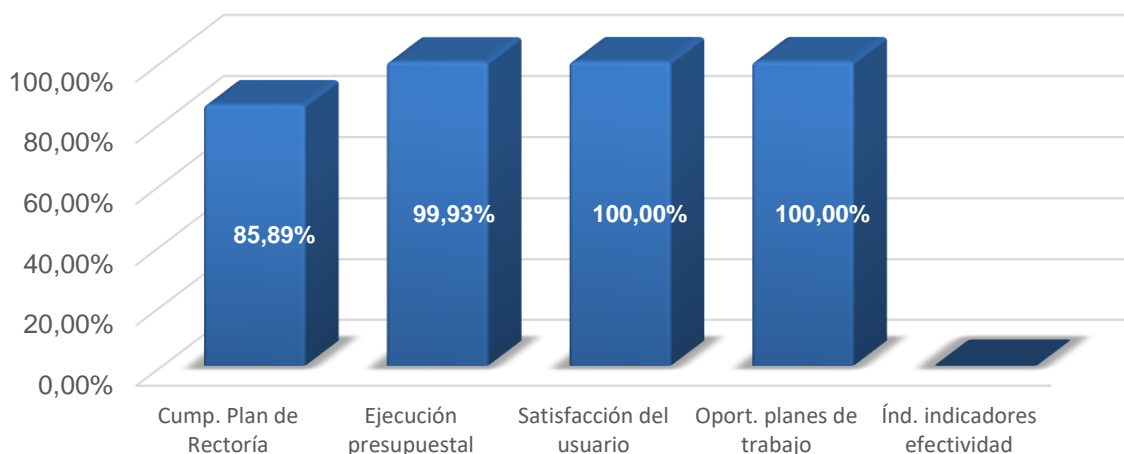
Para el periodo de este análisis se identificó que los indicadores de Porcentaje de cumplimiento oportuno de los cronogramas de planes de trabajo de rectoría en salud y de Nivel de satisfacción del usuario presentaron un nivel de cumplimiento sobre la meta de 100%; seguido del indicador de Porcentaje de ejecución presupuestal con un cumplimiento con relación a la meta de 99,93% y por último, el indicador de Promedio simple del % de ejecución del Plan de Acción de Rectoría en Salud Pública con cumplimiento de 85,89% con relación a la meta.

Con relación al indicador de Porcentaje de ejecución presupuestal se identificó que para primer mes de la vigencia 2017, el comportamiento de la ejecución presupuestal se encontró por debajo de lo esperado, debido a la relación directa con la dinámica del Municipio en lo referente con la contratación en los primeros meses del año, dicho comportamiento fue similar en el primer trimestre; sin embargo, para el segundo trimestre los resultados han arrojado un incremento en el comportamiento del indicador, lo cual se debe a que se presenta mayor incremento en la ejecución presupuestal de los proyectos.

En cuanto al comportamiento del indicador de Promedio simple del % de ejecución del Plan de Acción de Rectoría en Salud Pública, se identificó que la ejecución física de los proyectos de la SSPM en el primer trimestre fue de 77,6%, es decir, de la meta que era 10% se logró un resultado de 7,76%; lo cual se encuentra relacionado con el indicador anterior, pues la ejecución durante el primer trimestre es menor debido al inicio de la contratación.

Para el resultado del indicador de Porcentaje de cumplimiento oportuno de los cronogramas de planes de trabajo de rectoría en salud, se presentó que durante los dos periodos de medición, 8 de los 10 planes de trabajo cumplieron con la oportunidad en la ejecución de las acciones, los planes de trabajo que presentaron dificultades frente a la oportunidad fueron el del Grupo de Salud Ambiental y el del Centro de Zoonosis.

DESEMPEÑO DE INDICADORES ESTRATÉGICOS - ENE A JUN 2017



Gráfica 13. Desempeño de Indicadores Estratégicos - Enero a Junio 2017

2.3.3. Desempeño de indicadores operacionales (Eficacia)

El comportamiento de los resultados de los indicadores de eficacia que se evaluaron en el primer semestre de 2017, indican que el 90% de éstos cumplieron con la cantidad de las acciones establecidas, sin embargo, se identificó que el indicador de eficacia que genera el Centro de Zoonosis presentó dificultades en el cumplimiento de tareas como: Capacitaciones sobre tenencia responsable de mascotas (en primer trimestre), inmunización contra la Rabia a caninos y felinos (primer semestre), servicios de fumigación y desinfección solicitados por demanda (primer semestre).

En cuanto a la planeación de las actividades, se evidenció que los grupos de trabajo se encuentran realizando seguimiento a las actividades planeadas versus las realizadas, adicionalmente, se encuentran realizando ajustes que se consideran pertinentes, situación que ha estabilizado la generación de los resultados.

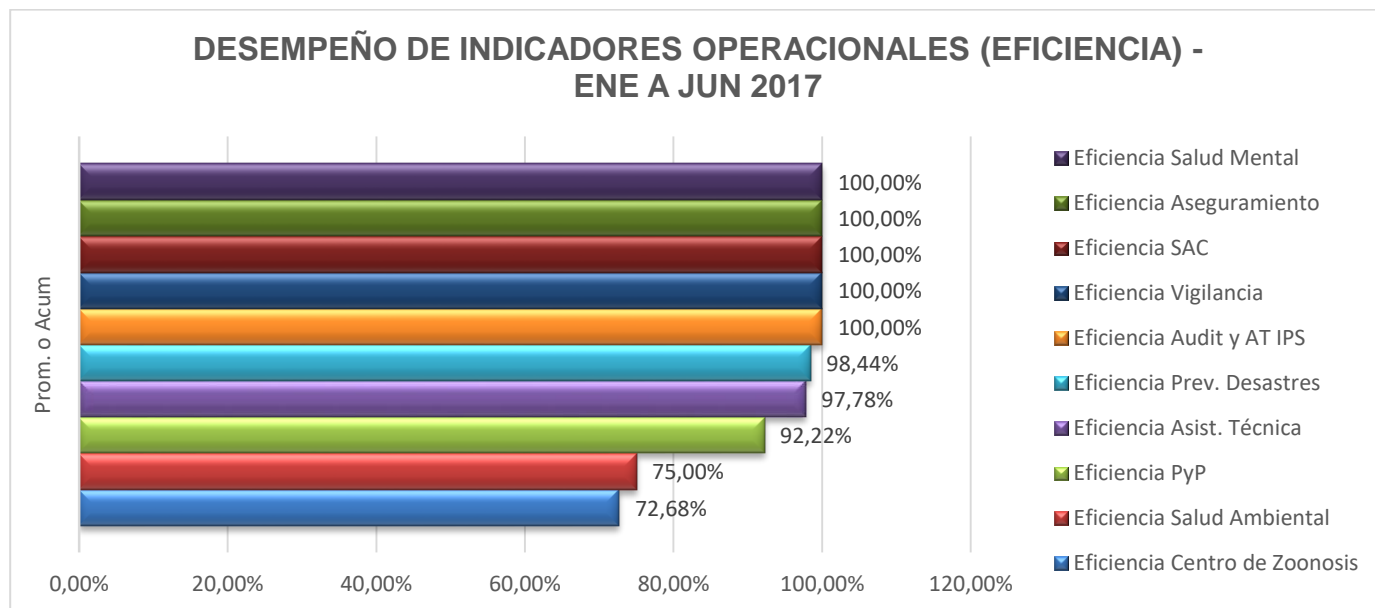


Gráfica 14. Desempeño de Indicadores Operacionales (Eficacia) - Enero a Junio 2017

2.3.4. Desempeño de indicadores operacionales (Eficiencia)

En los resultados de los indicadores de eficiencia se identificó que 6 de 11, es decir, el 55% tuvieron un cumplimiento de 100%, durante el primer semestre; 3 tuvieron una valoración promedio entre 90% y 99%, mientras que 2 de ellos, es decir el 18% una valoración promedio de 70% y 75%.

En cuanto a la metodología de generación de los datos, con el Grupo de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica se ajustó la manera como se genera el resultado, teniendo en cuenta escala de medición.



Gráfica 15. Desempeño de Indicadores Operacionales (Eficiencia) - Enero a Junio 2017

2.3.5. Desempeño de indicadores de apoyo (Eficacia)

En cuanto al resultado del desempeño de los indicadores de eficacia de nivel de apoyo, para la presente vigencia se realizó una revisión de los actuales y se estableció la necesidad de incorporar 4 nuevos indicadores en el Macroproceso de Hacienda Pública, en el Proceso de Planeación Institucional (relacionado con infraestructura) y en el proceso de Gestión del Talento Humano, quedando en total 15 indicadores de eficacia de nivel de apoyo; de los cuales, 9 es decir el 60% arrojaron un resultado de 100%; 1, es decir el 7% con valoración por encima del 95%, 3 de ellos, es decir el 20% con una valoración entre el 65% y 74%, y finalmente, 1 (20%) con una valoración de 24,09%.

Con relación al resultado del indicador de Porcentaje de avance presupuestal a la ejecución de infraestructura física, el cual se empezó a medir a partir del mes de junio, se observa que su resultado se relaciona con la ejecución de infraestructura que se está llevando a cabo en la SSPM, del cual se presenta un atraso en la ejecución de las actividades, especialmente debido a aspectos como: Demora en la instalación de los puestos de trabajo, desmonte, traslado y reinstalación de mobiliario en las áreas de contingencia por parte del contratista, excavación y perforación de cimentación.

En lo referente al resultado del Indicador de ejecución del PAC por proyecto, se identificó que los resultados del primer trimestre estuvieron por debajo de la meta, debido a la dinámica de contratación del Municipio y a que en algunos proyectos no se solicitó el PAC oportunamente, sin embargo, este indicador presentó un comportamiento sobre lo esperado para segundo trimestre. Esta situación es

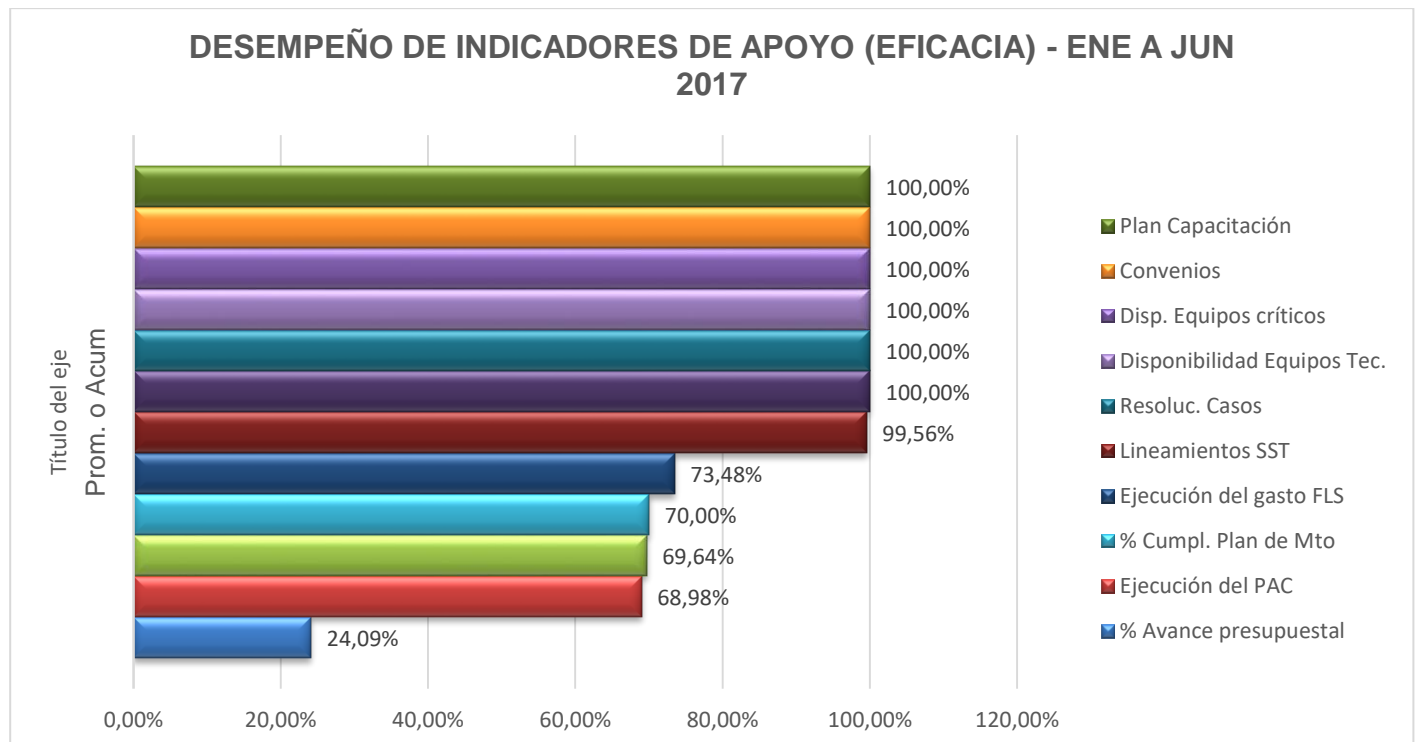


ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

similar con los indicadores de Ejecución de ingresos del Fondo Local de Salud y de Ejecución del gasto del Fondo Local de Salud.

En cuanto a los resultados del indicador de Porcentaje de Cumplimiento al Plan de Mantenimiento, se identificó que las actividades desarrolladas han estado más orientadas a atender los requerimientos de mantenimiento correctivo y remodelaciones que se requirieron con urgencia.



Gráfica 16. Desempeño de Indicadores De Apoyo (Eficacia) - Enero a Junio 2017

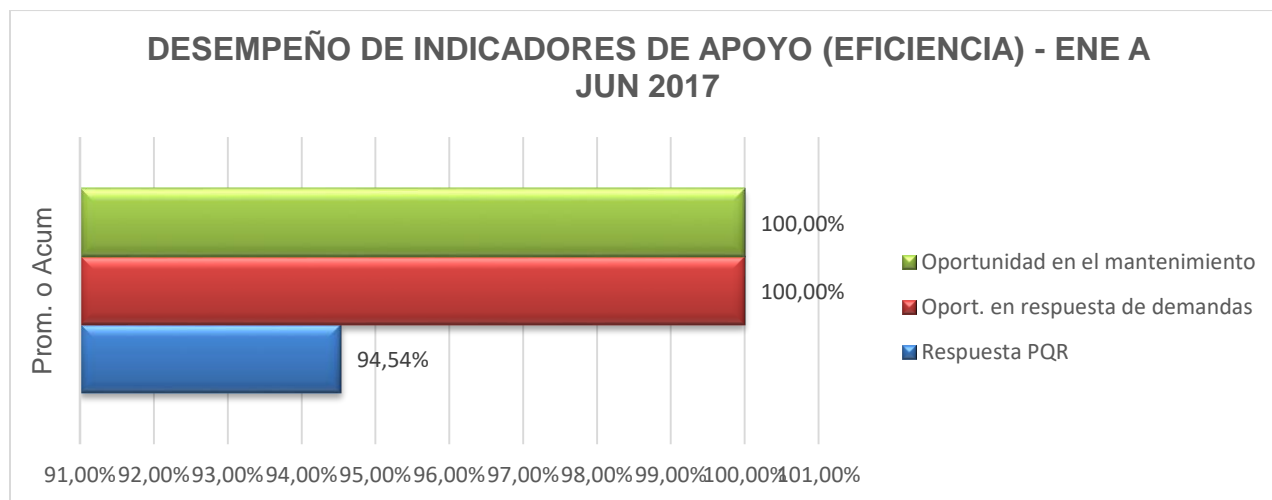
2.3.6. Desempeño de indicadores de apoyo (Eficiencia)

En la medición de los indicadores de eficiencia se identificó que el de Oportunidad en la respuesta de las demandas contenciosas administrativas presentó una valoración de 100%, es decir, desde el Grupo Jurídico se han contestado la totalidad de las solicitudes de nulidad y de restablecimiento del derecho, así como las acciones populares asignadas a dicho grupo de trabajo.

Con relación al resultado del indicador de Oportunidad en respuesta a Peticiones, Quejas y Reclamos, se observa que su nivel de desempeño presentó un incremento con relación al mismo periodo de medición de la vigencia anterior, para el primer semestre de 2016 el valor promedio fue de 88,4% y

para el primer semestre de la presente vigencia fue de 94,54%, es decir, se presentó un incremento de 6,95% puntos porcentuales; lo anterior se debe a los controles implementados como: Reuniones de seguimiento, reporte semanal por grupos, se ha implementado matriz de seguimiento de PQR por grupos y seguimiento por parte del Secretario de Salud en los Comités Técnicos.

Con relación al indicador de Oportunidad en el mantenimiento de equipos críticos, se identifica que éste también presentó un incremento, pues se ha logrado atender las necesidades de mantenimiento mediante caja menor, adicionalmente, los contratos de equipos críticos como aires acondicionado y cadena de frío salieron rápido el cual salió el 30 de marzo para la vigencia de 2016 y en la presente vigencia salió en el mes de abril, de igual manera, se realizaron ajustes al cronograma de mantenimiento de los equipos críticos, lo que permitió tener mayor holgura.



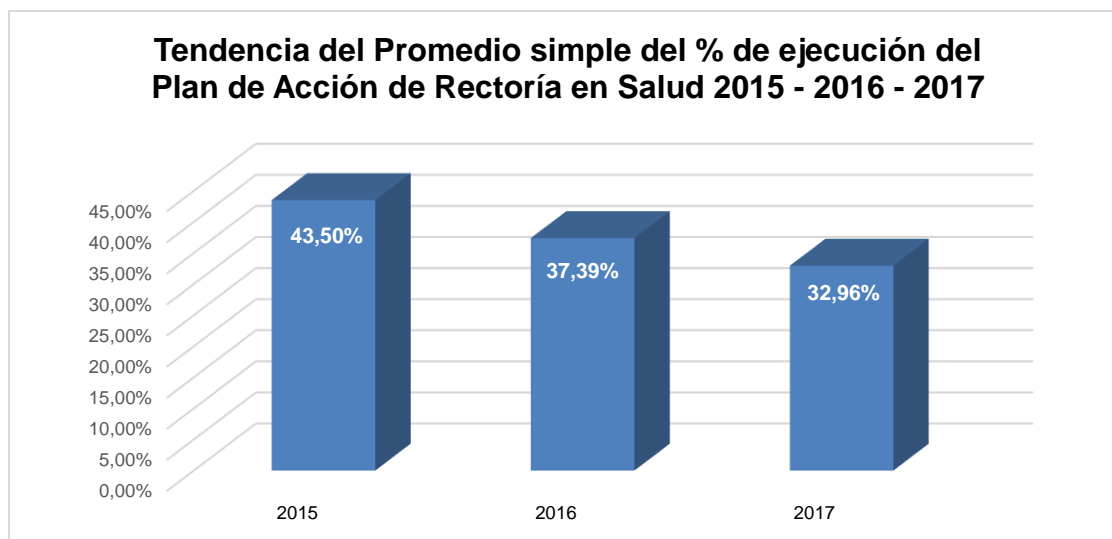
Gráfica 17. Desempeño de Indicadores De Apoyo (Eficiencia) - Enero a Junio 2017

2.4. ANÁLISIS DE TENDENCIA DE INDICADORES DE EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DE PROCESOS 2015 - 2016

2.4.1. Promedio simple del % Porcentaje de ejecución del Plan de Acción de Rectoría en Salud

Este indicador ha presentado variación en su comportamiento desde que se inició su medición en el año 2015, desde su implementación, el % de ejecución del plan de acción a junio de 2015 fue de 43,50%, para 2016 fue de 37,39% y en lo que va corrido de la actual vigencia, su valoración fue de 32,96%. Dicha disminución se ha presentado debido a que para el inicio del cuatrienio la SSPM realizó la formulación de las metas del nuevo Plan de Desarrollo y al cambio de gobierno. De otra parte, para la actual vigencia también se presentó disminución en la ejecución del plan de acción en comparación

con las vigencias anteriores, debido a que se presentaron demoras en la contratación del proyecto relacionado con población pobre no asegurada. Véase el siguiente gráfico.



Gráfica 19. Tendencia del Promedio simple del % de ejecución del Plan de Acción de Rectoría en Salud 2015 - 2016 – 2017.

2.4.2. Porcentaje ejecución presupuestal.

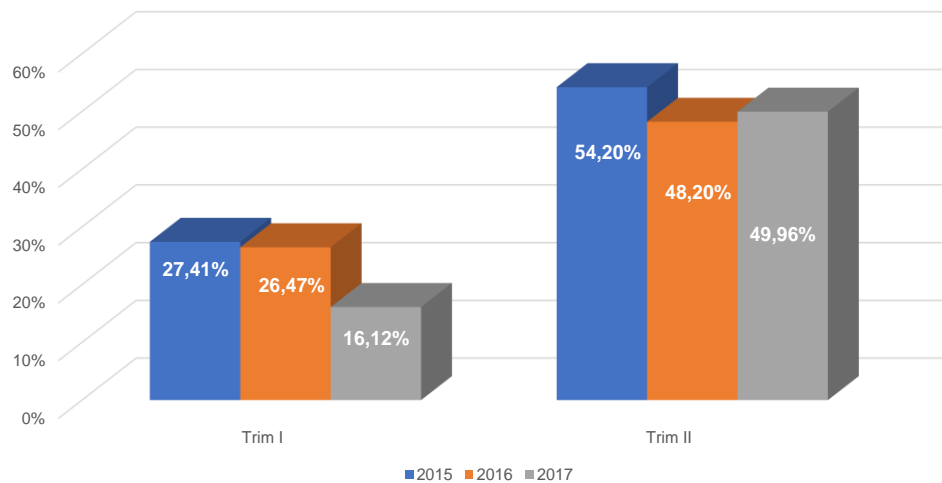
El comportamiento entre 2015 y 2016 muestra una tendencia similar en la ejecución presupuestal, aunque en 2016 disminuya levemente la ejecución en esos periodos, se logra al final una ejecución del 98%. En el periodo 2017 primer trimestre, se identifica un cambio significativo debido a un atraso en la ejecución de los recursos del régimen subsidiado y población pobre, situación que se presente por impacto de la reforma administrativa (creación del Departamento Administrativo de Contratación), de la cual las nuevas directrices es que los procesos de contratación deben pasar por este departamento para su revisión, lo cual generó demoras, sin embargo, se realizan las gestiones para lograr que dicho departamento comprenda las dinámicas propias de la contratación en salud y se logra al segundo trimestre restablecer el comportamiento en la ejecución presupuestal. Véase la siguiente gráfica.



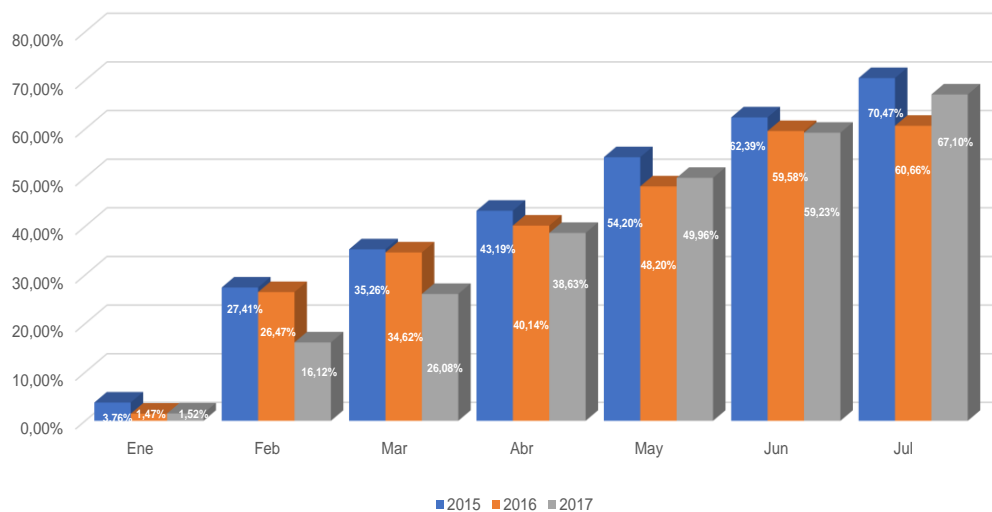
ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

Tendencia de indicador de Porcentaje de ejecución presupuestal - Ene a Jun
de 2015 - 2016 - 2017



Tendencia mensual del indicador de Ejecución presupuestal
Ene a Ago de 2015 - 2016 - 2017

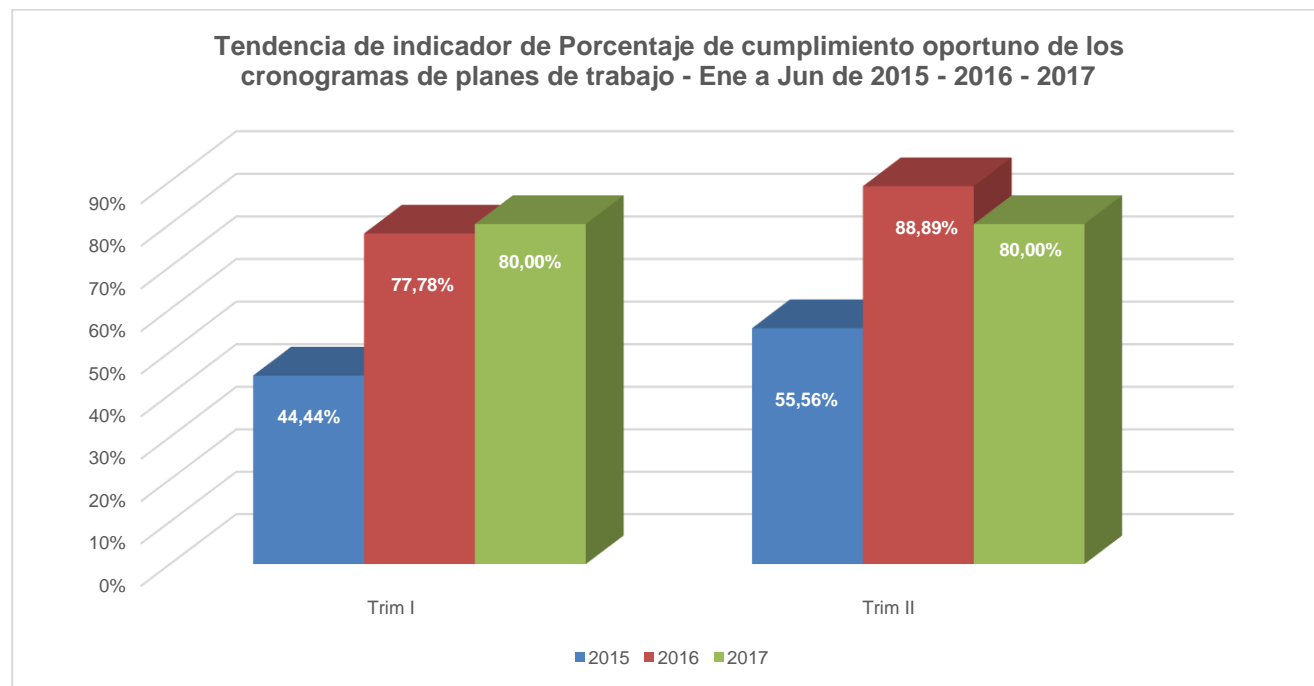


Gráfica 20. Tendencia de indicador de Porcentaje de ejecución presupuestal – Enero a Junio de 2015 – 2016 – 2017

2.4.3. Porcentaje de cumplimiento cronogramas.

Desde que se inició la medición de la oportunidad en el cumplimiento de los planes de trabajo desde 2015, se ha evidenciado que los grupos de trabajo misionales de la SSPM se encuentran realizando un ejercicio articulado de las actividades definidas en los POAI, lo que les ha permitido realizar seguimiento al cumplimiento de las metas, adicionalmente, realizar ajustes necesarios según las variaciones o ajustes presupuestales que se presenten en los diferentes proyectos de inversión.

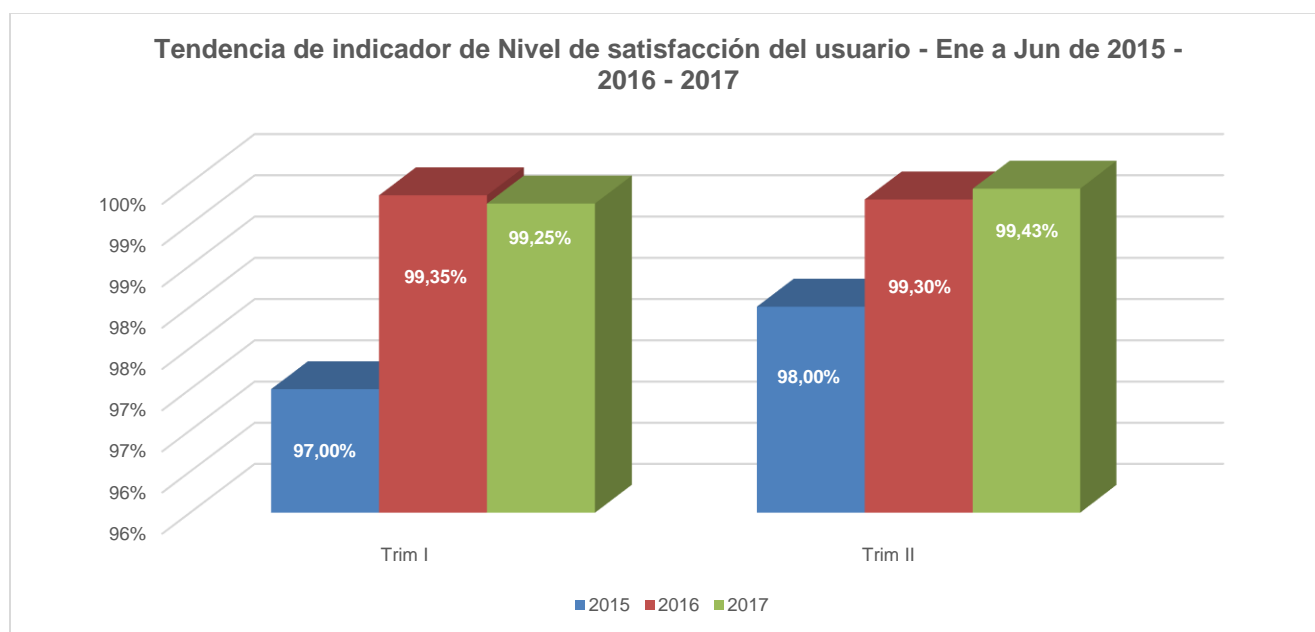
De igual manera, el nivel de desempeño de este indicador ha presentado un comportamiento homogéneo durante 2017, de los 10 planes de trabajo 8 cumplieron con la oportunidad; por tanto, aunque aún es necesario revisar las causas de incumplimiento de los dos planes de trabajo que no cumplen con la oportunidad, se evidencia que desde que se implementó este indicador, los grupos de trabajo se encuentran estableciendo metas más articuladas con la capacidad operativa de respuesta a su gestión y están fortaleciendo la priorización de actividades que requieren mayor nivel de oportunidad según las necesidades de salud pública para la ciudad.



Gráfica 21. Tendencia de indicador de Porcentaje de cumplimiento oportuno de los cronogramas de planes de trabajo - Enero a Junio de 2015 – 2016 – 2017

2.4.4. Nivel de satisfacción del usuario

Durante las tres vigencias en las que se ha realizado medición del nivel de satisfacción del usuario, se observa que este indicador se ha estabilizado y que durante los tres periodos ha presentado un alto nivel de desempeño, lo que indica que la SSPM dentro del marco de sus responsabilidades legales y normativas, están dando respuesta a las necesidades de salud pública de la ciudad, adicionalmente, parte de las actividades de identificación de la percepción y de la satisfacción del usuario, realiza la identificación de necesidades de los usuarios a través de los conversamos en salud, espacio en donde se reconocen las responsabilidades de intervención que plantea la comunidad, revisando su competencia, alcance y disponibilidad de recurso para ejecución de las acciones respectivas.



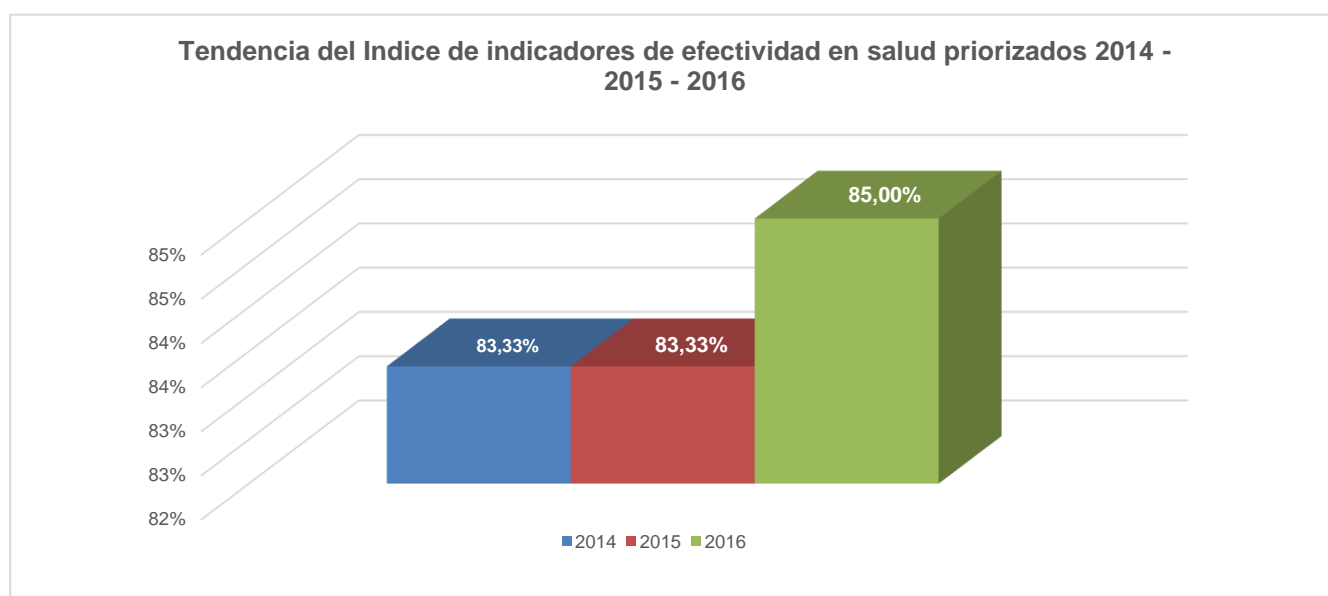
Gráfica 22. Tendencia de indicador de Nivel de satisfacción del usuario - Enero a Junio de 2015 – 2016 – 2017

2.4.5. Índice de Indicadores de efectividad en Salud priorizados

Este indicador se mide desde la vigencia 2014 y su periodicidad es anual, desde su implementación, se han identificado los indicadores de impacto que mayor incidencia tienen sobre la salud de la población del Municipio de Santiago de Cali, por lo que la SSPM despliega su gestión a realizar monitoreo sobre el comportamiento de las posibles variaciones que tienen estos indicadores, sin embargo, es importante considerar que la SSPM, dentro de su rol de rectoría en salud también realiza un seguimiento permanente al comportamiento de todos los indicadores en salud pública que inciden sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud y que por directriz de diferentes entes reguladores se deben desplegar acciones tendientes a mejorar la salud de la población.

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

Desde su implementación en 2014, fueron priorizados 12 indicadores de impacto, igual cantidad fue priorizada para la vigencia 2015; sin embargo, parte del ejercicio que se realizó para la definición de las metas del Plan de Desarrollo para 2016 – 2019, fue la identificación de indicadores que inciden directamente en mayor proporción en la salud de la población, por tanto, a partir de 2016 se incorporaron más indicadores de impacto, para un total de 23 indicadores de impacto, a los cuales se debe realizar monitoreo y reporte permanente y se genera su resultado anualmente.



Gráfica 23. Tendencia del Índice de indicadores de efectividad en salud priorizados 2014 - 2015 - 2016

Aunque para el año 2016 se incluyeron nuevos indicadores de impacto priorizados, la gráfica anterior evidencia un incremento de 2 puntos porcentuales con relación a las vigencias 2015 y 2014 respectivamente.

A continuación se presentan los indicadores en salud priorizados:

I= indicadores de efectividad en salud priorizados	Año 2016				
	Valor Dic 31	Meta	Cumplimiento		Resultado
Incidencia de Tosferina	0,04	< 1 por 100.000 hb	SI	1	4,0%
Incidencia Parotiditis	12	< 12 casos por 100.000 habitantes	SI	1	6,0%
Incidencia de Sarampión/Rubeola	0,00	0	SI	1	6,0%

**INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL**

I= indicadores de efectividad en salud priorizados	Año 2016				
	Valor Dic 31	Meta	Cumplimiento		Resultado
Letalidad por dengue	0,12	Del 2% al 5%	SI	1	5,0%
Letalidad por varicela	0,00	< 0,5%	SI	1	6,0%
Incidencia de rabia humana	0,00	0	SI	1	6,0%
Incidencia por leptospirosis	7,22	<10%	SI	1	5,0%
Tasa de mortalidad por TB-TF	2,17	< 4,0 por 100.000 habitantes	SI	1	4,0%
Razón de mortalidad materna	33,68	< 45 por 100.00 nacidos vivos*	SI	1	4,0%
Incidencia de sífilis congénita	1,46	0,5 por 1000 nacidos vivos*	NO	0	0,0%
Transmisión vertical de VIH	0,07	Cero casos	NO	0	0,0%
% de Bajo Peso al nacer	8,78	Menor al 9,5%	SI	1	7,0%
Silencio epidemiológico de Cólera	0,00	0	SI	1	7,0%
Tasa de mortalidad por desnutrición en menor de 5 años	26,20	18,3 por 100000 nacidos vivos*	NO	0	0,0%
Prevalencia de VIH	<1%	<1%	SI	1	6,0%
Mortalidad Infantil	8,12	<7,8 por 1000 nacidos vivos*	SI	1	7,0%
Tasa de mortalidad por ECNT en edades entre 30 a 69 años	234,3	<40 por cada 100.000 habitantes	NO	0	0,0%
Porcentaje de violencia Familiar Atendidos por Salud y Protección con Restitución de derechos****	1,21	Inferior al 3,0%	NO	0	0,0%
Personas con discapacidad o en riesgo Intervenidas en la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) que logra Inclusión en la sociedad***	3000	3000 personas	SI	1	3,0%
Índice de Riesgo de Calidad de Agua para consumo humano - IRCA	1,13%	0% - 5%	SI	1	2,0%
Índice Aédico en sumideros	3,2%	<4%	SI	1	2,0%
Porcentaje de disminución de incumplimientos de requisitos sanitarios en sujetos intervenidos en salud ambiental	94%	90%	SI	1	2,0%
Cobertura del aseguramiento en salud	93%	Mayor a 90%	SI	1	3,0%

Tabla 4. Indicadores de efectividad en salud priorizados

Para 2016, la meta del índice de indicadores de efectividad en salud se estableció en 82%, vigencia para la cual se obtuvo un resultado de 85%. Por iniciarse un nuevo cuatrienio, se realizó una priorización de nuevos indicadores de impacto, los cuales pasaron de 12 a 23 indicadores en salud que se incluyeron dentro de la medición; dicha priorización generó cambios en el resultado en comparación a la vigencia inmediatamente anterior.

**INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL**

Al revisar las metas individuales de los indicadores priorizados, se identificó que de los 23 indicadores 6 no cumplieron con la meta municipal, éstos fueron: Incidencia de sífilis congénita, Transmisión vertical de VIH, Tasa de mortalidad por desnutrición en menor de 5 años, Porcentaje de violencia familiar atendidos por salud, Tasa de mortalidad por Enfermedades Crónicas No transmisibles en 30 a 69 años y el de Porcentaje de disminución de incumplimientos de requisitos sanitarios en sujetos intervenidos en salud ambiental.

La incidencia de sífilis congénita ha disminuido sin embargo, la intervención de este evento requiere de la integración a la estrategia no solo de madre e hijo sino de las parejas de éstas, pero por cuestiones culturales o comportamentales no es posible intervenirlos y tratarlos, de esta manera se sigue presentando contagio de esta enfermedad en otras mujeres gestantes y por lo tanto en los menores; en cuanto a la transmisión vertical de VIH se presentaron 2 casos, este evento requiere del seguimiento de los menores expuesto por un lapso de 2 años hasta su confirmación o descarte de casos. Con relación a la Tasa de mortalidad por desnutrición en menor de 5 años, éste es un indicador municipal ya que no es una exigencia nacional, el propósito es movilizar el sector salud y otros actores sociales con el fin de contener la mortalidad e incluso lograr disminuirla, para el año 2016 se registraron 7 defunciones por esta causa y lo esperado eran 5, es un evento difícil de controlar dados los múltiples factores sociales y ambientales inmersos en éste. De otra parte, la Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles es ambiciosa dado que propone una reducción del 50%, pero para lograr esto se requiere de cambio en los estilos de vida de las personas y políticas públicas que favorezcan dichos cambios de hábitos, los cuales son alcanzables en un largo plazo. En cuanto al Porcentaje de disminución de incumplimientos de requisitos sanitarios en sujetos intervenidos en salud ambiental es importante tener en cuenta los niveles de variación en cuanto a apertura y cierre de establecimientos en las zonas priorizadas, lo que dificulta el control de los riesgos sanitarios y del ambiente.

La acción de mejora que tiene el Municipio de Santiago de Cali, como Autoridad Sanitaria, para mitigar el incumplimiento de la incidencia de sífilis es fortalecer las acciones en salud pública frente a este evento, desarrollando nuevas propuestas de intervención a través de la generación de investigaciones en este tema al igual que en VIH transmisión vertical, para el caso de la mortalidad por desnutrición fortalecer los sistemas de vigilancia de la mortalidad, brindar asistencia técnica a las instituciones de salud y mayor articulación otros actores sociales del municipio, en cuanto a la mortalidad por ECNT tempranas continuar con fortaleciendo los programas de estilos de vida saludable, escuelas saludables en niños, escolares, jóvenes y población adulta.

Para 2017, se generan datos parciales de indicadores de vigilancia epidemiológica priorizados, los cuales permiten generar seguimiento al comportamiento de las situaciones de salud para tomar acciones de intervención inmediatas.

2.5. ANÁLISIS DE SALIDAS NO CONFORMES (SNC)

El producto no conforme en la SSPM está enmarcado en las características de los productos que se generan a través de los procesos misionales, sus características se encuentran descritas en el formato F12 de Características de Insumos y Productos. Para facilitar la identificación del producto no conforme, se establecieron 5 tipos producto no conforme que son:

- No cumple con las características descritas en el F12
- No existe o no se ha elaborado el producto descrito en el F12
- No se ha implementado el plan / programa
- Atraso en la ejecución del plan / programa
- Fallas específicas en la ejecución de tareas contempladas en los planes / programas (indicados en el F12)

En este contexto se realiza el siguiente análisis.

Se tienen 3 reportes de Salidas de producto no conforme, de los procesos:

- El proceso de Salud Ambiental presenta 1 Reportes de Salida No Conforme en el Programa de IVC Inspección, Vigilancia y Control de riesgos sanitarios del ambiente implementado:
 - Se identifico que no se cumple con las metas y actividades contempladas en el plan de trabajo (UESAS - En las visitas a los establecimientos de comercialización de productos de uso y consumo humano que comercializan productos para consumo humano / Equipo PGIRS - Visitas de IVC en manejo de PGIRS y PGIRSH en sujetos generadores de riesgo) en lo correspondiente al segundo trimestre.
- El proceso de Salud Pública presenta 2 Reportes de Salida No Conforme, son: el Programa de asistencia técnica en las dimensiones prioritarias y transversales en salud pública formulado e implementado y Programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de las prioridades en salud pública formulado e implementado:
 - No se cumple con el indicador de eficiencia en el grupo de Salud Pública para el segundo trimestre debido a que el indicador es muy castigador puesto que se le da un valor de uno a las actividades que se hayan ejecutado en un 100% dentro de los tiempos establecidos, las actividades que no cumplan esta condición se les califica con cero.
 - En el grupo de Salud Mental no cumplió con una adecuada alineación frente las metas del Plan de acciones en Salud (PAS) y el número de actividades programadas para el primer trimestre de 2017.

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL



Gráfica 24 Distribución de No Conformes Enero A Junio 2017

Por lo tanto, De Enero al Junio los equipos de trabajo reportaron al área de calidad 3 Salidas no conformes, identificando que el 100% de los reportes responden al tipo de tipificación de fallas específicas en la ejecución de tareas contempladas en los planes / Programas.

De las salidas de productos no conformes la reportada por el grupo de Salud Ambiental requiere un plan de mejoramiento. También es importante recalcar que falta aún trabajar en el fortalecimiento de los grupos en la cultura del reporte

2.6. ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA

El SGC de la SSPM es evaluado constantemente desde distintos frentes: desde la Alcaldía Municipal por parte de la dependencia de Control Interno, a través de ejercicios internos de Autoevaluación y a través de las mismas Evaluaciones Internas de Calidad, así como por entre de control externos como la contraloría. A continuación se relaciona el balance de los ejercicios de auditoria por parte de control interno:

AÑO	AUDITORIAS REALIZADAS	HALLAZGOS	PLANES DE MEJORAMIENTO	
			Abiertos	Cerrados
2016	11 Ejercicios de auditorías	4 Auditorías sin hallazgos Conformidades = 133 Oportunidad de mejora = 22 No conformes = 2	2 abiertos	5 cerrados
	13 auditorías de Seguimiento a planes de mejoramiento del 2015		6 abiertos	7 cerrados

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

2017	3 Ejercicios de auditoría	2 Auditorías sin hallazgos Conformidades = 30 Oportunidad de mejora = 0 No conformes = 4	1 abierto	
	10 auditorías de Seguimiento a Planes de mejoramiento del 2016	2 Auditorías sin informe a la fecha.	5 abiertos	3 cerrados

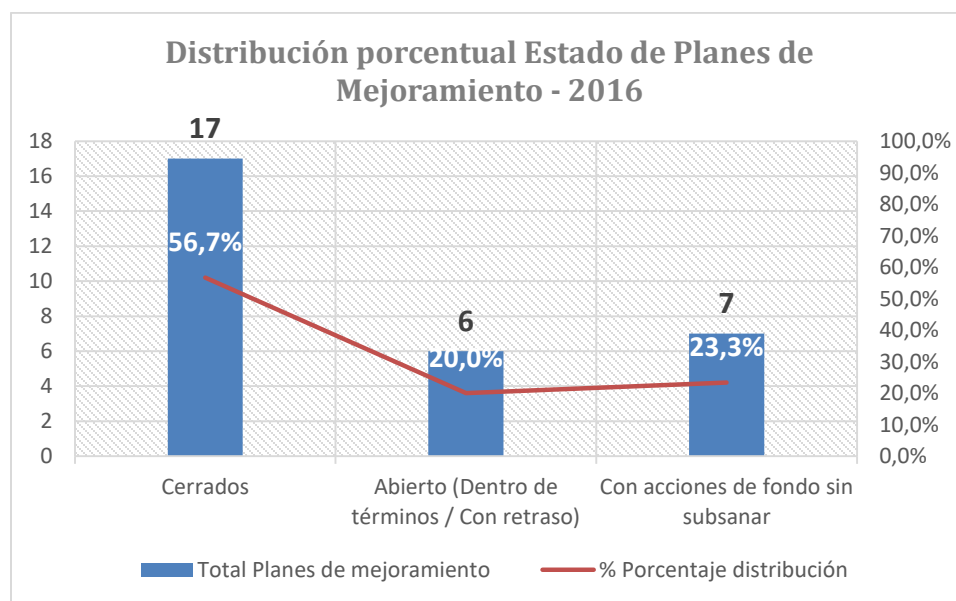
Tabla 5 Balance de Auditoría de Control Interno 2016 - 2017

A continuación se procede a realizar un balance de los ejercicios de evaluación y autoevaluación internos de la SSPM:

De los ejercicios de evaluación y autoevaluación de la SSPM del 2016, en total se obtuvieron los 283 hallazgos, divididos así: 174 oportunidades de mejora y 109 no conformidades, para un total de 276 acciones definidas, para un total de 30 planes de mejoramiento.

Ejercicios de evaluación	Total Planes de Mejoramiento 2016	Total de acciones definidas
Autoevaluación	8	44
Evaluaciones Internas de Calidad	17	211
Auditoría ICONTEC 2016	5	21
TOTAL	30	276

Tabla 6 Balance de Planes de mejoramiento y acciones del 2016.



Gráfica 25. Distribución porcentual estados de Planes de Mejoramiento - 2016

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

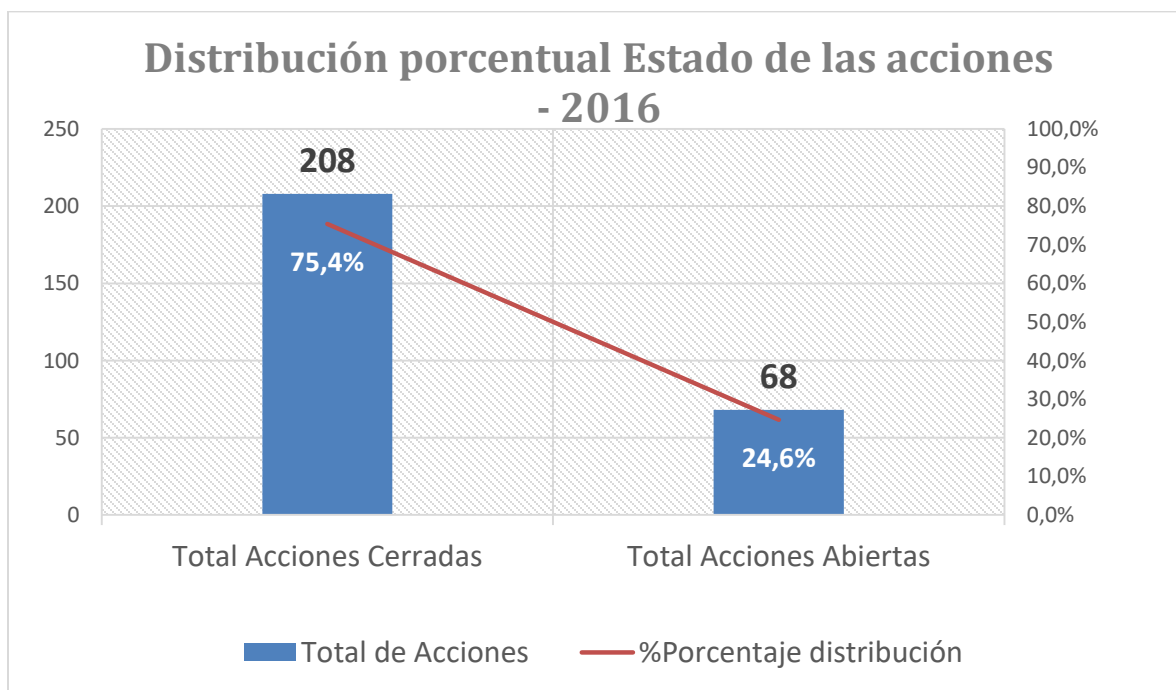
De acuerdo a lo que se observa en el gráfico, el 76,7% de los planes de mejoramiento se encuentran cerrados en su totalidad, es decir, 17 de un total de 30 planes. Adicionalmente, se observa que 6 planes de mejoramiento, representados en el 20 % se encuentran abiertos, ya que presentan acciones sin ejecución ya sea por atrasos o porque se encuentran dentro de los tiempos. Así mismo, al evaluar la eficacia de las acciones definidas se identifican debilidades en las mismas, por lo que existen 7 planes de mejoramiento abiertos porque contienen acciones de fondo sin subsanar.

Para realizar un análisis detallado del estado de las acciones, se identifica la siguiente distribución de las mismas:

EJERCICIOS DE EVALUACIÓN	AUTOEVALUACIÓN 2016	EVALUACIONES INTERNAS DE CALIDAD 2016	AUDITORIA ICONTEC 2016	Total
TOTAL ACCIONES DEFINIDAS	44	211	21	276
ACCIONES ABIERTAS	4	55	9	68

Tabla 7 Distribución y estado de las acciones por plan de mejoramiento

De los 30 planes de mejoramiento, se tiene un total de 276 acciones definidas, de las cuales se tiene la siguiente distribución porcentual:



Gráfica 18. Distribución porcentual Estado de las acciones - 2016

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

El 75,4% de las acciones se encuentran cerradas, el 24,6% restante se encuentran abiertas; del porcentaje de acciones abiertas que representan en total 68 acciones, se presenta el siguiente estado:

Abiertas Dentro de términos	3
Acciones con atrasos	40
Acciones sin subsanar de fondo	25

Este balance fue identificado en el ciclo de evaluaciones interna, a través de una revisión completa del estado de implementación y verificación de las evidencias. Discriminando el siguiente resultado:

Planes de mejoramiento	Acciones				Planes de mejoramiento	Acciones			
	Cerradas	Dentro de términos	Con atraso	Sin Eficacia		Cerradas	Dentro de términos	Con atraso	Sin Eficacia
Participación Ciudadana y Gestión Comunitaria	9			1	Salud Pública	6		1	11
Administración de Bienes, Inmuebles, Muebles y Automotores	18			1	Manejo Integral del Riesgo y Atención de Desastres en Salud.	10			1
Gestión del Talento Humano.	8			4	Direccionamiento Estratégico	7		1	
Gestión Documental	24			2	Salud Ambiental -	27		28	
Articulación y Coordinación de la Función Rectora en Salud	7			5					

Por lo anterior, el lineamiento es la reformulación de las acciones en el plan de mejoramiento de la actual auditoria.

Con el objetivo de fortalecer cada vez más el ejercicio de seguimiento e implementación de las acciones correctivas, de forma que se logre la eficacia esperada, se realizará un cambio en la metodología del reporte de los planes de mejoramiento y de los seguimientos, y se espera programar auditorias de seguimiento a los mismos.

Para la vigencia 2017, se tiene el siguiente balance:

De los ejercicios de evaluación y autoevaluación de la SSPM del 2017, a la fecha se han obtenido los 144 hallazgos, divididos así: 96 oportunidades de mejora y 46 no conformidades, para un total de 147

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

acciones definidas en un total de 18 planes de mejoramiento, los cuales todos se encuentran dentro de los tiempos de ejecución.

Ejercicios de evaluación	Total Planes de Mejoramiento	Total acciones definidas
Autoevaluación 2017	4	18
Evaluaciones Internas de Calidad 2017	14	129
TOTAL	18	147

Tabla 8 Balance de Planes de mejoramiento y acciones del 2017

Finalmente, se analiza el Porcentaje de avance de acciones correctivas por contraloría:

ENTE DE CONTROL	AUDITORÍA	NO. HALLAZGOS	ESTADO
CONTRALORÍA GENERAL DE SANTIAGO DE CALI	AGEI Intersectorial a la Evaluación del Plan de Desarrollo del Municipio, vigencia 2012-2015	5	Abierto. Cumplimiento del 92% al 30 de junio de 2017
	AGEI al Cierre Fiscal del Municipio, sus Entidades Descentralizadas y Asimiladas, vigencia 2016	2	Abierto. Cumplimiento del 20% al 30 de junio de 2017
	AGEI Modalidad Regular a la Gestión Fiscal del Municipio (incluye Concejo Municipal), vigencia 2016	15	Abierto
	AGEI a las UES, vigencia 2016	19	Abierto. Cumplimiento del 21% al 30 de junio de 2017
	AGEI Especial Seguimiento a Planes de Mejoramiento, vigencia 2016	2	En proceso de suscripción de plan de mejoramiento
	AGEI Especial a la Función Rectora de la SSPM, vigencia 2016	En proceso de auditoría in situ	
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	Auditoría de Cumplimiento al SGP del Municipio, vigencia 2016	En proceso de auditoría in situ	

Tabla 9 Balance resultados Auditorías de Contraloría

2.7. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE RIESGOS

2.7.1. RIESGOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS MISIONALES SSPM

Durante este año 2017, al realizar la revisión periódica de los riesgos asociados a los procesos misionales de la SSPM, se revisaron controles y se realizó la evaluación de estos, quedando de la manera que se relaciona a continuación:

RIESGO	PRINCIPALES CONTROLES
1. Demora en el desarrollo de procedimientos de rectoría en salud (promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia técnica y/o inspección, vigilancia y control.)	Monitoreo de ejecución trimestral del plan de acción.
	Monitoreo de ejecución presupuestal por proyecto.
	Políticas de operación de los subprocesos.
	Elaboración de planes de contingencia de acuerdo con tipos de evento
2. Desacierto en el ejercicio de liderazgo político y técnico en la toma de decisiones en salud.	Realización de comité técnicos para la planificación, priorización de metas, estrategias y actividades; monitoreo y seguimiento de las mismas.
3. Deterioro del estado de salud de la población en relación con las prioridades de la salud establecidas a nivel nacional.	Seguimiento a indicadores de morbilidad, discapacidad y mortalidad, que se utilizan como línea de base para las metas.
	Seguimiento a las políticas y directrices en salud adoptadas.
	Realización de comité técnicos para la planificación, priorización de metas, estrategias y actividades; monitoreo y seguimiento de las mismas.
	Identificación de determinantes sociales y ambientales en la salud sujetos a intervención.
4. Incumplimiento en el desarrollo del ejercicio de rectoría en salud.	Monitoreo de ejecución trimestral del plan de acción.
	Monitoreo de ejecución presupuestal por proyecto.
	Realización de comité técnicos para la planificación, priorización de metas, estrategias y actividades; monitoreo y seguimiento de las mismas.

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

RIESGO	PRINCIPALES CONTROLES
	Políticas de operación de los subprocesos.
	Elaboración de planes de contingencia de acuerdo con tipos de evento.

Tabla 10. Controles implementados correspondientes a los riesgos asociados a los procesos misionales de la SSPM.

Los controles y acciones de mitigación implementados han permitido la reducción y/o mantenimiento del nivel de incertidumbre de los riesgos.

Los riesgos de Demora en el desarrollo de procedimientos de rectoría en salud (1) y de Incumplimiento en el desarrollo del ejercicio de rectoría en salud (4), mantuvieron su calificación de la Zona de Riesgo Moderado M6.

Al riesgos de Desacierto en el ejercicio de liderazgo político y técnico en la toma de decisiones en salud se le incorporo un control "Seguimiento a indicadores de morbilidad, discapacidad y mortalidad, que se utilizan como línea de base para las metas", que permitió desplazar a zona de riesgo bajo.

Al riesgo Deterioro del estado de salud de la población en relación con las prioridades de la salud establecidas a nivel nacional fue reevaluó con los controles existentes y el fortalecimiento de estos al interior del proceso utilizando la metodología propuesta por la administración central y la zona de riesgo cambio de E: 20 a una evaluación de A: 4 Zona de Riesgo Alta.

RIESGO	EVALUACION DE LOS RIESGOS ANTES DE CONTROLES	EVALUACION CORTE 2016	EVALUACION CORTE 2017	INDICADOR	4TO TRIMESTRE 2016	1ER TRIMESTRE 2017	2DO TRIMESTRE 2017
Demora en el desarrollo de procedimientos de rectoría en salud (promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia técnica y/o inspección,	E: 25 Zona de Riesgo Extrema	"M: 6 Zona de Riesgo Moderado"	"M: 6 Zona de Riesgo Moderado"	Porcentaje de cumplimiento oportuno de los cronogramas de planes de trabajo de rectoría en salud	88,89%	80%	80%

**INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL**

vigilancia y control.)							
Desacierto en el ejercicio de liderazgo político y técnico en la toma de decisiones en salud.	E: 12 Zona de Riesgo Extrema	A: 4 Zona de Riesgo Alto	B: 2 Zona de Riesgo baja	Índice de indicadores de efectividad en salud priorizados	85%	85%	85%
Deterioro del estado de salud de la población en relación con las prioridades de la salud establecidas a nivel nacional.	E: 20 Zona de Riesgo Extrema	E: 20 Zona de Riesgo Extrema	A: 4 Zona de Riesgo Alto	Índice de indicadores de efectividad en salud priorizados	85%	85%	85%
Incumplimiento en el desarrollo del ejercicio de rectoría en salud	E: 25 Zona de Riesgo Extrema	"M: 6 Zona de Riesgo Moderado"	"M: 6 Zona de Riesgo Moderado"	Promedio simple del % de ejecución del Plan de Acción de Rectoría en Salud Pública	90%	7,76%	32,96%

Tabla 11. Análisis de zona de riesgos después de controles y resultados a Junio 2017.

Aunque estos resultados son positivos, se debe seguir trabajando en la identificación de riesgos por procesos, no solo desde la perspectiva de MECI sino también, desde los riesgos en salud que vigilamos e inspeccionamos y que podrían en algún momento afectar el cumplimiento del objetivo del proceso; con el fin de identificar las acciones de rectoría que ya se vienen ejecutando en la disminución de los mismos y/o establecer nuevas acciones que permitan el mejoramiento real del Sistema de Gestión de Calidad y así garantizar un mejor servicio en salud.

Algunos controles establecidos deben mejorar en términos de herramientas y/o documentación para su ejecución, lo cual permitiría una mayor disminución en la calificación de los riesgos.

2.7.2. RIESGOS DE CORRUPCIÓN

**INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL**

Durante este 2017, se dio seguimiento de manera trimestral Mapa de Riesgos de Corrupción. A la fecha, de 17 acciones generadas, 15 muestran avance significativo y dos están en incumplimiento, las cuales son:

RIESGOS DE CORRUPCIÓN	RIESGO INHERENTE	RIESGO RESIDUAL	PRINCIPALES ACCIONES
Cohecho durante el desarrollo de acciones de inspección, vigilancia y control en salud pública.	E: 100 Zona de Riesgo Extrema	E: 100 Zona de Riesgo Extrema	<p>De 17 acciones generadas, 15 muestran avance significativo y tres están en por concretarse debido a que la gestión depende de entes externos, las cuales son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adelantar gestiones con la Entidad Financiera correspondiente, el formato de consignación por concepto sanitario para que en el mismo figure la razón social y el nit o cédula del solicitante para evaluar la calidad de la visita. 2. Gestionar la adquisición de recursos y la contratación del diseño y desarrollo tecnológico (software y hardware) requeridos para la automatización de procesos de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo sanitarios y del ambiente.
Concusión cuando en ejercicio de las responsabilidades o rol de cargo un servidor público induce para el cambio de decisiones de rectoría en salud, favoreciéndose a si mismo, a un tercero natural o jurídico.	E: 100 Zona de Riesgo Extrema	E: 100 Zona de Riesgo Extrema	
Falsificar documentos relacionados con requisitos de trámites y servicios en salud.	A: 30 Zona de Riesgo Alta	A: 30 Zona de Riesgo Alta	
Omisión cuando no se realizan las acciones propias de su cargo y responsabilidades legales.	E: 100 Zona de Riesgo Extrema	E: 100 Zona de Riesgo Extrema	
Usurpación por parte de terceros de acciones de visitas de inspección, vigilancia y control en salud ambiental.	A: 50 Zona de Riesgo Alta	A: 40 Zona de Riesgo Alta	

Tabla 12. Riesgos de Corrupción en la Secretaria de Salud Pública Municipal.

Existe un plan de mejoramiento en marcha con relación a estas acciones que se encuentran en atraso.

2.8. SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS

Actualmente la Secretaría de Salud Pública SSPM cuenta con 15 trámites y servicios documentados y validados por el Departamento Administrativo de Planeación Municipal DAPM. Estos 15 trámites y servicios pertenecen al subproceso de Gestión sobre los determinantes sociales y ambientales, y corresponden a los siguientes 2 procedimientos:

- Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de riesgos sanitarios del ambiente y,
- Gestión para la prevención de enfermedades de interés en salud ambiental

Estos procedimientos son responsabilidad del Grupo de Salud Ambiental y son desarrollados en el nivel central y las 5 Unidades Ejecutoras de Saneamiento: Norte, Centro, Oriente, Ladera, Rural; Centro de Zoonosis y Oficina de Inhumación.

Los trámites validados a la fecha son (8):

- ✓ Concepto sanitario (para: establecimientos, vehículos transportador de alimentos y presentación de eventos y realización de espectáculos públicos)
- ✓ Licencia de inhumación de cadáveres
- ✓ Certificación Sanitaria de Equinos
- ✓ Licencia para la Cremación de Cadáveres
- ✓ Traslado de Cadáveres
- ✓ Licencia de Exhumación de Cadáveres
- ✓ Registro para establecimientos veterinarios
- ✓ Registro de perros potencialmente peligrosos.

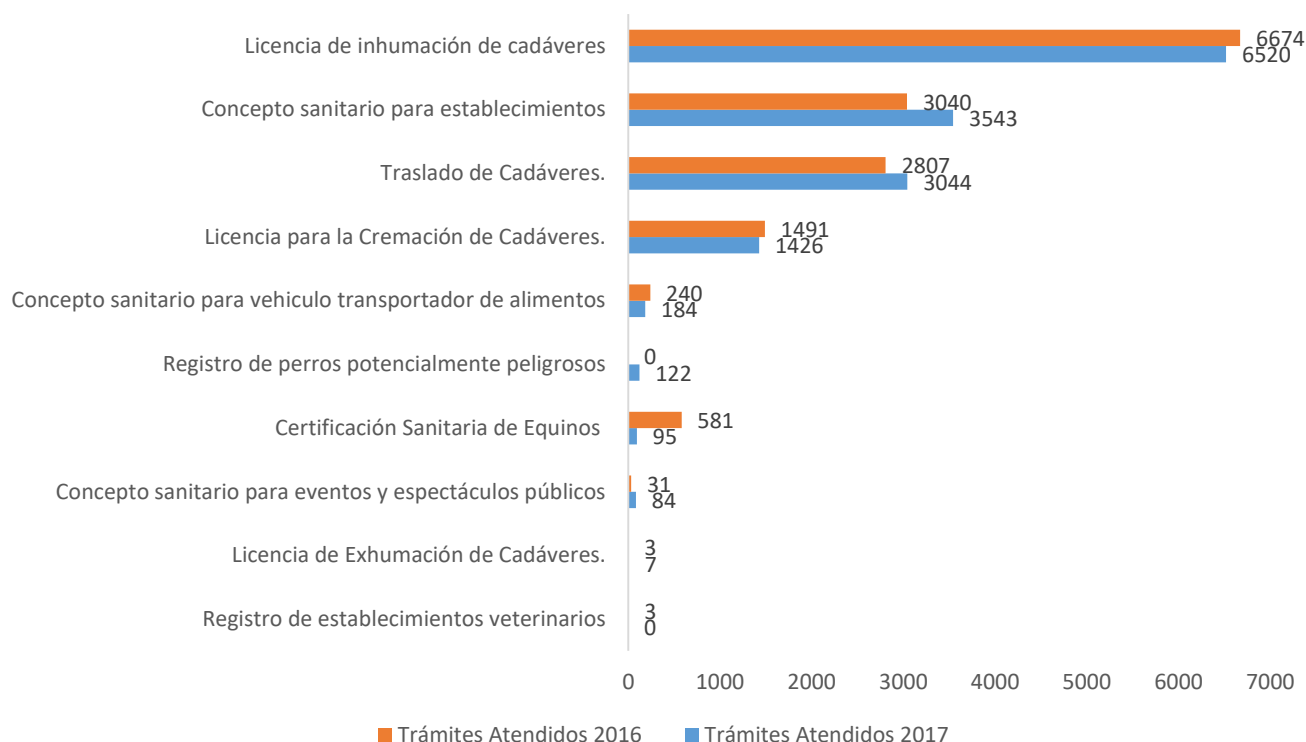
Los servicios validados a la fecha son (7):

- ✓ Esterilización Canina y Felina
- ✓ Consulta médica veterinaria
- ✓ Fumigación o desinfección de establecimientos y/o vehículo transportador de alimentos
- ✓ Transporte de animales de compañía para eutanasia compasiva o de cadáveres de animales de compañía para disposición sanitaria
- ✓ Eutanasia compasiva de animales de compañía y disposición sanitaria de cadáveres
- ✓ Certificado de salud animal
- ✓ Vacunación Antirrábica canina y Felina.

En la actual vigencia se realizó actualización del decreto tarifario, lo que implicó en la actualización de las hojas de vida de todos los trámites y servicios, ejercicio que ya fue realizado y validado por el DAPM.

A continuación se realiza el análisis de los trámites atendidos en el periodo de enero a junio de los años 2016 y 2017:

**COMPARATIVO DEL TOTAL DE TRÁMITES ATENDIDOS
ENERO A JUNIO DE 2016 y 2017**



Gráfica 19. Comparativo del total de Trámites atendidos durante el 2016 - 2017 (Enero - Junio)

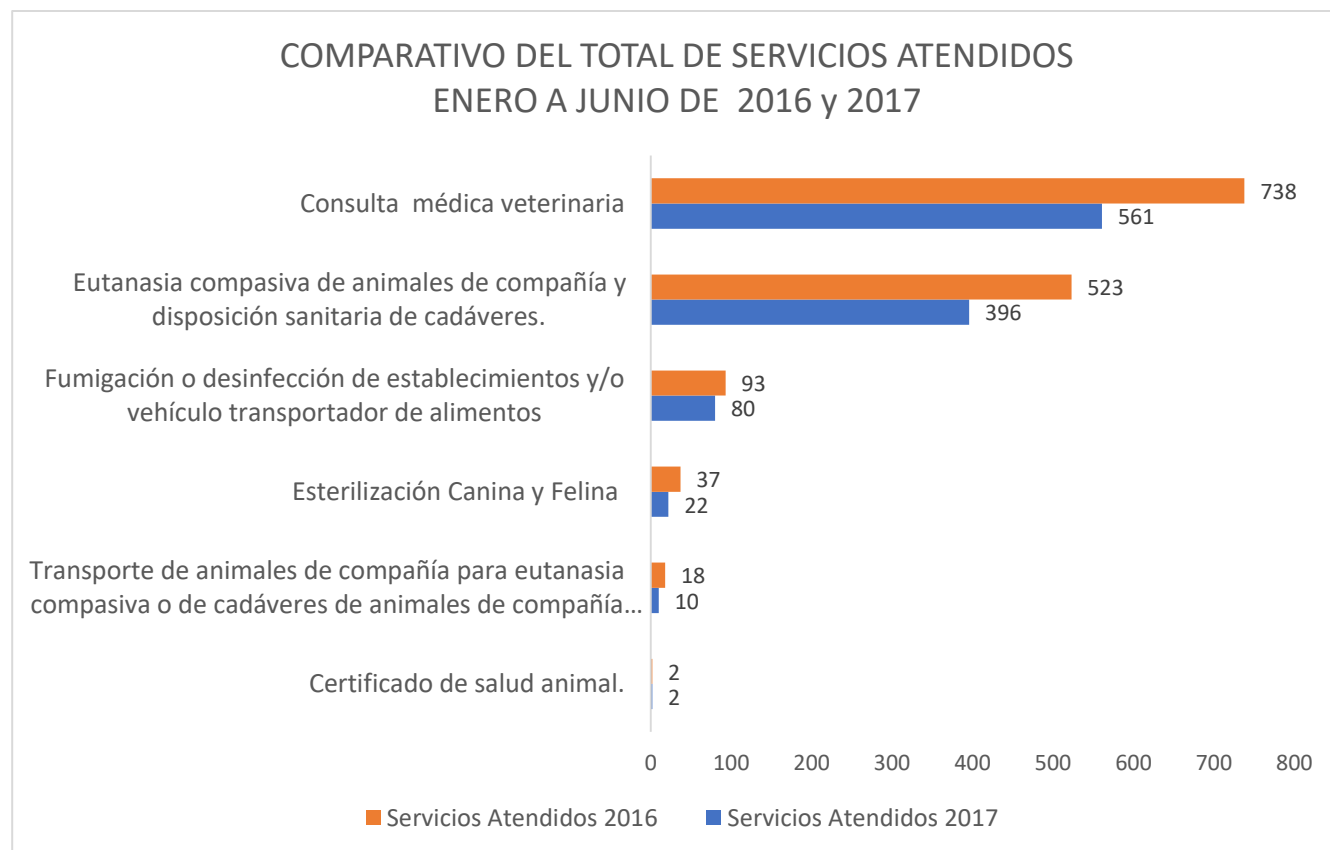
Para este año 2017, mediante el análisis de frecuencia de los trámites y servicios, se encontró que aunque presentó una disminución en la demanda del 2,3% el trámite Licencia de Inhumación de cadáveres continúa siendo el de mayor demanda con 6.520 solicitudes en 2017 frente a 6.674 recibidas en el 2016.

En cuanto a los conceptos sanitarios para establecimientos, reporto un incremento del 16,5% de las solicitudes, pasando 3040 solicitudes en el 2016, a atender 3.543 solicitudes en el 2017.

Trámites como: traslado de cadáveres, registro de perros potencialmente peligrosos, concepto sanitario para eventos y espectáculos públicos y licencia de exhumación de cadáveres, presentaron un incremento de las solicitudes frente al año 2016.

El trámite que presentó mayor disminución en las solicitudes atendidas fue la certificación sanitaria de equinos con una disminución del 83,6% frente a la demanda del 2016.

A continuación se relaciona el grafico comparativo de los servicios atendidos en el 2017 versus 2016:



Gráfica 20. Comparativo del total de Servicios atendidos durante el 2016 - 2017 (Enero - Junio)

Para este año 2017, mediante el análisis de frecuencia de los trámites y servicios, se encontró que en términos generales la demanda de servicios a la SSPM ha disminuido. Para lo cual se debe realizar una revisión de las estrategias implementadas de ventas de servicios.

2.9. ACCIONES DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 2017

Del Plan de Mejoramiento generado a raíz de la Revisión por la Dirección del año 2016, se establecieron 8 oportunidades de mejora:

**INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL**

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ESTADO AVANCE	ACCIONES EJECUTADAS
Fortalecer el manejo de registros según los lineamientos de Gestión Documental.	100%	Se realizaron 10 capacitaciones a equipos y grupos de trabajo en Gestión Documental sobre los temas TRD, se ha realizado socialización de las TRD aprobadas.
Mejorar el nivel de oportunidad de respuesta a PQRS en los grupos de trabajo.	100%	Dentro del plan de capacitaciones por autogestión se incluyeron capacitaciones de Orfeo, las cuales se han venido ejecutando a partir de enero. 2 Capacitaciones por mes.
Fortalecer la aplicación de la metodología de riesgos, según el MECI.	90%	Continuar con la implementación de los controles y fortalecer el seguimiento de los mapas de riesgos de los procesos transversales.
Implementar la metodología de gestión de riesgos en salud, acorde con los lineamientos de la Supersalud.	20%	Se ha realizado estudios de la metodología pero a la fecha no se ha definido una propuesta de implementación y alineación con la SSPM.
Mejorar la oportunidad de los informes reportados por los grupos de trabajo, a la Oficina de Sistemas de Gestión.	100%	En el primer semestre se realizaron reuniones de referentes de manera quincenal para realizar seguimiento a los compromisos adquiridos. Se realizan seguimiento a los grupos en los comités técnicos, con la metodología implementada del ranking.
Implementar controles para asegurar la oportunidad en la entrega de informes por parte de los grupos de trabajo.	100%	Se implementa control a través de la metodología de ranking de los grupos, la cual mide la oportunidad en el reporte, y el cumplimiento e implementación de las diferentes metodologías del SGC.

**INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL**

Fortalecer la autoevaluación interna de cada grupo de trabajo.	100%	Se evidenció en los grupos la realización de comités internos de seguimiento a los diferentes hallazgos y resultados de los diferentes informes que se realizan.
Fortalecer la actualización de los planes operativos acorde con los ajustes en los proyectos de inversión u otras variables (lineamientos normativos, nuevas necesidades de la comunidad en espacios de participación ciudadana, entre otros) y su impacto en el análisis y posibles necesidades de cambio en los indicadores.	100%	Los planes de trabajo de los grupos de la SSPM se encuentran actualizados a las nuevas metas del 2017.

Tabla 13. Plan de Mejoramiento generado a raíz de la Revisión por la Dirección del año 2016

Se tienen una acción de mejora cuyo avance fue del 75%, la cual se centraba en fortalecer la identificación de riesgos de los procesos transversales, el % de avance de esta acción se ve afectado ya que los mapas no se han finalizado, pero si presentan un avance significativo. En cuanto a la metodología de gestión de riesgos en salud, acorde con los lineamientos de la Supersalud, acción que presenta un avance del 20%, se han realizado estudios de la metodología, está en proceso de definir una propuesta de implementación y articulación con la metodología de riesgos utilizada actualmente.

De acuerdo al anterior balance, 2 de 8 acciones quedaron abiertas, las cuales deben tener continuidad en el plan de mejoramiento de la actual revisión por la dirección.

1.1. REVISIÓN DEL COMPROMISO CON LAS PARTES INTERESADAS (POLÍTICA DE CALIDAD) Y PROPÓSITO DE CALIDAD (OBJETIVOS DE CALIDAD)

El 08 de agosto de 2016, se realizó con el Comité Técnico y referentes de Calidad, la revisión y ajuste del Direccionamiento Estratégico del Sistema de Gestión de Calidad, realizando cambios en el Compromiso con las partes Interesadas, y en los Propósitos de Calidad. Estos componentes se aprobaron de la siguiente manera:

Compromiso con las partes Interesadas

La Secretaría de Salud Pública Municipal se compromete en su rol de Autoridad Sanitaria a contribuir con el mejoramiento y/o mantenimiento de las condiciones de salud de la población de Santiago de Cali; mediante la mejora continua de la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos de rectoría en salud enmarcados en el sistema integral de calidad y control, considerando los determinantes sociales y ambientales, los nuevos enfoques de la salud, la innovación, gestión del conocimiento y la apropiación de nuevas tecnologías, y el cumplimiento de los requisitos de las partes interesadas, con procesos amigables hacia el medio ambiente. Generando sinergias costo-efectivas para la producción social en salud, la participación y el control social, el desarrollo y cuidado permanente de su talento humano, el mejoramiento de la infraestructura física, la plataforma tecnológica y de la información, y la administración efectiva de los recursos de la salud logrando impactar en la calidad de vida y la satisfacción de los ciudadanos

Propósitos de Calidad

- 1- Disminuir o mantener los resultados de los indicadores de efectividad en salud priorizados, acorde con las metas nacionales.
- 2- Mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos.
- 3- Asegurar el cumplimiento de los estándares de control interno y disminuir los riesgos asociados a los procesos del sistema de gestión integral.
- 4- Mejorar continuamente la satisfacción de las partes interesadas.
- 5- Mejorar las competencias, el compromiso y la motivación del personal.
- 6- Administrar efectivamente los recursos de la salud, garantizando el cumplimiento de los objetivos de la Entidad y del Municipio.
- 7- Asegurar la disponibilidad de la infraestructura y el desarrollo de tecnologías de la información y la comunicación.
- 8- Dar cumplimiento a los lineamientos y directrices del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Alcaldía de Santiago de Cali, para generar cultura de prevención y autocuidado que proporcione un ambiente sano y seguro.
- 9- Adoptar las mejores prácticas de responsabilidad hacia el medio ambiente, acorde con los tipos de impacto que puede generar la SSPM en su entorno.
- 10- Proporcionar a las partes interesadas información pública completa y oportuna, que permita la participación y el control social, a través de canales de comunicación y divulgación que fomenten el principio de transparencia y el derecho de acceso a la información.

Estos pilares, fueron aprobados en Comité Técnico del 14 de octubre de 2016.

1.1.1. ALINEACIÓN DE PROPÓSITOS DE CALIDAD CON INDICADORES DE GESTIÓN DE LA SSPM.

Así mismo, se realizó la alineación de estos pilares con los indicadores de Gestión de la Secretaría de Salud Pública Municipal, como se muestra en el cuadro a continuación.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

Propósitos de Calidad	Indicador	Meta	Resultado	Análisis
1- Disminuir o mantener los resultados de los indicadores de efectividad en salud priorizados, acorde con las metas nacionales.	Índice de indicadores de efectividad en salud priorizados	80%	83,33%	<p>La tasa de mortalidad infantil del municipio de Cali presenta una tendencia en la última década al descenso, sin embargo, este resultado depende del número de nacidos vivos los cuales han disminuido como resultado de las intervenciones para prevenir el embarazo en adolescentes y contrarlar la fecundidad, aunque el número de defunciones es menor en comparación con el año anterior, la tasa no refleja una disminución significativa. Para continuar en el descenso del número de defunciones se debe considerar que la mortalidad infantil depende de los determinantes sociales y ambientales, de la calidad de la atención en salud, de adherencia a programas y servicios en salud, la tecnología, entre otros factores, la meta para este año es de 7 defunciones en menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos, siendo para el año 2015 de 8,1</p> <p>El indicador de porcentaje de incumplimiento a requisitos sanitarios en sujetos intervenidos en salud ambiental, corresponde a la Inspección, vigilancia y control a establecimientos públicos por tipo de riesgo físico y de consumo, se registró una reducción del 5.2% en el año 2014 al 2% para el 2015. Los factores de riesgo monitoreados son agua para consumo humano, piscinas, residuos hospitalarios, condiciones locativas y bioseguridad.</p>
2- Mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos.	Promedio de desempeño de indicadores estratégicos	90%	99,28%	Los indicadores que hacen parte del nivel estratégico presentan un desempeño por encima del 90%, lo cual da cuenta de la gestión que se ha venido realizando con los diferentes grupos de trabajo, del seguimiento permanente que se desarrolla en todos los niveles de las actividades establecidas en los planes de acción y evaluación del nivel de satisfacción del usuario.
	Promedio de desempeño de indicadores operacionales de eficacia	90%	99,62%	Con relación al comportamiento de este nivel de indicadores, se ha identificado que el resultado de éste se encuentra más aterrizado a la realidad de las acciones que se desarrollan en los diferentes grupos misionales de la SSPM, es evidente que los diferentes grupos de trabajo vienen fortaleciendo el ejercicio de monitoreo a las acciones de seguimiento de los planes de trabajo, lo cual ha permitido identificar diferentes aspectos de desviación que impidan el cumplimiento de las metas establecidas.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

Propósitos de Calidad	Indicador	Meta	Resultado	Análisis
	Promedio de desempeño de indicadores operacionales de eficiencia	90%	95,80%	Los indicadores operacionales de eficiencia han permitido establecer el nivel de oportunidad del cumplimiento de las acciones definidas en los planes de trabajo misionales, con éstos se ha identificado el nivel de madurez que se está alcanzando en los grupos de trabajo para la realización del seguimiento a la oportunidad de las acciones de rectoría en salud.
	Promedio de desempeño de indicadores de apoyo de eficacia	90%	94,09%	Con los indicadores de eficacia en el nivel de apoyo permiten desarrollar las acciones alternas para que los grupos misionales de la SSPM operen, en este sentido, se identifica la necesidad de ejecutar estrategias tendientes a fortalecer las metas que se tienen planteadas con el indicador de % de cumplimiento al plan de mantenimiento, debido a que con la ejecución de las acciones establecidas para su monitoreo se facilita la implementación de la gestión misional de la Dependencia.
	Promedio de desempeño de indicadores de apoyo de eficiencia	90%	78,82%	El resultado de este nivel de indicadores de apoyo muestra que el indicador de oportunidad en el mantenimiento está afectando significativamente el promedio general, esto debido a que se han presentado dificultades con la contratación de algunos contratos de mantenimiento, impidiendo la ejecución normal de su desarrollo.
3- Asegurar el cumplimiento de los estándares de control interno y disminuir los riesgos asociados a los procesos del sistema de gestión integral.	Porcentaje de cumplimiento de elementos del MECI	100%	88%	El nivel de cumplimiento del 89%, existiendo factores que requieren ser fortalecidos como son indicadores de gestión orientados a medir efectividad, políticas de operación en procesos transversales, fortalecimiento de la gestión del riesgo, fortalecimiento del plan de comunicaciones e implementación de la estrategia de datos abiertos.
	Disminución del nivel de riesgo	50%	50%	Los controles y acciones de mitigación implementados han permitido la reducción y/o mantenimiento del nivel de incertidumbre de los riesgos. Los riesgos de Demora en el desarrollo de procedimientos de rectoría en salud (1) y de Incumplimiento en el desarrollo del ejercicio de rectoría en salud (4), redujeron su calificación de la Zona de Riesgo Extrema E10, a la Zona de Riesgo Moderado E6. Los riesgos de Desacierto en el ejercicio de liderazgo político y técnico en la toma de decisiones en salud y Deterioro del estado de salud de la población en relación con las prioridades de la salud establecidas a nivel nacional, mantuvieron su calificación en la Zona de Riesgo Alta A4.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

Propósitos de Calidad	Indicador	Meta	Resultado	Análisis
				<p>Aunque estos resultados son positivos, se debe seguir trabajando en la identificación de riesgos por procesos, no solo desde la perspectiva de MECI sino también, desde los riesgos en salud que vigilamos e inspeccionamos; con el fin de identificar las acciones de rectoría que ya se vienen ejecutando en la disminución de los mismos y/o establecer nuevas acciones que permitan el mejoramiento real del Sistema de Gestión de Calidad y así garantizar un mejor servicio en salud. Lo anterior en el marco del nuevo modelo de supervisión basado en riesgos liderado por la Supersalud.</p> <p>Algunos controles establecidos deben mejorar en términos de herramientas y/o documentación para su ejecución, lo cual permitiría una mayor disminución en la calificación de los riesgos.</p>
4- Mejorar continuamente la satisfacción de las partes interesadas.	Nivel de satisfacción del usuario	95%	99,37%	Este indicador durante la vigencia 2016 ha presentado mejora con relación a 2015, sin embargo, su resultado siempre ha estado cercano al 100%. Es de resaltar que los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario deben permitir a los grupos de trabajo identificar los aspectos en los cuales los usuarios desean cerrar las brechas.
5- Mejorar las competencias, el compromiso y la motivación del personal.	Porcentaje de funcionarios de carrera con evaluación de desempeño sobresaliente	50%	67,74%	Los procesos de seguimiento y monitoreo al interior de los equipos de trabajo por parte de los evaluadores, se están generando de manera oportuna, lo que permite tomar decisiones en tiempo real, posibilitando el cumplimiento del 100% de las metas establecidas con los funcionarios. A su vez, los funcionarios evaluados están generando de manera permanente un valor agregado a partir de competencias adquiridas en estudios profesionales y/o capacitaciones, que por iniciativa propia, plan de capacitación institucional o por plan de incentivos han logrado desarrollar.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

Propósitos de Calidad	Indicador	Meta	Resultado	Análisis
6- Administrar efectivamente los recursos de la salud, garantizando el cumplimiento de los objetivos de la Entidad y del Municipio.	Porcentaje de ejecución presupuestal	100%	80,93%	Al mes de Octubre de 2016, el cumplimiento del indicador quedó por debajo de la meta esperada en 2.40%, ya que se incorporaron recursos a los proyectos de la dependencia y algunos no han iniciado el proceso contractual. Se espera para el próximo mes cumplir con el indicador.
7- Asegurar la disponibilidad de la infraestructura y el desarrollo de tecnologías de la información y la comunicación.	Disponibilidad de Equipos Tecnológicos	95%	97%	Se tienen priorizados 5 equipos críticos (3 servidores y 2 switches), los cuales deben tener una disponibilidad los 30 días del mes las 24 horas, esto debido al nivel de operaciones y de información que deben manejarse para soportar la operación de la SSPM, adicionalmente, se realizan mantenimientos programados a estos equipos, con el fin de garantizar la disponibilidad. De igual manera, en caso que alguno de los equipos críticos falle, se tiene establecido tiempo de respuesta de 3 días.
	Disponibilidad de Equipos críticos	95%	98,50%	Se obtiene un resultado de 98% de un 95%.Ofimáticos: Se cumplió con el 97% de 95% del Indicador. No se presentaron anomalías por cumplimiento al mantenimiento programado en el Servidor. Aires: Se cumplió con el 98% del 95% del Indicador. Se presentó fallo en el aire acondicionado de la oficina del almacén. Planta Telefónica: No se presentaron fallos durante el periodo. Cadena de frio: No se presentaron daños o reparaciones durante el período para los equipos de la cadena de frio. Actualmente está en ejecución el contrato de mantenimiento de estos equipos 554-2016. Laboratorio: El autoclave ubicado en el área de microbiología de alimentos continua fuera de servicio (fecha de daño del equipo 18/03/2016). Bomba de vacío fuera de servicio desde el 2016/08/18.
	Porcentaje de cumplimiento de cronogramas de plan de infraestructura física	90%	83,30%	Este resultado es parcial, puesto que falta la contratación del proyecto de sismoresistencia estructural de la SSPM. El proyecto faltante se encuentra en ajustes documentales para dar traslado a ABOS en la segunda semana de octubre del 2016.

Tabla 4. Alineación de Propósitos de Calidad con Indicadores de la SSPM

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

1.2. CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SGC

Entre los cambios que podrían afectar al SGC de la SSPM, están los cambios normativos que provienen desde el Ministerio de la Salud y de la Protección Social, la nueva Reforma Administrativa, cambios en los componentes estratégicos del SGC y la Transición del SGC a la nueva norma. El análisis de estos cambios se realizó bajo la Matriz de Análisis de Cambios del SGC, mediante la cual se identificaron las oportunidades y amenazas que podrían afectar al SGC y las acciones que se deberán desarrollar en torno a estas:

Cambios	Tipo De Impacto		Descripción Del Cambio
	Amenaza	Oportunidad	
Implementación de la NTC ISO 17025 para el Laboratorio de Aguas y Alimentos	NO	SI	Con la auditoría recibida por parte de la secretaría Departamental se identifica la necesidad de debe realizar la implementación de la NTC ISO 17025 para el Laboratorio de Aguas y Alimentos, con el objetivo de cumplir con estándares de calidad requeridos en la resolución 1619 del 15 de mayo de 2015 del ministerio de salud y protección social
Metodología de formulación del POAI 2018	SI	SI	Se reciben nuevos lineamientos por parte del DAPM para la formulación del POAI 2018, estos lineamientos generaron atrasos en las fechas de entrega debido a inmediatez de la decisión y la curva de aprendizaje de la nueva herramienta (MGA WEB); a su vez es una oportunidad para mejorar el ejercicio de planificación, implica preparar cuando sea necesario nuevos proyectos de inversión teniendo en cuenta lo techos presupuestales.

**INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL**

Transición de la nueva norma ISO 9001:2015	NO	SI	Esta norma se acerca más a los requerimientos del sector público y lo parámetros establecidos en la NTC GP 1000:2009, así mismo brinda oportunidades metodológicas de mejoramiento del sistema.
Aprobación del Decreto 1499 de 2017	SI	SI	El decreto 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 1763 de 2015
PAIS, MIAS, RIAS	NO	SI	Orienta y permite el fortalecimiento del sistema de salud para garantizar el derecho fundamental a la salud, que comprende el acceso a los servicios de salud para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Rescatando el concepto de integralidad en la prestación de los servicios y tecnologías de salud que deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad.
Código Nacional de Policía y convivencia (Ley 1801 de Julio 29 de 2016)	NO	SI	El cambio es una oportunidad de interacción y apoyo policial en la ejecución de las actividades de IVC ejercidas por la SSPM. Así mismo, permite la articulación con los demás organismos que ejercer funciones de IVC en el Municipio de Santiago de Cali.
Resolución 1229 de 2013 nuevo modelo de IVC con enfoque de riesgo y Decreto 1500 de 2007	NO	SI	Implementación de Resolución 1229 de 2013 que establece el nuevo modelo de IVC con enfoque de riesgo y Decreto 1500 de 2007 y sus normas complementarias que establece las condiciones de almacenamiento y expendio de carne y productos cárnicos comestibles.

**INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL**

Reforma Administrativa	SI	NO	Ha representado una amenaza desde el punto de vista que ha manejado un enfoque centralista en materia contratación, generando atrasos en la consecución de bienes y servicios.
Reforzamiento estructural del Edificio Etapa 1	NO	SI	Realizar el Reforzamiento estructural del Edificio de la SSPM Etapa 1, donde realizará el mejoramiento de las instalaciones, por lo cual se requiere que algunos grupos de trabajo sean reubicados temporalmente, y se cierren algunas áreas del edificio. Este cambio traerá riesgos de seguridad y salud laboral para aquellos funcionarios y prestadores de servicios que laboran centra de las zonas que será intervenida.

1.3. NECESIDADES DE RECURSOS

Se ratifica la continuidad del proyecto 01-041894 el cual tiene recursos aprobados por valor de \$ 7.470.079.366 millones y va hasta el 31 de diciembre del 2017, para continuar fortaleciendo la capacidad de medios tanto desde el punto de vista de control y seguimiento a procesos para la mejora continua como para la gestión de recursos en términos de infraestructura física, tecnológica y sostenimiento del talento humano

Se adelanta el trámite para el logro de adiciones presupuestales orientadas a cumplimiento de metas de acuerdo con plan indicativo, la realización de la fase 2 del reforzamiento estructural de la sede principal de la SSPM que oscila en un valor de \$ 5.000 millones de pesos, con lo cual se dará cumplimiento a los requisitos de ley y se fortalecerá la seguridad de funcionarios, contratistas, usuarios y visitantes a nuestras instalaciones.

Se adelanta la fase de adecuaciones físicas a los laboratorios de análisis físico químico y microbiológico de aguas y alimentos, con miras a dar cumplimiento a los requisitos de acreditación de los mismos, al igual que las actividades administrativas asociadas al cumplimiento de la acreditación con la norma 17025:2005, para lo cual ya está en curso la contratación de la Fase I asociada al diagnóstico y elaboración del plan de acción de implementación y consolidación.

**INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL**

- Se ha asignado un recurso de más de 600 millones de pesos para mantenimiento y mejoramiento de infraestructura de las UESA y centro de zoonosis y laboratorios, con el fin de cumplir con las necesidades locativas requeridas para el fortalecimiento de la prestación del servicio y en coherencia con el interés de hacer extensivo la prestación de servicios a otras partes interesadas de la comunidad caleña.
- Para el año 2018 se tiene destinado presupuesto financiero de 719.715.113.740, con el cual la SSPM tiene como eje central fortalecer el rol de Rectoría en Salud como Ente Regulador de la Prestación del Servicio de Salud para incrementar la satisfacción de las necesidades y expectativas de los ciudadanos; y se continua adelantando acciones encaminadas a fortalecer más el SGC bajo la NTC ISO 9001:2015 y ha iniciado la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MYPG según lo dispuesto en el Decreto 1499 de 2017. Igualmente, gestiona los recursos para la Fase II del reforzamiento estructural de la Sede Central y la implementación de los requisitos de acreditación de los laboratorios para análisis fisicoquímico y microbiológico de aguas y alimentos, enmarcados en la metodología de proyectos de la Administración Central de la Alcaldía del Municipio de Cali a la cual está adscrita la SSPM.

1.4. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

Las siguientes son las recomendaciones identificadas durante el ejercicio de Revisión por la Dirección y otras que arrojaron los análisis previos aportados por el Grupo de Planeación como Coordinador de los Sistemas Gestión de Calidad:

- Revisar el mapa de riesgos y plantear controles o acciones preventivas, que se están llevando a cabo actualmente con el fin de reflejar mejor las gestiones que se adelantan frente al riesgo de deterioro del estado de salud de la población.
- Evaluar en el mapa de riesgos del Macroproceso de Hacienda Pública, la posibilidad de incorporar el riesgo de “Demora en la presentación de cuentas para pago”, adicionalmente, revisar el riesgo relacionado con la no disponibilidad del pago de nómina relacionado con la Ley 715.
- Realizar un ejercicio de revisión de las acciones que debe llevar a cabo la SSPM con relación a la gestión del riesgo en salud, orientado a dar cumplimiento con el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, pues como ente territorial tiene responsabilidades de gestionar el riesgo colectivo en salud en el territorio.
- Fortalecer cada vez más el ejercicio de seguimiento e implementación de las acciones correctivas, de forma que se logre la eficacia esperada. Para lo anterior, se recomienda realizar un cambio en la metodología del reporte de los planes de mejoramiento, de los seguimientos y programar evaluaciones de seguimiento a los mismos.
- Continuar gestionando ante el Departamento Administrativo de TIC, el permiso para compra de software de calidad e iniciar como piloto en salud.

**INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL**

- Es necesario que se realice mayor seguimiento y control a los proyectos de inversión que tienen a cargo los grupos de trabajo, con el fin de fortalecer más la administración del recurso asignado, posibilitar una toma de decisiones con mayor oportunidad y mejorar la ejecución en los primeros meses de la vigencia. De igual manera, se requiere seguir fortaleciendo la cultura de la oportunidad en el seguimiento a los diferentes reportes que se generan en los grupos de trabajo, pues son un insumo importante para el ejercicio de consolidación y análisis de información de resultados de gestión.
- Continuar con la implementación de las acciones que quedaron abiertas en el plan de mejoramiento de la revisión por la dirección de la vigencia 2016.
- Realizar un mejor análisis y seguimiento al comportamiento de ventas de servicios del centro de zoonosis, ya que en el análisis anterior, se evidenció disminución en los indicadores de servicios solicitados.
- Dar continuidad a la aplicación de lineamientos de gestión del riesgo en el componente de salud ambiental (IVC)
- Mantener y/o incrementar controles de seguimiento a PQRS, especialmente en el grupo de salud ambiental.
- Seguir fortaleciendo la aplicación del concepto y metodología de salidas no conformes.

2. CONCLUSIONES

Además de las conclusiones aportadas en el análisis de cada una de las entradas, se anexan las siguientes:

- Se considera que la SSPM tiene entre una de sus fortalezas la calidad y compromiso de su talento humano conformado por funcionarios nombrados y contratistas, los cuales han logrado interiorizar la importancia del rol de la Secretaría en las condiciones de salud y bienestar dentro de la comunidad caleña, superando en muchos de los casos las competencias técnicas requeridas en sus cargos.
- Dentro de los resultados que ha generado mayor evidencia sobre la eficacia del SGC de la SSPM se encuentran los lineamientos que recibieron los auditores internos para establecer los criterios de evaluación en los diferentes procesos, los cuales estuvieron más orientados a la verificación de la gestión de los grupos de trabajo; dicho resultado se logró debido a que la SSPM realizó un ejercicio de formación de mayor número de auditores internos y la actualización en los componentes de la NTC ISO 9001:2015, lo que permitió mayor nivel técnico en los informes de auditorías presentados.
- Una de las estrategias que ha generado impacto en los grupos de trabajo de la SSPM ha sido la implementación de la metodología de “Diagnóstico de cumplimiento de requerimientos por grupos”, el cual, a través de un ranking por grupos misionales y transversales se puede identificar el nivel de



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

cumplimiento de las diferentes requisitos y políticas del SGC, lo que ha permitido mayor interiorización de los conceptos del SGC del Organismo y ha movilizado a los funcionarios a su cumplimiento.

- La inclusión del componente seguridad y salud en el trabajo y de responsabilidad ambiental dentro del compromiso con las partes interesadas amplía la cobertura del Sistema de Gestión de Calidad, dando pasos a la consolidación de un Sistema de Gestión Integral, tendencia a nivel mundial para instituciones públicas y privadas.
- El enfoque de la SSPM, centrado en el impacto y acercamiento con la comunidad apoyado por los procesos internos favorecen el mejoramiento de la percepción de la SSPM como ente rector en salud en el Municipio, acercándonos cada día al cumplimiento de la propuesta de valor.
- Se considera que el Sistema de Gestión de Calidad ha sido útil facilitando a todos y cada uno de los procesos de la SSPM el cumplimiento de los objetivos planteados en función de la materialización de los propósitos de calidad según lo expresado por los líderes y colaboradores de los mismos, igualmente, da cumplimiento consistente a cada uno de los requisitos de la norma de calidad, utilizadas como referenciales de nuestro sistema de calidad como son ISO9001:2015, MECI y los requisitos legales asociados, según ha podido ser evidenciado en los procesos de evaluaciones internas y las realizadas por parte de los diferentes entes de control. Asimismo, se considera eficaz al haber soportado el cumplimiento de los principales indicadores establecidos para monitorear el impacto de la SSPM con la partes interesadas, logrando entre ellos (Participación en el premio para la “Nutrición infantil Fundación Éxito”, del cual la SSPM ocupó el segundo puesto, Reconocimiento a Cali por tener la tasa de fecundidad más baja del país, entre otros logros.

Con base en lo expuesto por los diferentes procesos se considera que el Sistema de Calidad implementado en la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali es:

- Conveniente, dado que se evidencia una alineación del sistema de calidad con las metas y políticas organizacionales, sin embargo, es importante continuar trabajando para que esto sea percibido por la comunidad cada vez con una mayor fuerza, adicionalmente para que sirva de apoyo a la consolidación de las competencias que se requiere sean asignadas por la súper salud.
- Adecuado. Se considera que las acciones, decisiones y prácticas que se realizan en la SSPM han llevado al cumplimiento de los requisitos de las normas, con la necesidad de continuar fortaleciendo el manejo de registros según las tablas de retención documental.
- Eficaz. Se realizan las actividades planificadas y en la mayoría de los procesos se logran los objetivos planificados, sin embargo bajo la filosofía del mejoramiento continuo se invita a los líderes de los procesos a aplicar la autocritica y establecer cada vez metas más exigentes con respecto a los logros propios, para continuar con resultados superiores a los de otras entidades.
- Eficiente. Los procesos trabajan con eficiencia cumpliendo lo esperado con respecto a los recursos asignados, sin embargo se invita a los procesos a identificar y corregir aspectos o actividades con



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

**INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL**

ineficiencias, igualmente el fortalecer la actualización de los planes operativos acorde con los ajustes presupuestales lo cual permitirá el logro de mediciones permanentemente actualizadas.

- Efectivo. El sistema se considera efectivo soportado en los indicadores con muy buenos resultados con respecto al País, sin embargo es muy importante seguir haciendo los esfuerzos necesarios para el mayor impacto posible en la salud de la ciudad y en el logro de fortalecerse con actividades de control que esperamos nos sean asignadas por la Superintendencia de Salud.

Dr. Alexander Duran Peñafiel
Secretario de Despacho
Secretaría de Salud Pública Municipal

Claudia Ximena Gómez Arboleda
Profesional Universitario
Coordinadora del Sistema de Gestión de Calidad