

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Sistema de Gestión de la Calidad

3 de
noviembre
2016

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	20
2.1. RESULTADOS DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD.....	20
2.2. RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE	26
2.2.1. Informe de Encuestas de Satisfacción Del Usuario	26
2.2.2. Informe de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR)	28
2.3. ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTO DE INDICADORES DE EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD AL 3ER. TRIMESTRE DE 2016.....	39
2.3.1. Análisis general según el nivel de indicador (Estratégico, operacional y de apoyo).....	39
2.3.2. Desempeño de indicadores estratégicos.....	39
2.3.3. Desempeño de indicadores operacionales (Eficacia)	40
2.3.4. Desempeño de indicadores operacionales (Eficiencia)	41
2.3.5. Desempeño de indicadores de apoyo (Eficacia).....	42
2.3.6. Desempeño de indicadores de apoyo (Eficiencia).....	43
2.4. ANÁLISIS DE TENDENCIA DE INDICADORES DE EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DE PROCESOS 2015 - 2016.....	44
2.4.1. Porcentaje de ejecución del Plan de Acción de Rectoría en Salud Pública	44
2.4.2. Porcentaje ejecución presupuestal.....	45
2.4.3. Porcentaje de cumplimiento cronogramas.....	45
2.4.4. Nivel de satisfacción del usuario	46
2.4.5. Índice de Indicadores de efectividad en Salud priorizados	47
2.5. ANÁLISIS DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME (PNC)	49
2.6. ESTADO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS.....	52
2.7. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE RIESGOS.....	58
2.7.1. RIESGOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS MISIONALES SSPM.....	58
2.7.2. RIESGOS DE CORRUPCIÓN.....	61

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

2.8.	SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE TRAMITES Y SERVICIOS	62
2.9.	ACCIONES DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 2015.....	66
9.1.	REVISIÓN DEL COMPROMISO CON LAS PARTES INTERESADAS (POLÍTICA DE CALIDAD) Y PROPÓSITO DE CALIDAD (OBJETIVOS DE CALIDAD)	67
9.1.1.	ALINEACIÓN DE PROPÓSITOS DE CALIDAD CON INDICADORES DE GESTIÓN DE LA SSPM.	68
9.2.	SEGUIMIENTO AL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI.....	74
9.3.	CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SGC	75
9.4.	NECESIDADES DE RECURSOS.....	75
9.5.	RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA.....	80
10.	CONCLUSIONES.....	81

LISTADO DE GRAFICAS

Pág.

Gráfica 1. Distribución de resultados por tipo de hallazgo. Auditoría Interna de Calidad. Septiembre 2016.....	20
Gráfica 2. Comparativo de Resultados de Auditora Interna por Tipo de Hallazgo 2015 - 2016	21
Gráfica 3. Frecuencia de No Conformidades por requisito y otros criterios - Auditorías Internas de Calidad 2016.....	22
Gráfica 4. Comparativo de No conformidades por Proceso 2015 - 2016.....	24
Gráfica 5. Promedio del Nivel de satisfacción por tipo de actividad enero septiembre 2016.....	27
Gráfica 6. Promedio general de satisfacción de atención al usuario a través de canal presencial y de trámites.....	27
Gráfica 7. Promedio general del Nivel del nivel de satisfacción de los usuarios - Enero a Septiembre 2016.....	28
Gráfica 8. Distribución porcentual de peticiones por Grupo de Trabajo de Enero a Septiembre de 2016	30
Gráfica 9. Cuadro comparativo del Nivel de Oportunidad de Respuesta por trimestre 2016	33
Gráfica 10. Nivel de oportunidad de respuesta por grupo de trabajo . Enero a Septiembre 2016.....	34
Gráfica 11. Cuadro comparativo del Nivel de Oportunidad de respuesta por trimestre 2015 - 2016...	35
Gráfica 12. Comportamiento Mensual de Peticiones y Promedio - Año 2016.....	35
Gráfica 13. Desempeño general de según nivel del indicador - Enero a Septiembre 2016.	39
Gráfica 14. Desempeño de Indicadores Estratégicos - Enero A Septiembre De 2016	40
Gráfica 15. Desempeño de Indicadores Operacionales (Eficacia) - Enero A Septiembre 2016.....	41
Gráfica 16. Desempeño de Indicadores Operacionales (Eficiencia) - Enero A Septiembre De 2016..	42
Gráfica 17. Desempeño de Indicadores De Apoyo (Eficacia) - Enero A Septiembre De 2016.....	43
Gráfica 18. Desempeño de Indicadores De Apoyo (Eficiencia) - Enero A Septiembre De 2016.....	44
Gráfica 19. Tendencia de indicador de Porcentaje de ejecución presupuestal - Enero a Septiembre de 2015 y 2016.....	45
Gráfica 20. Tendencia de indicador de Porcentaje de cumplimiento oportuno de los cronogramas de planes de trabajo - Enero a Septiembre de 2015 y 2016.....	46
Gráfica 21. Tendencia de indicador de Nivel de satisfacción del usuario - Enero a Septiembre de 2015 y 2016.....	47
Gráfica 22. Distribución de No Conformes Enero A Septiembre 2016.....	51
Gráfica 23. Comparativo Ejercicios de Evaluación 2015 - 2016	52
Gráfica 24. Total Hallazgos por ejercicio de Evaluación 2016.....	53
Gráfica 25. Estado Planes de Mejoramiento 2015	54
Gráfica 26. Distribución porcentual Estado de Planes de Mejoramiento - 2015	55



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

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

Gráfica 27. Análisis de Acciones correctivas, preventivas y de mejora - 2016	57
Gráfica 28. Comparativo del total de Trámites y Servicios atendidos durante el 2015 - 2016 (Enero - Septiembre)	63
Gráfica 29. Total de Trámites y Servicios atendidos durante el año 2016	65

LISTADO DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Resumen de logros por Proceso / Subproceso - Grupo de Trabajo. Oct. 2015 - Nov. 2016 .	19
Tabla 2. Total de peticiones por grupo de enero a septiembre de 2016	29
Tabla 3. Frecuencia Peticiones por Ejes Temáticos y por Grupo de Trabajo de Enero a Septiembre 2016.....	31
Tabla 4. Cuadro comparativo del Promedio Simple durante el 1er Trimestre 2015 y 2016.	44
Tabla 5. Cuadro comparativo de Indicadores de Efectividad 2014 - 2015.....	49
Tabla 6. Controles implementados correspondientes a los riesgos asociados a los procesos misionales de la SSPM.	59
Tabla 7. Análisis de zona de riesgos después de controles y resultados a septiembre 2016.....	60
Tabla 8. Riesgos de Corrupción en la Secretaria de Salud Pública Municipal.....	61
Tabla 9. Alineación de Propósitos de Calidad con Indicadores de la SSPM.....	73
Tabla 10. Resultados del seguimiento al MECI con corte a Octubre 2016.	74
Tabla 11. Resumen de Necesidades de Recursos aportados por los Grupos de Trabajo durante la Revisión por la Dirección - Noviembre de 2016	79



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

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

INTRODUCCIÓN

La Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2008, en el numeral 5.6 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 y eficacia continuas. 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 2016, 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.

1. LOGROS OBTENIDOS POR LOS GRUPOS DE TRABAJO

Desde la última Revisión por Dirección, en Octubre de 2015 hasta la fecha, los Grupos de Trabajo fortalecieron su gestión a pesar de todos los cambios que contrajo la nueva administración y sus nuevas apuestas. Ello fue demostrado por los Grupos de Trabajo, en la que manifestaron los logros obtenidos hasta la fecha, contribuyendo así al posicionamiento de la Secretaria de Salud Pública Municipal, como autoridad y modelo de rectoría en salud. La siguiente tabla resume este gran panorama:

PROCESO / GRUPO	LOGROS
ABOS	<ul style="list-style-type: none"> Es importante resaltar que para que el segundo semestre de 2016 teniendo en cuenta que los contratos de prestación de servicios iban hasta el 30 de junio, para el día 25 de julio que se daba el cierre del sistema SAP se encontraba toda la contratación completa de prestadores de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, sin afectar el funcionamiento de la Secretaria de Salud. Nueva directriz para entrega oportuna de los documentos post-contractuales (informes y documento equivalente) permitiendo cumplir con la normatividad y publicándolo dentro del 3 días siguientes a su elaboración (transparencia).
GESTION DEL TALENTO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> EDL . Se cumplió con el envío del 99% oportunamente. Se han revisado aproximadamente 1.500 hojas de vida en el aplicativo SIGEP. Actividades del Plan de Capacitación: 101 Capacitaciones Dictadas a corte 31 de octubre. Actividades de Bienestar. Actividades del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. SSST. Ley 1562 de 2012 y Decreto 1443 de 2014. Actividades del SSST.
GESTION DOCUMENTAL	<ul style="list-style-type: none"> 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.
ABIMA	<ul style="list-style-type: none"> Almacén: Depurando la cuenta 1635. Inventario: Identificación de activos fijos. 80 % de Identificación y Ubicación. Mantenimiento: Ha mejorado la oportunidad de respuesta. Trasporte: Se está organizando el proceso. Mejoramiento de Aseo y Vigilancia.

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

PROCESO / GRUPO	LOGROS
GESTION DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • El municipio de Santiago de Cali se encuentra en cobertura universal del aseguramiento en salud, 92%. • La auditoria que se realiza a las EPS y la depuración periódica de las bases de datos ha permitido la disminución de las afiliaciones que no cumplen con los requisitos normativos y la identificación de afiliaciones no efectivas a través de la evaluación de los FUAN. • 3.216 personas pertenecientes a grupos priorizados están formadas y con conocimiento para que sean referentes y multiplicadores del funcionamiento del SGSSS. • Las personas susceptibles que han participado en las jornadas educativas, el 100% se afiliaron al SGSSS. • La implementación del SGC al interior del equipo de trabajo ha permitido: contar con una mejor planificación, optimizar el tiempo y los recursos, disponer de documentación organizada y completa, desarrollar con oportunidad las tareas definidas de acuerdo a la estandarización de los procedimientos, la sensibilización en los funcionarios para llevar a cabo procesos con disciplina y responsabilidad. • Se ha consolidado el funcionamiento de la mesa de articulación interinstitucional e intersectorial con diferentes actores del sistema para coordinar acciones de promoción y afiliación al SGSSS. • En los últimos cuatro años la Contraloría no ha reportado hallazgos a la contratación con las ESE municipales. • En el ejercicio del rol de autoridad sanitaria el subproceso de gestión de aseguramiento en salud ha fortalecido la articulación con el subproceso de gestión de determinantes sociales y ambientales de la salud lo que ha posibilitado mejorar los flujos de información. • Desde noviembre de 2011 está conformado el comité municipal de seguridad del paciente. • Se ha incrementado de 4 a 8 IPS privadas que participan en el comité municipal de seguridad del paciente. • Vinculación de la Universidad Santiago de Cali al comité municipal de seguridad del paciente. • Difusión de estrategia para socializar prácticas seguras a través de calendario del año 2017. • Realización de evento de asistencia técnica en la implementación de Resolución 256 de 2016 sobre el sistema de información para la calidad, en articulación con la Secretaría Departamental de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, con asistencia de 212 personas de las IPS y EPS del Valle del Cauca. • Se han visitado 39 IPS con servicios de urgencias con el propósito de brindar asistencia técnica para la implementación de la resolución 5596 de 2015 (Triage) y posteriormente se verificó su cumplimiento.

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

PROCESO / GRUPO	LOGROS
PARTICIPACION CIUDADANA Y GESTION COMUNITARIA	<ul style="list-style-type: none"> Autoevaluación detallada del quehacer del Grupo y su documentación. Se estandarizaron las actividades, de tal manera que cualquier profesional del equipo tiene a la mano los elementos para hacer las intervenciones con los actores sociales (comunitarios e institucionales). Procesos de Participación Social organizados, sistemáticos y metodológicamente implementados con los actores sociales, quienes reconocen y resaltan la intervención del Grupo en Comunas y Corregimientos.
AGUA POTABLE	<ul style="list-style-type: none"> Acueductos construidos / mejorados: Mejoramiento Acueductos Pichindé y Lomitas La Paz; Construcción del Tanque de Almacenamiento y Red de Distribución Acueducto La Buitrera Corregimiento La Buitrera. Por valor de: \$ 965.728.650 PTAPS (Construidas y/o Mejoradas): Impermeabilización PTAP Montebello, Mejoramiento PTAP el rosario - La Buitrera, Mejoramiento PTAP Las Palmas La Castilla y PTAP La Luisa. Por valor de \$ 862.085.174 Alcantarillados (Construidos y/o Mejorados) Reposición Alcantarillado Hora Cero - Vía El Crucero - Tres Cruces Cabecera, Corregimiento Montebello; Calle Los Estudiantes Cabecera Corregimiento Montebello; Calle 9 Oeste Entre Av. 44 Oeste Y La Ye Montebello; Calle 47 Oeste Con Av. 48 Oeste Montebello; Sector Las Piscinas Cabecera Montebello; Sector Quinta Etapa Cabecera Montebello. Por valor de \$ 1.164.004.239. PTARDs (Construidos y/o Mejorados): Mejoramiento PTARD La Leonera, Mejoramiento PTARD Pueblo Nuevo La Buitrera, Mejoramiento PTARD La Vorágine Pance, Mejoramiento PTARD Pizamos El Hormiguero, Mejoramiento PTARD El Sena La Buitrera, Reparación PTARD Alto Los Mangos La Buitrera, Instalación Sistema De Mitigación De Olores PTARD Alto Los Mangos La Buitrera, Mejoramiento PTARD Alto Los Mangos La Buitrera, PTARD Campoalegre. Por valor de \$ 2.792.376.667. Otros logros: <ul style="list-style-type: none"> Apoyo técnico en la operación y funcionamiento de 30 Plantas de Tratamiento de Agua Potable-PTAP y 11 Plantas de Tratamiento de Aguas Residuales- PTAR. Apoyo administrativo y social a 44 juntas administradoras prestadoras de servicios de acueductos y alcantarillados del área rural. Diagnóstico del Nivel de Desarrollo Administrativo de 41 Juntas administradoras prestadoras de servicios de acueductos y alcantarillados del área rural. Apoyo en la formulación de 13 Planes de Uso Eficiente de Agua-PUEA a las juntas administradoras prestadoras de servicios de acueductos y alcantarillados.

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

PROCESO / GRUPO	LOGROS
	<ul style="list-style-type: none"> – Educación Ambiental y Sanitaria en uso eficiente y desinfección de agua de consumo humano en 12 establecimientos educativos para 1.127 estudiantes del área rural de 8 corregimientos del municipio de Cali. – Educación Ambiental y Sanitaria en uso eficiente y desinfección de agua de consumo humano en 10 organizaciones comunitarias para 733 personas adultas del área rural de 8 corregimientos del municipio de Cali. – Realización de 12 reuniones de la Mesa de Concertación con las Juntas administradoras prestadoras de servicios de acueductos y alcantarillados del área rural.
GESTION JURIDICA	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha implementado la Base de datos de las Tutelas que permite conocer cual Régimen (Subsidiado y Contributivo), EPS, Pretensión, Tipo de enfermedad, es la más demandada y reclamada logrando establecer una medición estadística y consolidada. • En las contestaciones de acciones de tutelas, se brinda herramientas jurídicas en normatividad de salud a los Jueces, con gran impacto, dando a conocer los derechos que tienen los afiliados a las EPS, o las personas vinculadas al sistema, logrando una efectividad del goce del derecho a la salud, ello acorde a las competencias y razón de ser de la SSPM. • Implementación de la Estrategia Jurídica de interrumpir la caducidad de las pólizas tomadas entre el Municipio de Cali y la Aseguradora La Previsora S.A., al notificar a dicha compañía de la reclamación realizada por un convocante de Conciliación Prejudicial ante la Procuraduría. (Acción preventiva). • Se ha logrado desvincular a la 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. • Gracias a las Auditorías Internas de Calidad, el Grupo de Apoyo Jurídico ha logrado mejorar su proceso de Gestión Jurídico - Administrativo, dado que las no conformidades y las oportunidades de mejora encontradas han permitido hacer un ejercicio de reconocimiento de falencias y se ha logrado subsanarlas a través de los planes de mejoramiento, el seguimiento y haciendo mejora continua.

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

PROCESO / GRUPO	LOGROS
GESTION DEL RIESGO EN SALUD Y ATENCIÓN DE DESASTRES	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación: <ul style="list-style-type: none"> – Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades en Salud (100 P de la comunidad). – Epidemias e intoxicaciones (100). – Planes de Emergencia específicos por amenaza en Clínicas y Hospitales (100). – Urgencias Médicas de Alta Ocurrencia en Temporada Decembrina (200). – Capacitación en manejo de conductores de vehículos de emergencia 65. – Capacitación en Misión Medica: 35 funcionarios de los diferentes Hospitales. • Concertación de Normas Nacionales: <ul style="list-style-type: none"> – Concertación Normas de triage. Resolución 5596 de 2015 – Concertación de los SEM. En proceso. • Formulación de un Modelo tecnológico para el mejoramiento del proceso de referencia y contrareferencia de pacientes por Urgencias, Emergencias y Desastres. • Cumplir con la verificación del plan de atención médica a eventos de concentración masiva, que permite una eficiencia en la prestación de servicios por parte de los operadores de salud como evento particular %Copa Mundial Futsal Colombia 2016+ • Formulación del Decreto de Regulación de Ambulancias para el Municipio de Santiago de Cali. • Implementación del comité interno del equipo para revisión y seguimiento al plan de trabajo y diversas actividades del proyecto. • Creación del comité de ambulancias y jefes de urgencias que han permitido la articulación del sector salud.
GESTION DE HACIENDA PUBLICA	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente control y recepción de cuentas. • Entrega oportuna de las cuentas a Tesorería Municipal para los pagos. • Implementación del proceso de expedición de certificado de ingresos y retenciones a los contratistas de la SSPM. • Iniciación como Política Operativa la actividad de informar con antelación las fechas de recepción de cuentas. • Contribución con el medio ambiente con Cero Papel. • En el Inventario de Macroprocesos, Procesos y Subprocesos- Procedimientos de la Alcaldía de Santiago de Cali. • La Armonización. • Eliminación del Formato 3 de los documentos para entrega de cuentas y el ajuste del informe parcial y/o final de supervisión. • Iniciación en el Proceso de implementación de las NICSP (Normas Internacionales de Contabilidad en el Sector Público).

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

PROCESO / GRUPO	LOGROS
GESTION DE DETERMINANTES SOCIALES Y AMBIENTALES DE LA SALLUD / SALUD AMBIENTAL	<p>Gestión para la Promoción de Entornos Saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponencia %Experiencia entornos para la vida- Cali+ Bogotá, encuentro de Entornos nacionales- Junio 201 • Foro de Alcaldes de las Américas invitados por OPS/OMS. Chile. Julio 2016 • Asesoría al Departamento del Magdalena para la implementación Estrategia Entornos para la Vida. • Foro: A propósito de Salud en todas las políticas, Qué pasa con la movilidad en Cali. Plan educativo con Sec. Transito. Marzo 2016 • Aprobación Decreto COTSA 0115 del 24 febrero de 2016. <p>Gestión para la Promoción de Entornos Saludables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidación alianza Estrategia TIOS-_Entornos para la vida articulándolas en el Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 con un indicador de resultado y 31 indicadores de producto • 1er. Congreso Internacional Entornos de Color para la Vida+ en el marco de la gestión intersectorial del Comité Municipal %Entornos para la Vida+, con el liderazgo de Fundación MULI, Fundación Orbis . Pintuco. <p>Gestión para la prevención de enfermedades de interés en salud ambiental. ZOONOSIS y ETV.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apropiación de las metodologías para el control del vector: Ovillantas, peces guppie, Wolbachia y estrategia COMBI. • Formulación e implementación de la Estrategia territorio libre de zancudo en concentraciones humanas Cárcel de Villahermosa, Cantón Militar, Base Aérea. • Organización, desarrollo y participación en el primer Congreso Latinoamericano para el control del Aedes aegypti en Cali. • Adquisición y puesta en funcionamiento la segunda Unidad Móvil de Esterilización. • Acompañamiento permanente en el proceso de sustitución de Vehículos de Tracción Animal VTA liderado por la Secretaria de Tránsito y Transporte. • Elaboración del protocolo para la disposición de semovientes resultantes del Plan de restitución y compensación para los hogares en riesgo no mitigable del Jarillón de Cali. • Asignación de presupuestos y gestión para la compra del lote para la construcción del Centro de Vigilancia, control de zoonosis y bienestar animal. <p>Inspección, vigilancia y control de factores de riesgos sanitarios y del ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación del Plan de Manejo y Ordenamiento de Cuenca Hidrográfica del Río Cali-POMCA. • Contratación con laboratorio particular para muestreo, análisis y resultados de los parámetros de: arsénico, bario, cadmio, cromo, mercurio,

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

PROCESO / GRUPO	LOGROS
	<p>níquel, plomo y cianuro libre y disociado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo la elaboración y presentación del Proyecto PAE %Curso de certificación CPO operación y mantenimiento de piscinas. • Organización y Realización de la capacitación al sector salud en la actualización del Manejo Integral de Residuos Generados en la atención en Salud y otras actividades. • Diagnostico de 370 Sujetos de Interés sanitario que impactan en la disposición de residuos sólidos en el entorno de la Plaza de Mercado Santa Elena. • Certificación de la Secretaría de Salud Pública Municipal como Miembro de le Red Global de Hospitales Verdes en la categoría de Sistema de Salud. • Formulación e implementación del Decreto Municipal para Control y Prevención del Ruido mediante la articulación con DAGMA, Sec. Gobierno, Sec. Tránsito, Salud Pública, Policía Metropolitana y Policía Ambiental. • Socialización a la comunidad sobre la manipulación adecuada de alimentos por medio de la publicación de pautas publicitarias en alianza con Almacenes la 14. • Intervención conjunta entre Secretarias de Salud y Educación Municipal en instituciones educativas de básica primaria para la prevención de los riesgos sanitarios del ambiente. • Realización de operativos de control en vehículos transportadores de alimentos en conjunto con la Policía Ambiental; con la participación proactiva en la Mesa Departamental de Inspección, Vigilancia y Control de la carne. • Se implementó el sistema de Control de Calidad y Aseguramiento de la Calidad Referenciado como AQA1-AQA2 y AQ3. • Fortalecimiento del Laboratorio a través de la compra de equipos de procesamiento y análisis de muestras para medición de parámetros microbiológicos en alimentos. • Laboratorio autorizado mediante Resolución 1615 de Mayo 15/ 2015 página 12 - MPS %Por el cual se autorizan laboratorios para la realización de análisis físico químico y microbiológico al agua para consumo humano+, Por su evaluación de desempeño satisfactorio en el programa PICCAP ciclo 2015-2016.

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

PROCESO / GRUPO	LOGROS
<p>GESTION DE DETERMINANTES SOCIALES Y AMBIENTALES DE LA SALLUD / SALUD PUBLICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad Infantil por debajo de la Meta Nacional: 17.5/8.02 • Mortalidad Materna por Debajo de la Meta Nacional: 11.8/8 • % de adolescentes embarazadas por debajo de la Meta Nacional: 7.72/3.9 • Proporción del bajo peso al nacer: 10/9 • % de atención de parto Institucional superior a la Nacional: > 99% • Coberturas de Vacunación superiores a las Metas Nacionales: 98 <p>Cáncer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difusión del conocimiento con simposios especializados, que han permitido masificar la información relacionada con los 4 tipos de cáncer priorizados. (mama, próstata, cérvix, colon-recto)- plan decenal de cáncer. • Implementación de las pruebas VPH como mecanismo de fortalecimiento de la prevención del cáncer. • Notificación obligatoria de las IPS para los cáncer de mama y cérvix a través del SIVIGILA. • Refuerzo de las 4 rutas de atención en las ESES para los tipos de cáncer priorizados. • Articulación intersectorial con las ESE, IPS Fundaciones y Universidades para la entrega de información sobre los derechos del paciente con cáncer. • La ciudad de Cali fue escogida por la UICC (Unión Internacional del Control del cáncer-Suiza), para un modelo de atención a los pacientes con cáncer. <p>PAI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con el objetivo de disminuir la morbilidad y el riesgo de sufrir discapacidad por enfermedades prevenibles por vacuna, el municipio a través de la gestión de recursos propios priorizó a través de proyecto de

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

PROCESO / GRUPO	LOGROS
	<p>inversión, la vacunación a la población más vulnerable por condiciones de salud o socio económicas de las 21 comunas y zona rural de la municipalidad con biológicos no incluidos en el esquema nacional gratuito, Neumococo 23, Meningococo, TDaP Acelular, Hepatitis A Adulto y/o Niño para un total de 30.679 dosis de vacunas adquirida y una inversión total de \$ 3.846.825.766 de pesos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El PAI Cali fue considerado referente Nacional para replicar experiencias exitosas en la implementación y mejora del SGC del Ministerio de Salud y Protección Social. <p>Seguridad Alimentaria y Nutricional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliación de la cobertura del programa de SISVAN para un total de 142 IE. • Primer simposio de lactancia materna con una asistencia de 250 profesionales. • Ampliación del trabajo realizado en lactancia materna (Intervención ámbito Comunitario) • Alta movilización social durante la semana de la lactancia, asistencia aproximada de 450 personas. • Implementación de la red de donantes al banco de leche humana del Municipio. • Desde el sistema de información SISVAN ESCOLAR en articulación con Educación y aseguramiento se ha logrado vincular al régimen subsidiado a niños y niñas que no contaban con seguridad social. <p>Salud Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación del proceso intersectorial seguimiento y restablecimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual con el estudio de casos mensuales. • Fortalecimiento de las intervenciones de base comunitaria con los Centros de Escucha, ZOE, y las redes del buen trato. • Seminario de salud mental que permiten multiplicar la información relacionada con las rutas de atención.

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

PROCESO / GRUPO	LOGROS
	<ul style="list-style-type: none"> • Estilos de Vida Saludable: • Proyecto de Estandarización del Tratamiento de Hipertensión Arterial (Convenio entre OPS y Ministerio de Salud) • Capacitación en la estrategia %Conoce tu Riesgo y Peso Saludable+con la realización de 23 talleres y 538 personas (8000 personas tamizadas).APP • Proceso de empoderamiento comunitario • Articulación intersectorial: EPS, IPS, Academia, INDERVALLE. • Socialización de la estrategia 4 x 4 en territorios • Alianza con Universidad Libre para piloto de implementación de Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludable en el entorno universitario. <p>Salud Sexual y Reproductiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18 Servicios amigables implementados en zona TIOS y 24 en zonas no TIOS • Fortalecimiento de las acciones de articulación Inter e intrasectorial. • Participación comunitaria en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, 350 líderes formados como agentes multiplicadores de la maternidad segura. • Fortalecimiento del modelo de atención integral a la mujer en edad fértil y gestante. • 100% de las ESE, EPS contributivas y subsidiadas con AT en protocolos, guías y rutas de atención. • Mejora en los indicadores de resultado y proceso en Salud Sexual y Reproductivo, por ejemplo: • Disminución de la Tasa de fecundidad • Aumento de la Consulta de primera vez de planificación familiar • Aumento del porcentaje de gestantes que ingresan a control prenatal antes de la semana 12 de gestación. • Aumento del porcentaje de gestantes nuevas con pruebas de VIH • Incremento en el porcentaje de gestantes con cuatro controles o más. • Fortalecimiento de la atención del parto en las Instituciones con el servicio habilitado. <p>Salud Oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento del grupo Alianza Global por un futuro libre de Caries. • Éxito en maratón de cepillado, superando el record latinoamericano de cepillado con la inscripción de 60284 niños de las IE públicas y privadas. • Implementación permanente de la Estrategia Soy Generación más sonriente, por parte de los actores del SGSSS del municipio de Cali. <p>Salud y Ámbito Laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación del programa de Intervención en Seguridad y Salud en el Trabajo para el sector informal de Cali, priorizando los trabajadores del Reciclaje. • Caracterización Piloto de 203 Trabajadores Informales que orientó

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

PROCESO / GRUPO	LOGROS
	<p>intervención y elaboración del programa para población trabajadora informal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitados en Riesgos Laborales priorizados 377 Recicladores. • Intervenidos y capacitados 53 estilistas de las comunas 11 y 12. • Sensibilizados en Seguridad y Salud en el Trabajo 178 Recicladores y 41 Estilistas. • Creación y Aplicación de 7 instrumentos para recolección de Información. • Visibilización de las acciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en Instancias Intersectoriales. • Elaboradas 3 Matriz de peligros y Evaluación de Riesgos (Recicladores, Estilistas y Trabajadores del Cuero). • Visitas de Inspección para observación de Condiciones de Seguridad y Actos Inseguros en el ambiente de trabajo (Aplicadas 27 fichas). • Aplicativo en construcción - Sistema de Información para la vigilancia epidemiológica ocupacional. <p>Tuberculosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de la Primera Jornada Internacional de Investigación en TB en asocio con la Alianza TB. • Fortalecimiento del manejo del Control de Infecciones en las IPS. • Consecución de recurso financieros para la remodelación física del pabellón de aislamiento en la cárcel. • Sostenibilidad financiera de los contratos para atención de poblaciones vulnerables, (habitantes de calle e indígenas); descripción de la resistencia (Pruebas fenotípicas) e investigación de contactos. <p>AIEPI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en el componente Comunitario para la Implementación de la estrategia AIEPI (personal de salud impactado 428 personas) y Asistencia Técnica y seguimiento a 40 IPS de las ESE LADERA, SUR ORIENTE, CENTRO, NORTE Y ORIENTE, en la implementación de los componente de la Estrategia AIEPI y al programa de Crecimiento y Desarrollo. • La ejecución de acciones del Grupo aplicaron como méritos para el Concurso Nacional al alcalde más PILO en el 2015 y 2016, los cuales resultaron ganadores como representantes de la Ciudad de Cali. • Capacitación en el componente Clínico para la Implementación de la estrategia AIEPI para lograr disminuir la Morbi-mortalidad en la población infantil con un impacto en personal de salud de 120 personas. • Diagnóstico para inicio de intervenciones específicas, dirigidas al mejoramiento de la atención al neonato (19 Salas de partos y puerperio evaluadas en la atención del Recién nacido). • MINSALUD escogió al grupo niño de la SSPM para la realización de prueba piloto de la aplicación para valoración de la calidad y humanización de los servicios en el programa de crecimiento y desarrollo y

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

PROCESO / GRUPO	LOGROS
	<p>atención del recién nacido en sala de partos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificación como facilitadores de AIEPI Comunitario a todo el personal de salud infantil de la Secretaria de Salud Pública Municipal de la ciudad de Cali, en convenio por la Universidad de los Andes y el Ministerio de Salud <p>Promoción social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comité técnico urbanización casas de llano verde. • Fortalecimiento de la oferta desde las alianzas de cooperación internacional. • Mesas territoriales con enfoque diferencial. • Implementación de lineamientos, protocolos y Rutas para atención integral a la población víctima. • Mayor cobertura en puntos de atención para usuarios en víctimas, indígenas, Afro, adulto mayor, PCD. • Movilización de la política pública Nacional en el tema de conflicto y posconflicto. • Competencia de salud visibilizada a través de eventos de tipo académico. • Concertadas acciones en salud y adecuación de las propuestas de modelos en salud propia, para el caso de Etnias. <p>Vigilancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementación de la vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) con cobertura superior al 90% de las instituciones que cuentan con unidades de cuidados intensivos, lo cual impacto en la reducción de las tasas de Densidad de Incidencia de IAAS en UCI Adultos y Neonatal. • Se logró el control de la epidemia de Dengue, gracias al trabajo articulado con el Grupo de Salud ambiental, implementando nuevas estrategias e innovación en la utilización de elementos para el control del vector; adicionalmente se implementara el curso virtual sobre Dengue y Chikungunya orientado al personal médico de todas las instituciones públicas y privadas del Municipio, para lograr un diagnostico oportuno y la disminución de la morbi-mortalidad. • Reducción de la mortalidad materna por causa de hemorragias obstétricas en comparación al año anterior, de acuerdo a las estrategias implementadas. • Disminución en la notificación negativa y el aumento en el cumplimiento de la notificación al SIVIGILA, gracias a la implementación, seguimiento de la Búsqueda Activa Institucional y monitoreo permanente de los indicadores de proceso de notificación. • Respuesta inmediata ante casos de interés en salud pública. • Divulgación del conocimiento : primer congreso internacional lucha contra el mosquito-Estudio zika embarazadas con CDC de Atlanta- INS-

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

PROCESO / GRUPO	LOGROS
ARTICULACION Y COORDINACION DE LA FUNCION RECTORA EN SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de la actualización del documento ASIS 2015 en un 80%. • Realización del Rankin en un 100% de la evaluación de trimestral de los indicadores de cobertura, calidad y oportunidad de las estadísticas vitales RUAF-ND de las Instituciones de Salud de Cali. • Cumplimiento 100% de lo programado en capacitación al personal médico de manejo de estadísticas vitales. • Levantamiento de los Procesos de Producción de Información (PPI) que contribuyen a la generación de nuevo Conocimiento. Identificación de fuentes de información en cada una de las líneas de salud y procesos. • Desarrollo de seminarios: Planificación familiar (salud sexual), VIH-SIDA, Seminario permanente de salud mental comunitaria dirigido a profesionales • Curso de seguridad escolar (escuela saludable) • Congresos de Dengue (ETV), internacional de vegetarianismo y nutrición (SAN). • Primer simposio de salud pública y neonatología, cáncer de cuello uterino, simposio de cáncer mama en asocio con EMSANAR, primer simposio regional de cáncer de mama, primer simposio de lactancia materna (SAN), seminario de corazones responsables, Academia y post. • Foro municipal de seguridad alimentaria (SAN), prevención de embarazo en adolescentes (Salud sexual), foros comunitarios en deberes del sistema general de seguridad social en salud y derechos (escuela saludable), Foro de prevención del abuso sexual (Salud Mental) , foro nacional de drepanocitosis (enfermedades huérfanas) • Diplomado en derechos de la salud dirigido a la comunidad • Desarrollo de investigaciones: <ul style="list-style-type: none"> – Análisis de la situación neonatal (Salud infantil)-CDC zika embarazadas – Investigación sobre la resistencia de los insecticidas utilizados para el control del vector (ETV) – Comportamiento de la comunidad en la implementación de la wolbachia en las comuna 18 y 20, con la universidad de Wisconsin (ETV) – Estudio epidemiológico de la calidad del aire y enfermedades respiratoria

Tabla 1. Resumen de logros por Proceso / Subproceso - Grupo de Trabajo. Oct. 2015 - Nov. 2016

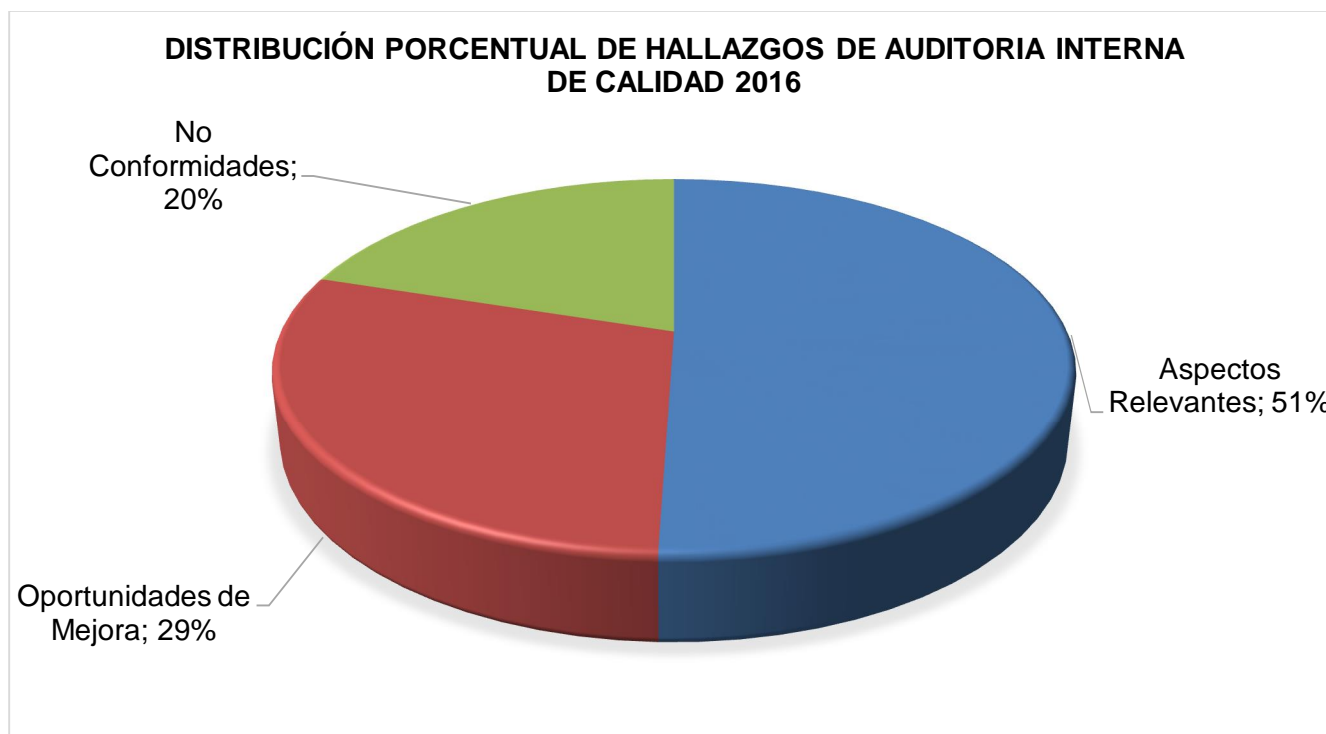
A continuación el Grupo de Planeación - Sistemas de Gestión, presento el resumen y análisis de cada una de las entradas para la Revisión por Dirección, de acuerdo con la norma técnica ISO 9001:2008.

2. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

2.1. RESULTADOS DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

El segundo ciclo de auditoría interna de calidad practicado al Sistema de Gestión de Calidad, incluyó la evaluación de todos los procesos del SGC, contando con la participación de 20 servidores públicos y prestadores de servicio quienes fueron fortalecidos en sus conocimientos y habilidades como auditores internos de calidad durante el 2016:

Como resultado general de este proceso de evaluación se tiene: un total de 479 hallazgos obtenidos, de los cuales se identificaron 96 no conformidades, 141 oportunidades de mejora y 242 aspectos relevantes. A continuación, se muestra la distribución porcentual de los tipos de hallazgos obtenidos sobre el total:



Gráfica 1. Distribución de resultados por tipo de hallazgo. Auditoría Interna de Calidad. Septiembre 2016

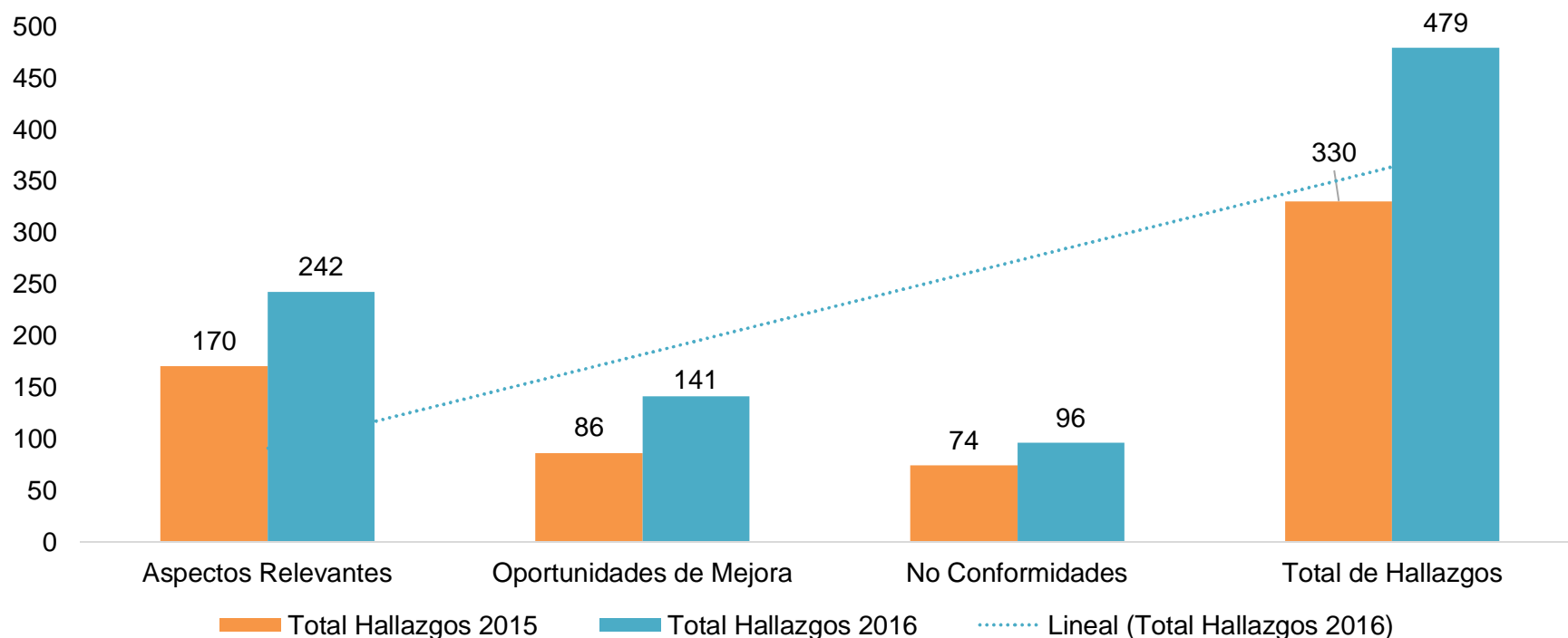
A continuación, se realiza un comparativo sobre el total de hallazgos obtenidos en el proceso de auditoría del 2015 versus el 2016:



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

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

COMPARTIVO DE RESULTADOS DE AUDITORIA INTERNA POR TIPO DE HALLAZGO 2015 Æ 2016 . Tendencia.



Gráfica 2. Comparativo de Resultados de Auditora Interna por Tipo de Hallazgo 2015 - 2016

Los resultados de la auditoría muestran un incremento en el total de hallazgos comparado con los resultados del año 2015, esta variación se debió a que el equipo auditor cuenta con mayor experiencia y confianza en la ejecución de auditorías, adicionalmente, el nivel de implementación en el que se encuentra el sistema de gestión de calidad requería de una exigencia mayor en la evaluación del cumplimiento de los requisitos de la norma.

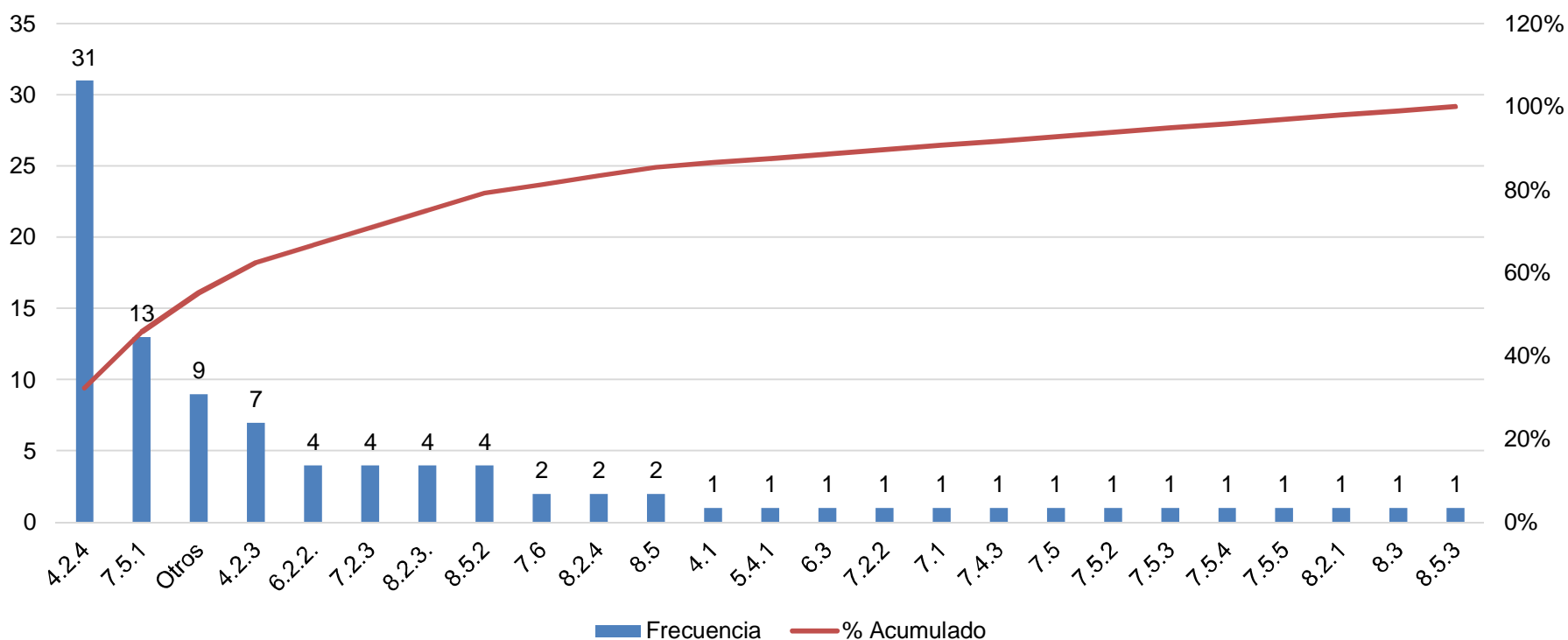


ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

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

Por otra parte, se realizó el análisis de frecuencia de las no conformidades por requisitos y otros criterios de auditoría, como resultado del ciclo realizado durante este año 2016:

FRECUENCIA DE NO CONFORMIDADES POR REQUISITO Y OTROS CRITERIOS Auditorías Internas de Calidad 2016



Gráfica 3. Frecuencia de No Conformidades por requisito y otros criterios - Auditorías Internas de Calidad 2016

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

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:

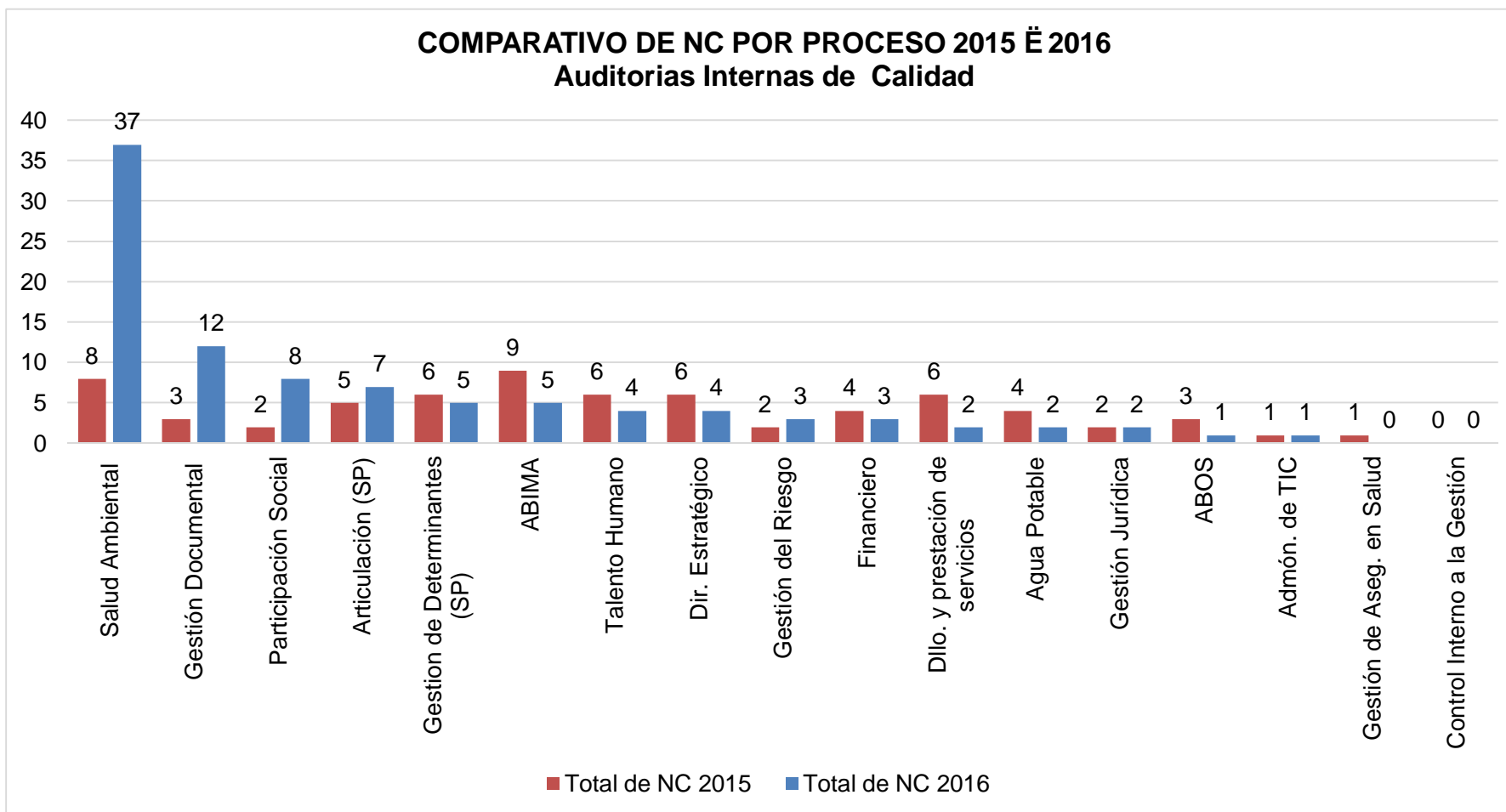
- Requisito 4.2.4: Control de registros . Este requisito presentó un total de 30 no conformidades en todo el proceso de auditoria realizado. Requisito 4.2.3: Control de los Documentos con 7 incumplimientos. El incumplimiento a estos dos requisitos se debe en todos los casos, al manejo inadecuado de las actas, listados de asistencia, asignación y manejo inadecuado de las TRD, y al inadecuado archivo de los mismos. Se identifica que los grupos presentan vacíos sobre las TRD y no presentan la claridad suficiente sobre el manejo del instructivo para diligenciar el listado de asistencia y el acta de reunión, creado por Planeación Municipal.
- Requisito 7.5.1: Control de la producción y de la prestación del servicio . Este requisito presentó un total de 13 no conformidades, las cuales se presentan por: incumplimiento a la ejecución de los planes de trabajo e inadecuado seguimiento a los mismos, falta de seguimiento a los puntos de control definidos en los procedimientos, falta de documentación de procedimientos misionales, y falta de seguimiento a la prestación del servicio de algunos grupos misionales.
- Otros: dentro de esta variable, se encuentran incumplimientos a MECI en el Eje transversal de información y comunicación, MECI control de planeación y Gestión, MECI control de planeación y seguimiento, MECI control de Evaluación; componente de administración de riesgos; políticas de operación del modelo estándar de control interno; procedimientos.
- 6.2.2: Competencia, formación y toma de conciencia . Este requisito presentó un total de 4 no conformidades, las cuales se presentan principalmente por falta de documentación de las inducciones específicas realizadas al personal nuevo de cada equipo de trabajo.
- 7.2.3: Comunicación con el cliente . Este requisito presentó un total de 4 no conformidades, las cuales se presentan por: comunicación inadecuada con los usuarios al dar respuesta a peticiones y al realizar entrega de información.
- 8.2.3: Seguimiento y medición de procesos . Este requisito presentó un total de 4 no conformidades, las cuales se presentan por: retrasos en los reportes de los indicadores de los procesos.
- 8.5.2: Acciones correctivas (Planes de Mejoramiento) . Este requisito presentó un total de 4 no conformidades, las cuales se presentan por: falta de seguimiento a los mismos a los planes de mejoramiento y por falta de documentación de acciones implementadas.

A continuación, se realiza un análisis de los resultados no conformes por proceso:



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

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



Gráfica 4. Comparativo de No conformidades por Proceso 2015 - 2016

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

En términos generales, se observa una disminución de las no conformidades evidenciando un mayor acoplamiento de los diferentes grupos con los lineamientos del sistema de gestión. Así mismo, se identifica que el grupo de salud ambiental ha venido desarrollando un gran esfuerzo en el desarrollo de las actividades que llevan al mantenimiento del sistema de gestión de calidad, sin embargo, al tratarse de un grupo con alto nivel de complejidad en la ejecución de sus acciones de IVC, al gran número de personal a su cargo y a la gran cantidad de sedes en donde se desarrollan actividades operativas, presenta una alta diferencia con respecto al año pasado. Por otra parte, el proceso de gestión documental presenta debilidades en el acompañamiento que realiza a los diferentes grupos con relación al tema documental, en la divulgación de las políticas de Gestión documental y en las acciones de capacitación que implementa.

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

- En términos generales, se evidencia un nivel de apropiación de los requisitos del sistema y de los beneficios que trae para la mejora continua de los procesos de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Es de resaltar en todos los grupos auditados la disposición y transparencia ante la auditoría, y la apertura frente al aprendizaje de los métodos, metodologías y lineamientos del SGC.
- Los resultados de auditoría al SGC de la SSPM está mostrando mayores debilidades en lo relacionado con el **control de registros**, lo cual se relaciona directamente con el cumplimiento de lineamientos y políticas del proceso de Gestión Documental, así mismo, debilidades relacionadas **con la oportunidad de la medición y de los seguimientos** a los procesos, productos y servicios identificados en el sistema por parte de los líderes de cada uno de los grupos de trabajo.
- De igual manera, se identifica un gran número de hallazgos en lo referente al numeral 7.5.1. de la norma, relacionado con el Control de la producción y de la prestación del servicio, es decir, con el cumplimiento y seguimiento de los puntos de control de los procedimientos y de los planes de trabajo.
- Pese a lo anterior, los resultados de la auditoría muestran de manera significativa el cumplimiento de los requisitos legales y parámetros generales establecidos en los procesos, ello obedece al alto grado de competencias y experiencia que posee nuestro talento humano sobre los diferentes procesos que la Dependencia desarrolla, así como los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y de la Protección Social.
- Es de gran importancia que todos los equipos continúen con el fortalecimiento de conceptos y de los lineamientos del sistema de gestión, ya que cada vez la exigencia en el proceso de auditoría debe ser mayor.

- El equipo auditor de la SSPM se muestra con mayor experiencia, confianza y profesionalismo al desarrollar una auditoría, y su compromiso con la secretaría y el sistema de calidad fueron de vital apoyo para dar cumplimiento al programa de auditoría. De las evaluaciones de desempeño realizada a los auditores continúa siendo importante mejorar la redacción de hallazgos (oportunidades de mejora y no conformidades).

2.2. RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE

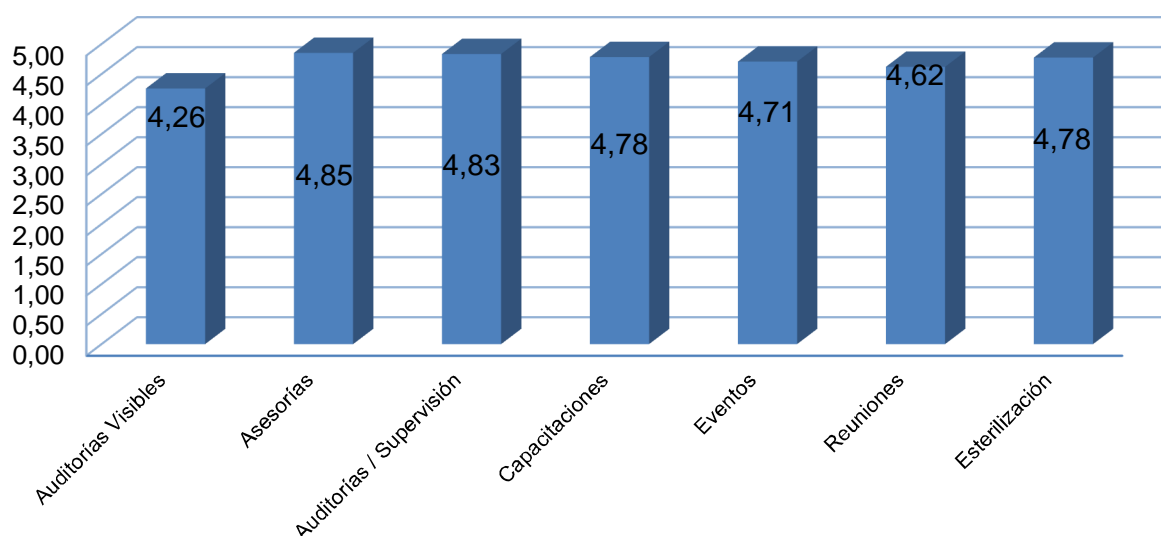
2.2.1. Informe de Encuestas de Satisfacción Del Usuario

Para la presente vigencia, se realizó ajuste a la metodología de aplicación de las encuestas de satisfacción del usuario, la cual estuvo centrada en estandarizar a través de muestreo aleatorio simple, la cantidad de encuestas a aplicar a los usuarios que asisten a las diferentes actividades de las SSPM, lo anterior se realizó siguiendo las observaciones dadas por el ICONTEC en la vigencia pasada durante el ejercicio de auditoría de certificación, dicha metodología se estableció con el equipo de estadística de la Dependencia.

A partir de la realización del ajuste de la metodología, se dieron a conocer a los diferentes grupos misionales, brindados a través de capacitaciones. La implementación de esta nueva metodología se ha ido fortaleciendo paulatinamente en los grupos, sin embargo, la medición de la satisfacción del usuario sigue prevaleciendo en niveles de muy satisfactorio según la escala de medición definida.

A continuación, se realiza el siguiente análisis gráfico.

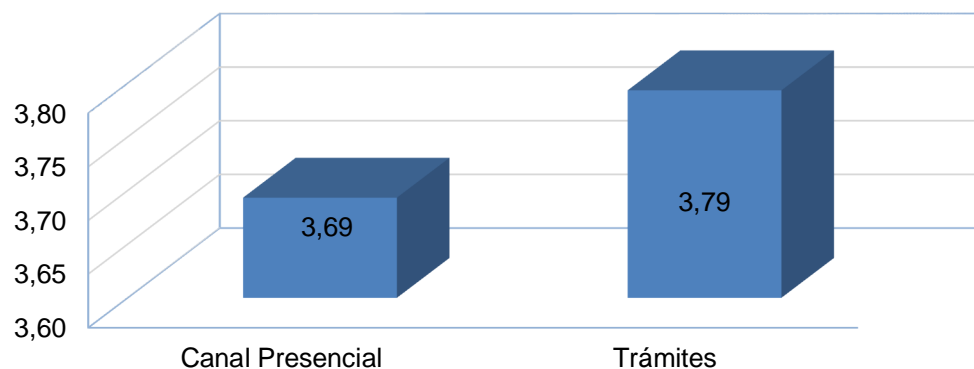
**PROMEDIO GENERAL NIVEL DE SATISFACCIÓN POR TIPO DE
ACTIVIDADES. ENERO - SEPTIEMBRE DE 2016**



Gráfica 5. Promedio del Nivel de satisfacción por tipo de actividad enero septiembre 2016

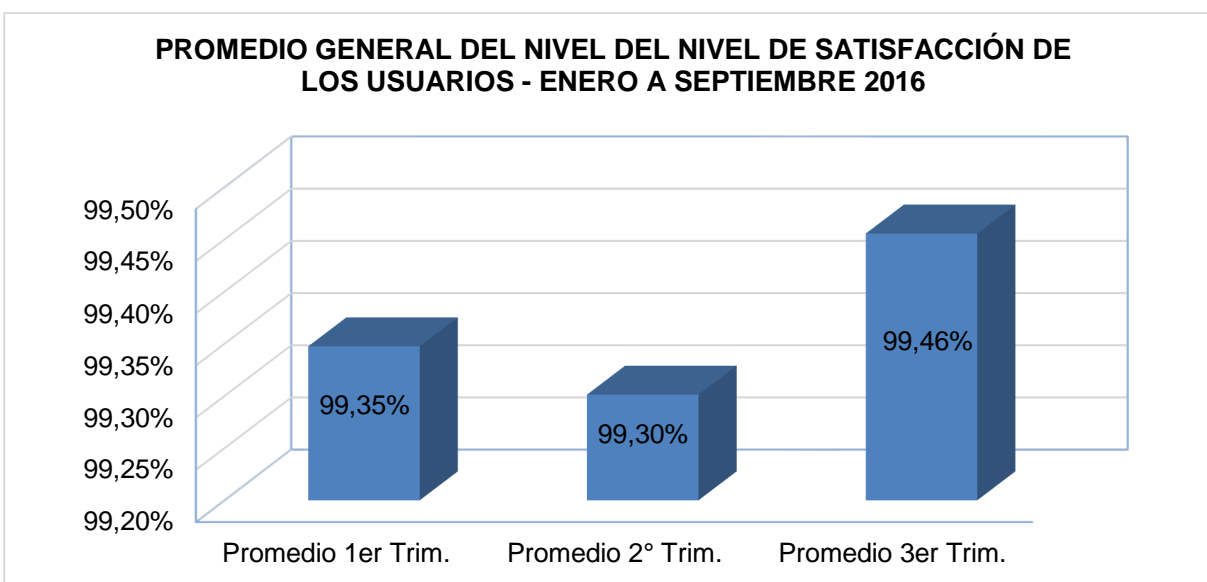
En este sentido, el promedio general de las encuestas aplicadas a la atención por canal presencial y por trámites se encuentra dentro de los niveles altos de satisfacción:

**PROMEDIO GENERAL DE SATISFACCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO A
TRAVÉS DE CANAL PRESENCIAL Y DE TRÁMITES. ENERO - SEPTIEMBRE
DE 2016**



Gráfica 6. Promedio general de satisfacción de atención al usuario a través de canal presencial y de trámites. Enero - septiembre de 2016

En este orden de ideas, con la información del total de usuarios satisfechos y sobre el total de usuarios encuestados fue posible establecer el Nivel de Satisfacción general de los usuarios frente a los productos y servicios entregados por la SSPM; el resultado de enero a septiembre de 2016 es como se muestra a continuación:



Gráfica 7. Promedio general del Nivel del nivel de satisfacción de los usuarios - Enero a Septiembre 2016

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 tres trimestres del año 2016 a la fecha, es decir, hasta septiembre 2016.

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

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

Peticiones

De un total de 9627 peticiones recibidas entre enero y septiembre de 2016, 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:

- Servicios Públicos / Apoyo para el mejoramiento en la prestación de servicios de agua potable y saneamiento básico en la zona rural
- Participación Ciudadana y Gestión Comunitaria
- Convivencia y Seguridad/Manejo Integral del Riesgo y Atención de Desastres en Salud.

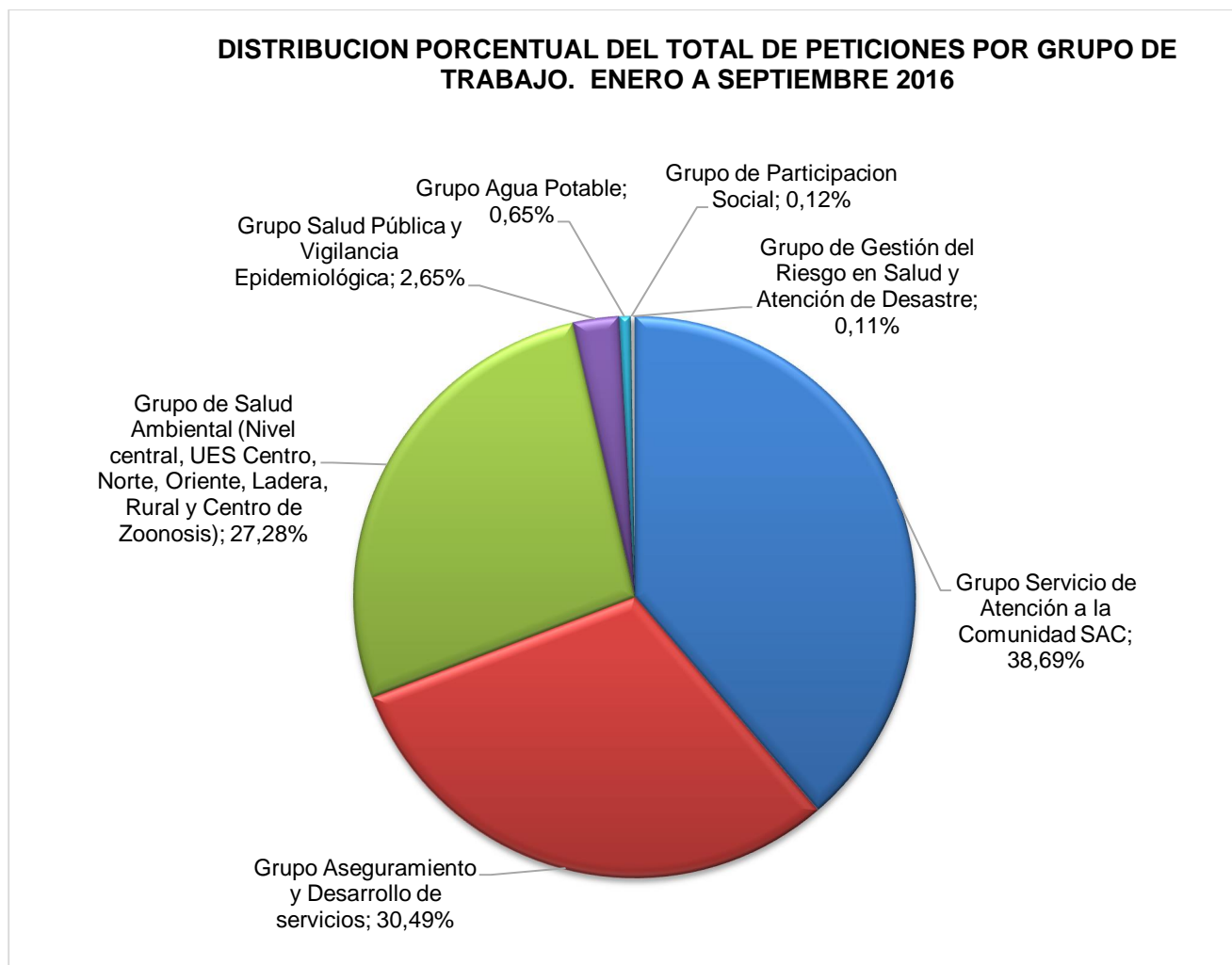
La siguiente tabla muestra el total de reportes por Grupo de Trabajo.

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	3725	38,69%
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	2935	30,49%
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)	2626	27,28%
Servicio de Salud Pública / Gestión de determinantes sociales y ambientales de la salud	Grupo Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	255	2,65%
Servicios Públicos / Apoyo para el mejoramiento en la prestación de servicios de agua potable y saneamiento básico en la zona rural	Grupo Agua Potable	63	0,65%
Participación Ciudadana y Gestión Comunitaria	Grupo de Participación Social	12	0,12%
Convivencia y Seguridad/Manejo Integral del Riesgo y Atención de Desastres en Salud.	Grupo de Gestión del Riesgo en Salud y Atención de Desastre	11	0,11%
Total		9627	

Tabla 2. Total de peticiones por grupo de enero a septiembre de 2016

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

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 Septiembre de 2016

Los grupos de trabajo misionales que conforman el 99,11% 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 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	2818	29,27%
Servicio de Salud Pública / Gestión de Desarrollo y Prestación de Servicios de Salud.	Grupo Servicio de Atención a la Comunidad SAC	Accesibilidad - Grupo SAC	1990	49,94%
Servicio de Salud Pública / Gestión de Desarrollo y Prestación de Servicios de Salud.	Grupo Servicio de Atención a la Comunidad SAC	Oportunidad - Grupo SAC	1657	67,15%
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	969	77,22%

Tabla 3. Frecuencia Peticiones por Ejes Temáticos y por Grupo de Trabajo de Enero a Septiembre 2016

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

- ***Afiliación al Régimen Subsidiado - Grupo Aseguramiento (2818).***

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 (3647).***

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 (969).***

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:



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

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

- ✓ Solicitud de capacitación de tenencia responsable de animales
- ✓ Solicitud de control poblacional felina en unidad residencial
- ✓ Solicitud de información de datos población animal
- ✓ Solicitud de jornada de vacunación antirrábica y esterilización de caninos y felinos
- ✓ Solicitud de propagación de ratas
- ✓ Solicitud de recolección de caninos y felinos en vía pública
- ✓ Solicitud de tenencia irresponsable de animales
- ✓ Solicitud de visita para verificación de tenencia de caninos en vivienda
- ✓ 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
- ✓ Solicitud de visita vivienda canino maltratado.

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.

Peticiones tipo IVC

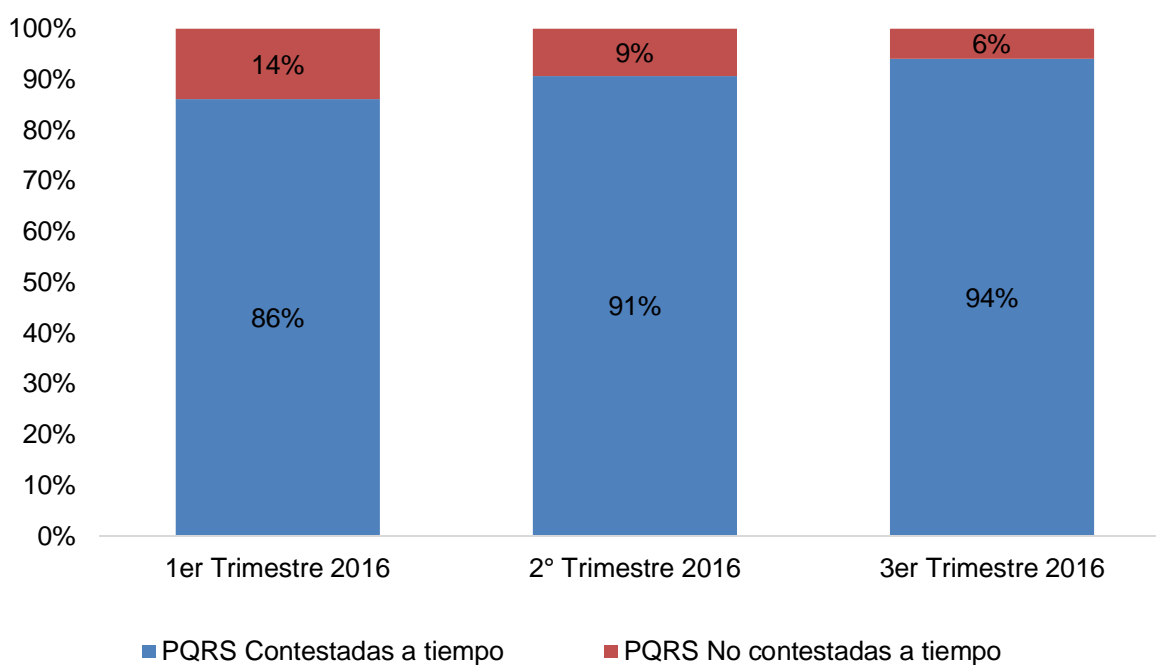
De las 9627 peticiones recibidas, solo 123 se catalogaron como peticiones tipo IVC, lo que representó el 1,28%. Los Grupos que reportaron estas peticiones y sus ejes temáticos son:

- Grupo de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica
 - ✓ Promoción Social
 - ✓ Salud Mental
 - ✓ AIEPI
 - ✓ Salud Sexual y Reproductiva
 - ✓ Vigilancia
- Grupo de Aseguramiento
 - ✓ Accesibilidad
 - ✓ Humanización
 - ✓ Pertinencia

Nivel de Oportunidad de Respuesta de Peticiones

En lo que va corrido del año, se ha visto una mejoría sustancial en el nivel de oportunidad de respuesta, el cual paso de un 86% en el primer trimestre, a un 94% en el último trimestre.

**CUADRO COMPARATIVO DEL NIVEL DE OPORTUNIDAD DE
RESPUESTA POR TRIMESTRE 2016**



Gráfica 9. Cuadro comparativo del Nivel de Oportunidad de Respuesta por trimestre 2016

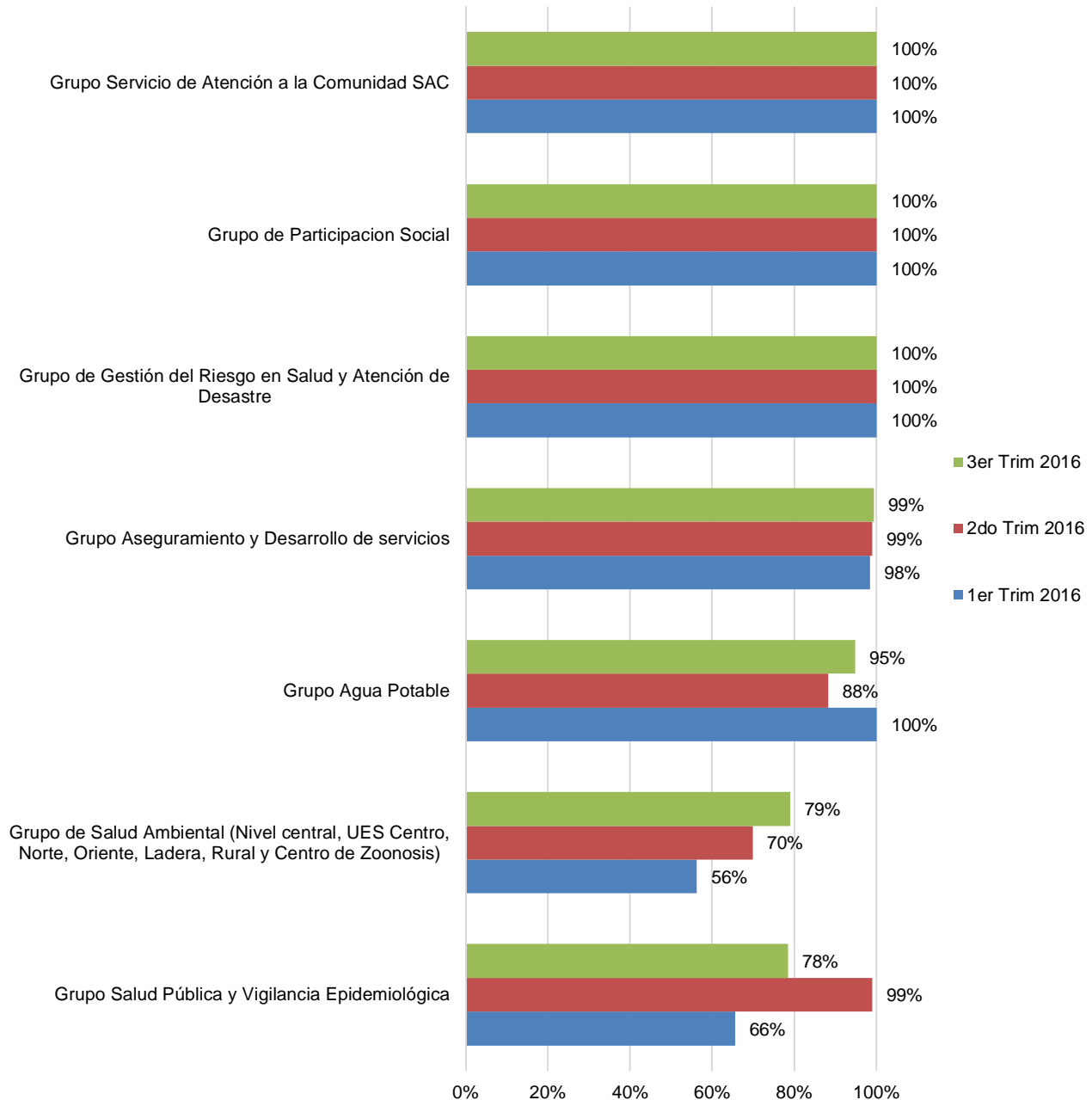
Este incremento fue apalancado de manera global, por el esfuerzo realizado por el Grupo de Salud Ambiental y el Grupo de Agua Potable, a pesar que la baja que demostró el Grupo de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. Estos comportamientos se observan en la siguiente gráfica.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

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

NIVEL DE OPORTUNIDAD DE RESPUESTA POR GRUPO DE TRABAJO Ë ENERO A SEPTIEMBRE 2016



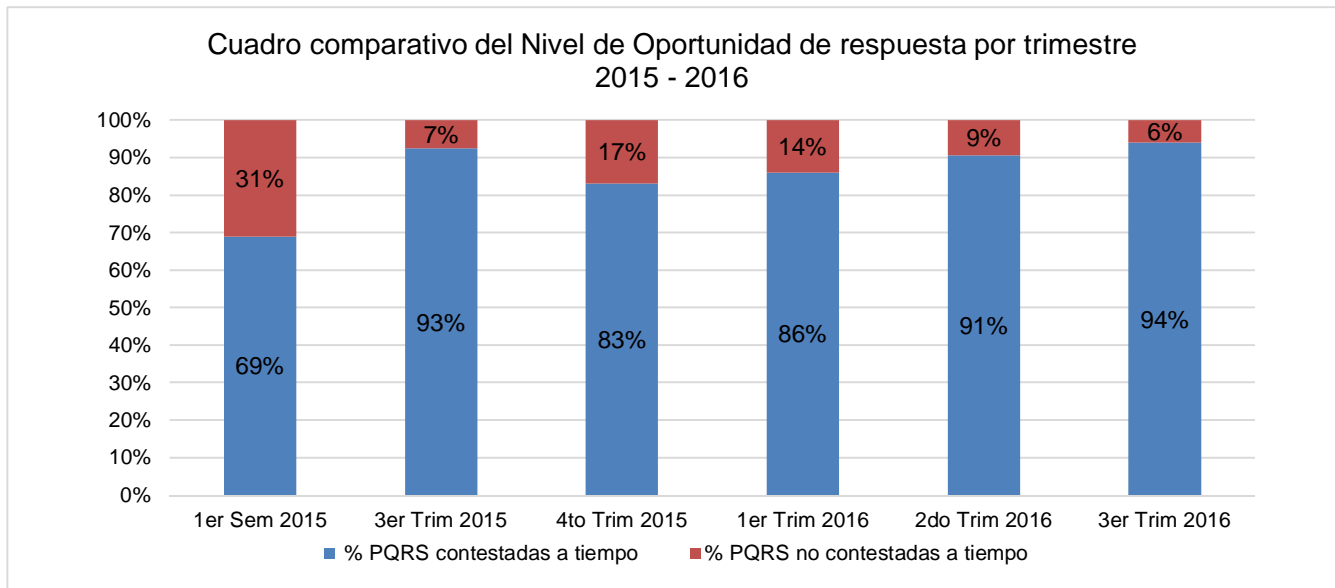
Gráfica 10. Nivel de oportunidad de respuesta por grupo de trabajo . Enero a Septiembre 2016



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

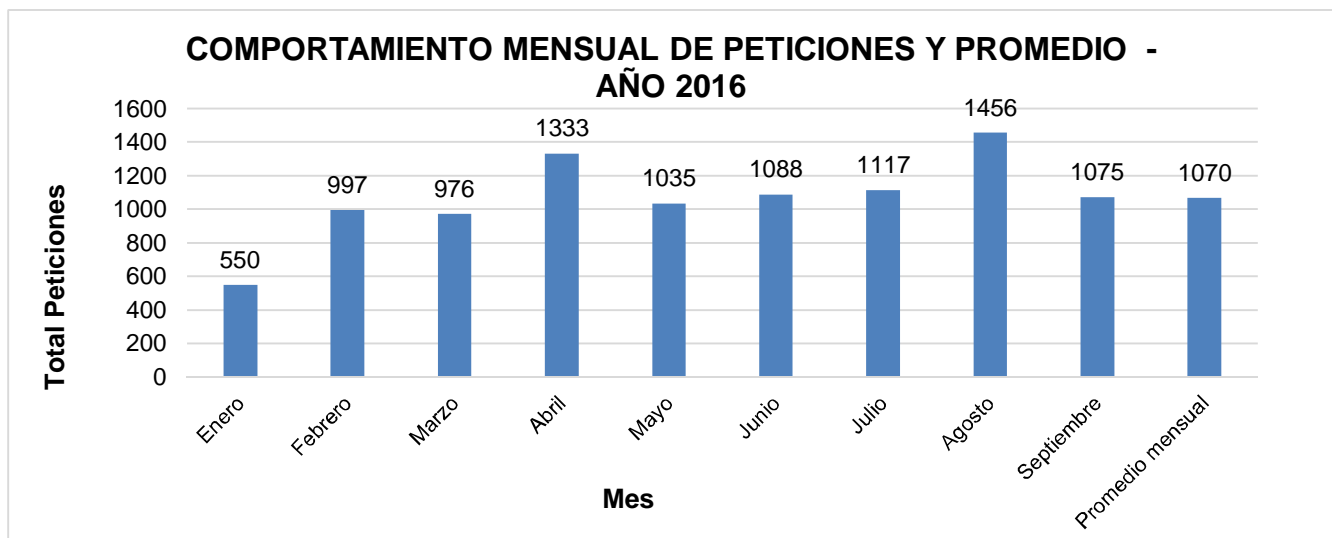
INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

Comparado con el año anterior, se puede observar este mismo incremento global, desde el cuarto trimestre 2015.



Gráfica 11. Cuadro comparativo del Nivel de Oportunidad de respuesta por trimestre 2015 - 2016

Frecuencia mensual de Peticiones



Gráfica 12. Comportamiento Mensual de Peticiones y Promedio - Año 2016

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

Como se observa en la gráfica, se observó que los meses con las altas frecuencias de peticiones fueron abril y agosto; y en el promedio a la fecha es de 1070 peticiones por mes.

Quejas

Durante este periodo, los Grupos Misionales reportaron 4 quejas las cuales fueron atendidas. En este informe, se omiten los nombres de los servidores públicos y contratistas objeto de la queja.

Queja N°1: Grupo de Salud Ambiental Æ Centro de Zoonosis

N°. Radicado Padre: 201641450002512 del 07 de marzo 2017.

Asunto del reclamo: Manifiesta inconformidad con la atención prestada por una contratista ya que en varias ocasiones fui maltratada verbalmente por esta funcionaria.

N°. Radicado de respuesta: 2016414500100451

Solución: Se evidencia oficio de la funcionaria de la UES Norte No. 2016414500029832 del 16/mar/2016, informando que desde el 19 de febrero de 2016, no hace parte del Centro de Zoonosis y que ya se encuentra prestando sus servicios en la UES Norte, indicando a su vez que los cupos que entrego al inicio del año en las comunas 18 y 21 respectivamente. De igual manera indica que en la vigencia 2015 entrego dos cupos de esterilización a la señora Kelly Silva y dos más para su señora madre; en esa vigencia se encontraba la Sra. Elizabeth Castillo como responsable del Centro del Centro de Zoonosis. Por último informa que ella no es la responsable de otorgar los cupos de esterilización sino los médicos veterinarios del Centro de Zoonosis asignados al control poblacional, ellos efectúan revisión de la solicitud y con base al cumplimiento de requerimiento otorgan o no el cupo. Por último se evidencia oficio con número de radicado 2016414500100451 del 27/mayo/2016, en donde se cita a la afectada para ampliar la información de la queja presentada. A la fecha de elaboración de este informe, se conoció que la afectada no se presentó y que se daría aviso mediante edicto.

Respuesta oportuna (Si / No): No

Queja N°2: Grupo de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, programa de Tuberculosis.

N°. Radicado Padre: N° 2016414500088572

Asunto de la queja: Red salud de oriente envía queja a nombre de la Sra. Oliva Saldaña, manifestando la atención y trato indebidos por parte de una contratista del programa TB.

N°. Radicado de respuesta: N° 2016414500157111

Descripción de la solución al ciudadano: se le responde inicialmente, que su queja será tramitada.

N°. Radicado de respuesta: N° 2016414500158771

Descripción de la solución al ciudadano: se envió comunicación a la Red de Salud de Oriente, indicando que se realizó entrevista con la usuaria y que ella expuso las razones de su descontento; también, que se le indico a la usuaria la importancia de seguir el tratamiento; y finalmente, se le manifestó a la usuaria que si deseaba continuar el seguimiento con otra psicóloga del programa de TB de la Secretaria de Salud Pública, pero la usuaria expreso que ella asiste a terapias psicológicas cada mes con el funcionario de la ESE Oriente en el Hospital Carlos Holmes Trujillo.

Respuesta oportuna: No. La queja se encuentra cerrada en el Sistema de Gestión Documental Orfeo.

En este orden de ideas, se requiere conocer cuáles fueron las acciones de fondo que se sucedieron para garantizar la plena satisfacción de las partes, de acuerdo con los alcances de la responsabilidad de la SSPM. Por lo anterior, se solicitó al Grupo de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, allegar

las evidencias que soporten acciones tales como la visita a la usuaria posterior a la queja, los acuerdos logrados con la usuaria y la Red, evidencias de seguimientos hasta la finalización del tratamiento si aplica y la retroalimentación al interior del equipo sobre el caso, y reasignación del caso a otro profesional si lo hubo.

Queja N°3: Grupo de Salud Ambiental

N°. Radicado Padre: 2016411100908602

Asunto del reclamo: Mala atención y falta de cultura ciudadana de una funcionaria del Centro de Zoonosis.

N°. Radicado de respuesta: 2016414500155531

Solución: La responsable del Centro de Zoonosis remite oficio a la Señora Luz Leonor Rosales Ledesma explicándole paso a paso las acciones que se desarrollaron cuando acudió con las mascotas en el periodo febrero . julio de 2016, así mismo se le hizo entrega de la documentación correspondiente por parte de la funcionaria. Se anexan copias de las encuestas de satisfacción de cirugía y consulta, certificaciones firmadas por ciudadanos atendidos en la institución así como el testimonio de un usuario a quien estaba atendiendo la profesional en mención en el momento del incidente.

Respuesta oportuna: Si. La queja se encuentra debidamente cerrada en el Sistema de Gestión Documental Orfeo.

Queja N°4. Grupo de Salud Ambiental

N°. Radicado Padre: 2016414500037972

Asunto del reclamo: Inconformidad a la hora de realizar la visita para concepto sanitario. Reprogramación de visita a establecimiento faroles y casa turística.

N°. Radicado de respuesta: 2016414500079601

Solución: La responsable del Grupo de Salud Ambiental remite oficio a la Señora María del Pilar Marín International Logistics S.A., a fin de informarle que se reprogramo visita para el día 27 de abril de 2016, esta se efectuó conforme a lo manifestado por el funcionario encargado de la visita, ya que se hizo la modificación de fecha conforme a la visita atendida por la Señora Gloria Mercedes argumentando que se debía reprogramar porque ese día y hora, los encargados del establecimiento no los podían atender.

Respuesta oportuna: No

En este caso, se identificó una gestión interna la cual consistió en la investigación de las acciones realizadas, y se resalta el trato adecuado y una respuesta de fondo a la usuaria.

De otra parte, la dirección de Control Disciplinario se reportaron así mismo, 3 quejas relacionadas con: incumplir cualquier decisión judicial, administrativa, abuso o ejercicio indebido del cargo e irrespeto o maltrato a la comunidad

Reclamos

En lo que va corrido del año, los grupos misionales reportaron 2 reclamos:

Reclamo N°1. Grupo de Salud Ambiental

N°. Radicado Padre: 2016411100271932

Asunto del reclamo: Solicito respetuosamente se tomen las medidas necesarias para agilizar y dar mayor efectividad al servicio que se presta en esa dependencia.

N°. Radicado de respuesta: 2016414500058031

Solución: El municipio de Santiago de Cali a través del Grupo de Salud ambiental envía oficio el día 04 de abril de 2016 informando al intendente Roxana Ortiz Becerra que no se tiene evidencia de la solicitud radicada en el sistema Orfeo; informándoles además que es importante aclarar que toda petición por políticas del Municipio debe ser Radicada en ventanilla única por el sistema Orfeo, e igual se le informa que los servidores públicos con cargos Asistenciales, Auxiliares, Técnicos y algunos Profesionales Universitarios no están autorizados para suministrar información que en cualquier momento puedan generar algún tipo de controversia ante la opinión pública o interesados, que conlleven a algún tipo de investigación Administrativa Penal o Disciplinaria al Secretario de Despacho. Por lo que se solicitó allegar a la oficina de Salud Ambiental, la radicación del oficio a través del cual se hace la petición y para próximas solicitudes remitir los oficios directamente a nombre del Secretario de Salud Pública Municipal o en su defecto al Doctor Freddy Enrique Agredo Lemos . Responsable Grupo de Epidemiología o a la Doctora Martha Faride Rueda Mayorga . Responsable Grupo de Salud Ambiental. Pero a la fecha no se ha recibido reporte alguno del intendente acerca de la respuesta brindada.

Respuesta oportuna (Si / No): Si

Observaciones: El área de defunciones tiene responsabilidad compartida con el Grupo de Salud Pública y epidemiología. No obstante se realiza respuesta a la peticionaria.

Reclamo N°2. Grupo de Salud Ambiental Ë Centro de Zoonosis

N°. Radicado Padre: 2016411100467202.

Asunto del reclamo: Horario de atención a pacientes caninos y felinos. Solicita reestructuración en los tiempos de atención a pacientes ya que cierran media hora antes de horario establecido.

N°. Radicado de respuesta: 2016414500096751.

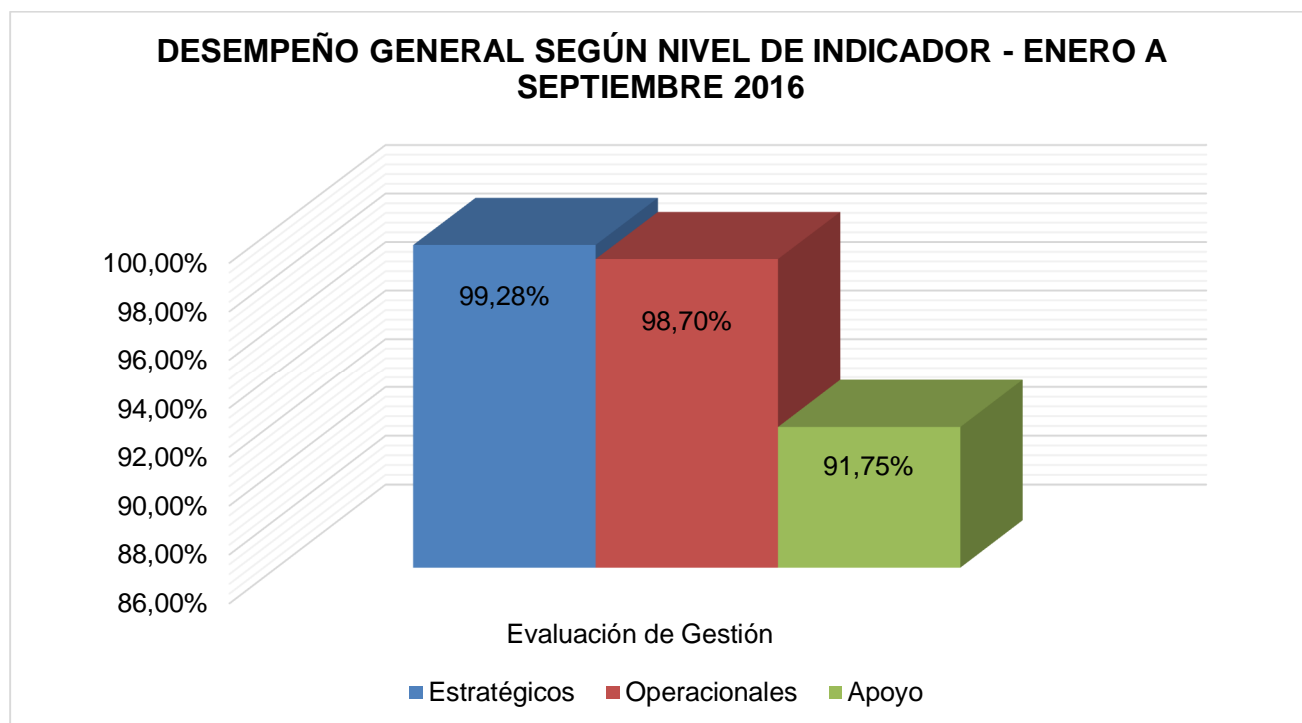
Solución. El Centro de Zoonosis remite oficio a la Señora Diana Victoria Rodríguez Forero el día 24 de mayo de 2016 informando el horario de atención para consulta veterinaria, el cual esta programa en la jornada de mañana hasta las 12:00 m y en la tarde de 02:00 a 04:00, exceptuando los días martes y jueves que el horario de atención es solo en la jornada de la mañana, ya que en la tarde se realizan procedimientos quirúrgicos programados. El tiempo destinado a la valoración del animal es de 20-25 min dependiendo de comportamiento del mínimo, en circunstancias se puede tornar más del tiempo estipulado. El 12 de mayo de 2016 día en el que la señora solicito la valoración de la felina se encontraba programada la jornada virgen de las mercedes para el control del mosquito transmisor del dengue con todo el personal de la Secretaria de Salud, por lo cual ningún tipo de servicio se realizó ese día. Se evidencia firma de recibido del oficio de respuesta.

Respuesta oportuna: Si

2.3. ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTO DE INDICADORES DE EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD AL 3ER. TRIMESTRE DE 2016

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

De acuerdo con el siguiente gráfico, hasta el tercer trimestre de 2016, se identificó que los resultados de los indicadores de la SSPM presentaron un desempeño general de 97,25%, dicho resultado refleja que al interior de los grupos de trabajo se están estableciendo unas metas más aterrizadas a la realidad de la Dependencia, sin embargo, es importante que estas metas se sigan ajustando más a la realidad del alcance de la gestión que realizan los grupos de trabajo en los diferentes niveles de responsabilidades. Los indicadores de nivel estratégico presentaron una evaluación de 99,28%, los de nivel operacional de 98,70% y los de nivel de apoyo de 91,75%.

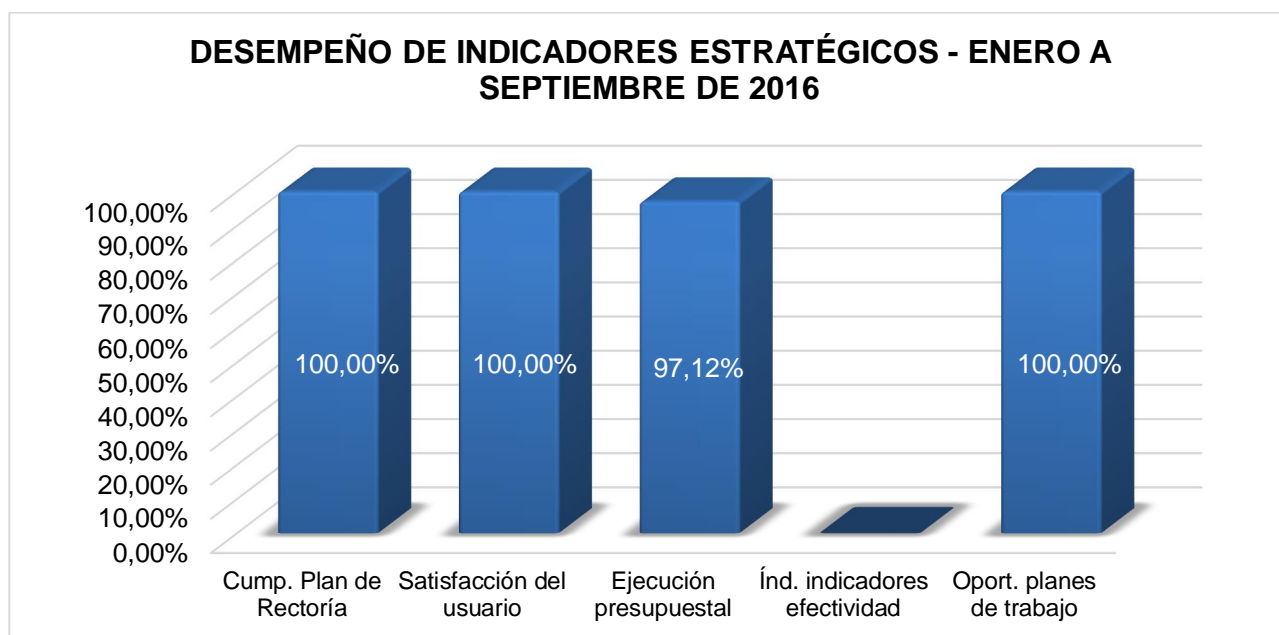


Gráfica 13. Desempeño general de según nivel del indicador - Enero a Septiembre 2016.

2.3.2. Desempeño de indicadores estratégicos

Para el periodo de este análisis se identificó que los indicadores de Promedio simple del % de ejecución del Plan de Acción de Rectoría en Salud Pública, de Porcentaje de cumplimiento oportuno de los cronogramas de planes de trabajo de rectoría en salud y de Nivel de satisfacción del usuario fueron lo que presentaron mejor calificación con una valoración de 100%, seguido del indicador de

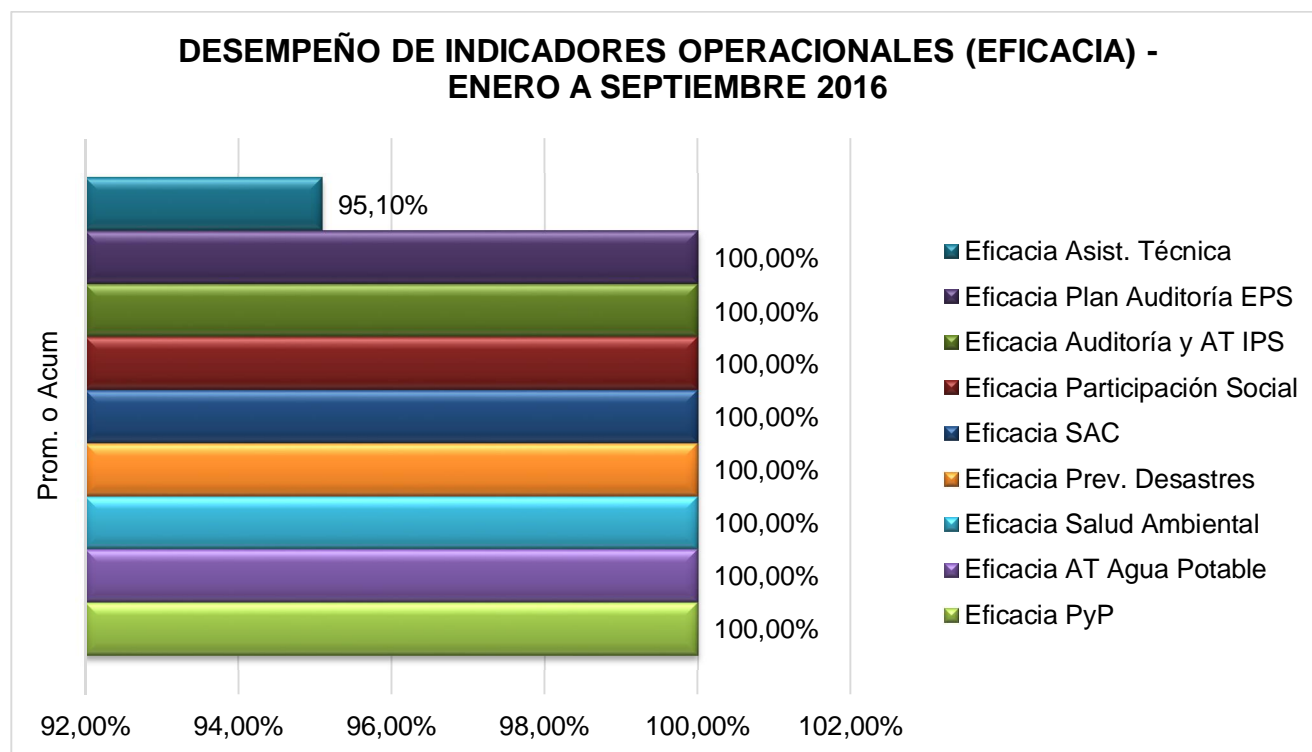
Porcentaje de ejecución presupuestal con 97,12%, sin embargo, se identifica que este indicador tiene un buen comportamiento.



Gráfica 14. Desempeño de Indicadores Estratégicos - Enero A Septiembre De 2016

2.3.3. Desempeño de indicadores operacionales (Eficacia)

Con relación a los indicadores de eficacia del nivel operacional, se identificó que el 89% (es decir 8 indicadores) del total de indicadores presentaron un resultado de 100%, en algunos casos se sigue presentando que algunas metas fueron fijadas por debajo de la capacidad operativa para el desarrollo de las acciones de los planes de trabajo o que no fueron ajustadas las metas adicionales que debieron ser ajustadas en los diferentes periodos de corte, situación que aún genera cifras con resultados por encima del 100% respecto a la meta. Por tanto, es importante que se continúe afinando la planeación de las actividades y que al momento de realizar el respectivo seguimiento se puedan realizar los ajustes de aquellas actividades necesarias.

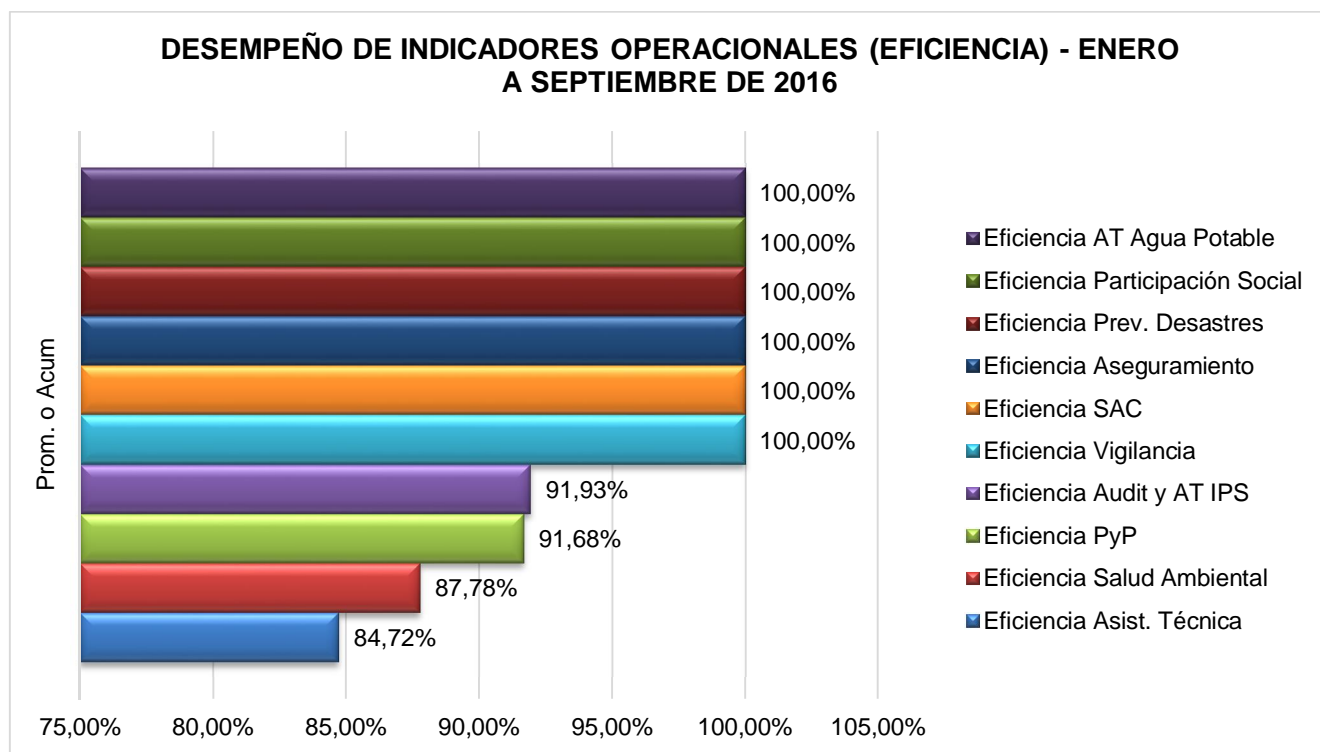


Gráfica 15. Desempeño de Indicadores Operacionales (Eficacia) - Enero A Septiembre 2016

2.3.4. Desempeño de indicadores operacionales (Eficiencia)

Para los indicadores de eficiencia del nivel operacional, se identificó tienen un nivel de cumplimiento por encima de las metas establecidas (90%), sin embargo, se identificaron dos indicadores que presentaron un resultado por debajo de la meta establecida: Porcentaje de cumplimiento del tiempo programado para realizar las tareas de asistencia técnica frente al cumplimiento de los protocolos y guías de atención y normas técnicas de salud pública con 84,72% y el de Nivel de cumplimiento oportuno de los Planes de trabajo de los procedimientos de salud ambiental con 87,78%.

Por lo anterior, es necesario que se siga fortaleciendo al interior de los equipos de trabajo el reporte de la información con unas metas más aterrizadas a la realidad.

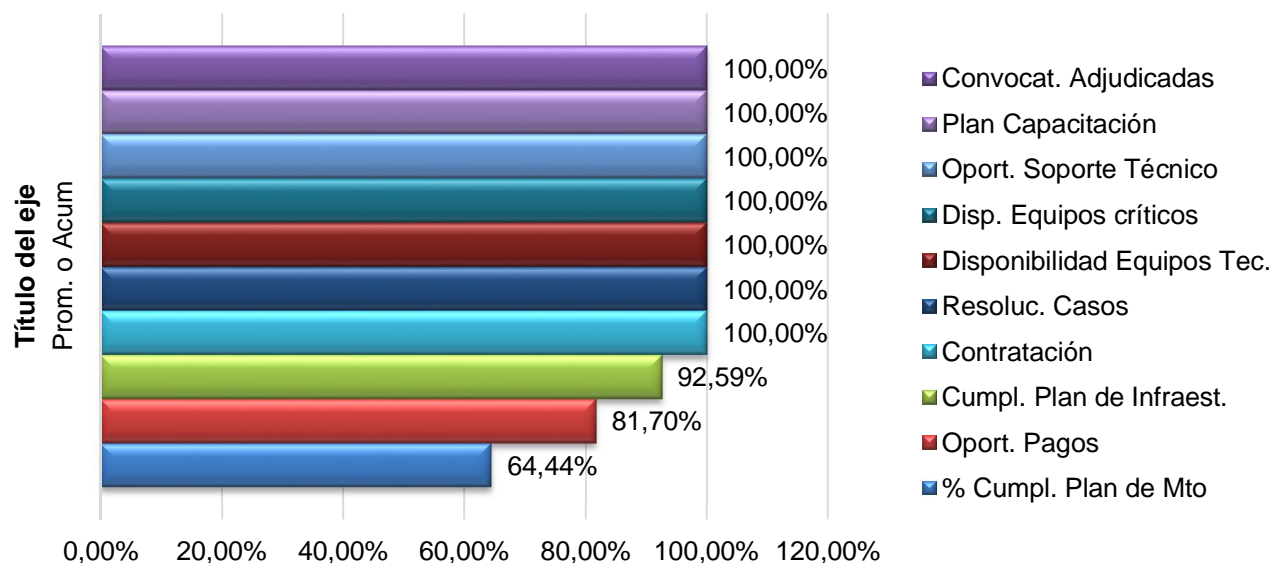


Gráfica 16. Desempeño de Indicadores Operacionales (Eficiencia) - Enero A Septiembre De 2016

2.3.5. Desempeño de indicadores de apoyo (Eficacia)

En cuanto al resultado del desempeño de los indicadores de eficacia de nivel de apoyo, se identificó que de los 10 indicadores establecidos 8 de ellos, presentan un nivel de cumplimiento por encima del 90%. Como sucedió en indicadores de nivel operacional, algunos de los de apoyo tuvieron un resultado por encima de 100%, esto debido a que las metas aún se establecen de manera conservadora. Los indicadores que menor valoración presentaron fue el de Oportunidad en los pagos con una valoración de 81,70%, al respecto, desde Tesorería Municipal se han presentado retrasos en pagos y algunas cuentas devueltas, situación que aunque afecta la imagen del Grupo Financiero, no es del alcance directo de dicho grupo para resolver. Asimismo, con relación al indicador de % de Cumplimiento al plan de mantenimiento que tuvo una valoración de 64,44% se identifica la necesidad de revisar la planeación de mantenimiento que se ha venido realizando para la vigencia, pues el indicador no se ha logrado cumplir en ninguno de los meses donde se ha realizado medición.

DESEMPEÑO DE INDICADORES DE APOYO (EFICACIA) - ENERO A SEPTIEMBRE DE 2016



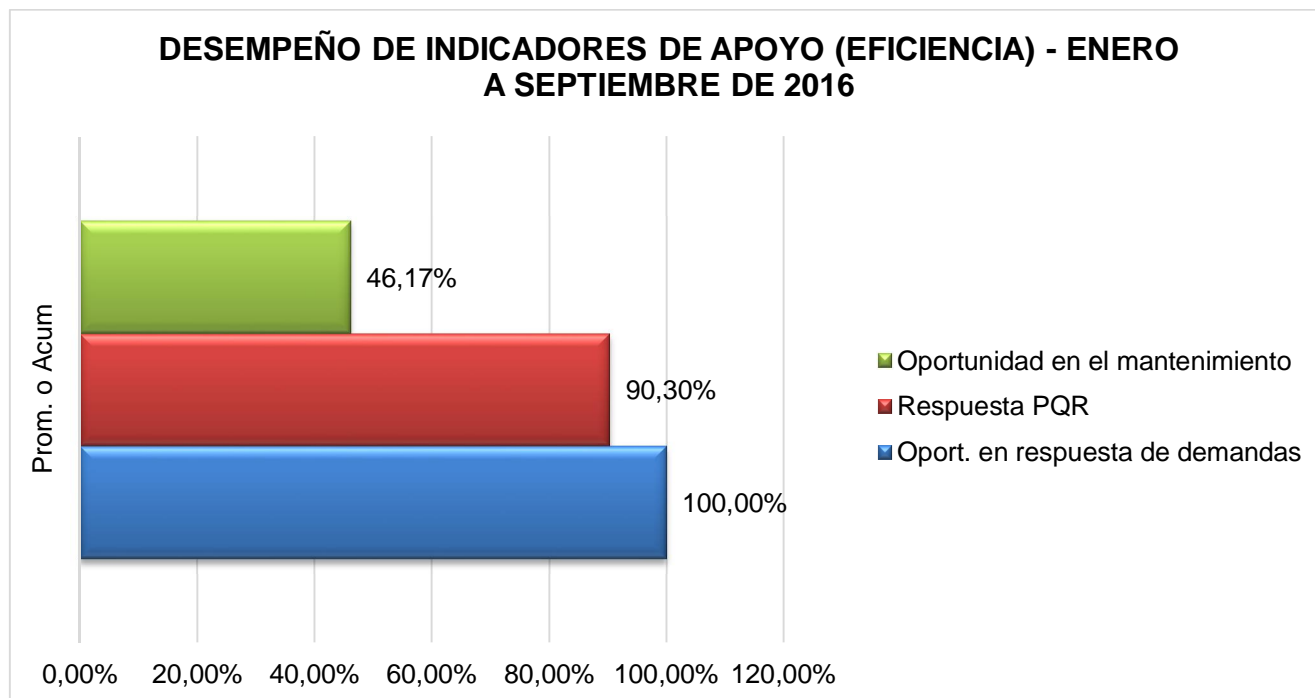
Gráfica 17. Desempeño de Indicadores De Apoyo (Eficacia) - Enero A Septiembre De 2016

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.

En cuanto al 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, la cual fue de 90,30%, con relación a la vigencia anterior, este indicador ha presentado una significativa mejora en su comportamiento.

Con relación al indicador de Oportunidad en el mantenimiento, se identifica que éste ha presentado dificultades para su cumplimiento debido a situaciones que han impedido la realización de la contratación de los mantenimientos.



Gráfica 18. Desempeño de Indicadores De Apoyo (Eficiencia) - Enero A Septiembre De 2016

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

2.4.1. Porcentaje de ejecución del Plan de Acción de Rectoría en Salud Pública

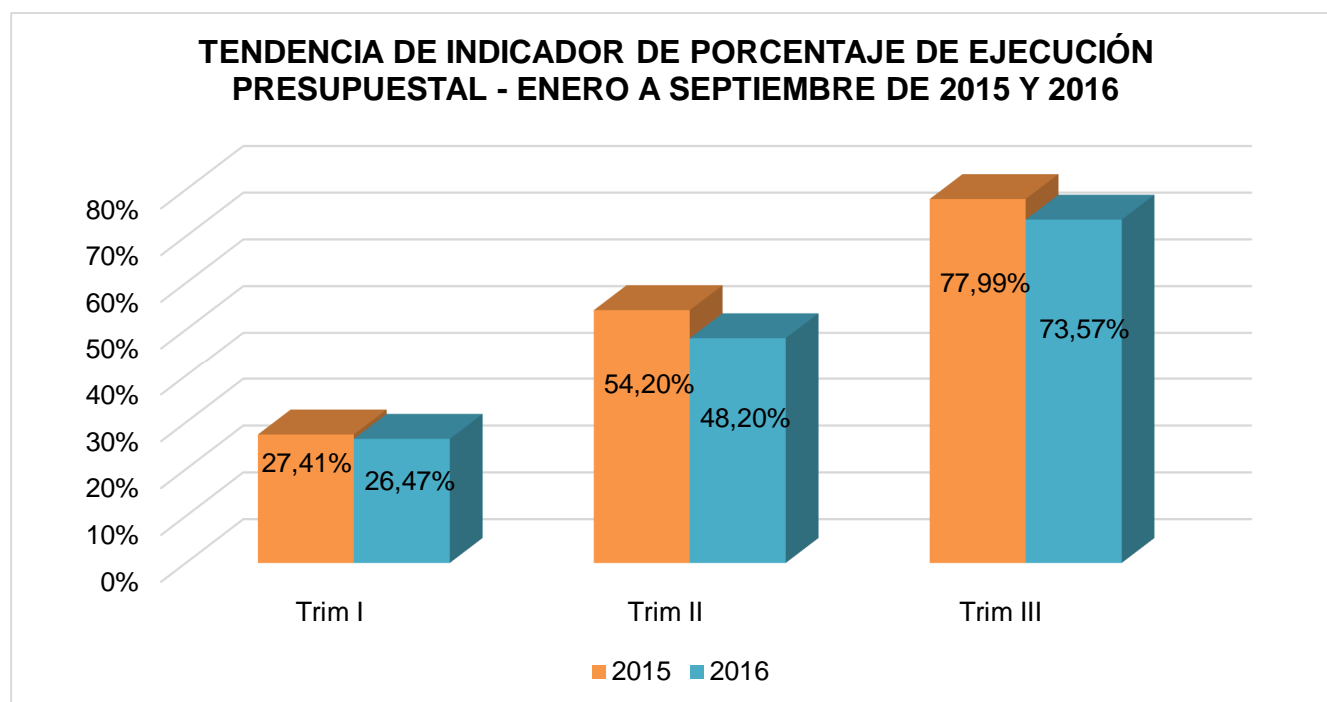
Para la presente vigencia, este indicador presentó una disminución de 6,11 puntos porcentuales en comparación con la vigencia 2015, uno de los principales aspectos se debió a la formulación de las metas del nuevo Plan de Desarrollo y al cambio de gobierno; situación que hizo que los grupos de trabajo establecieran sus acciones a la planeación de las actividades para el presente cuatrienio. Véase la siguiente tabla.

Promedio simple del % de ejecución del Plan de Acción de Rectoría en Salud Pública	Vigencia	1er Semestre
	2015	43,50%
	2016	37,39%

Tabla 4. Cuadro comparativo del Promedio Simple durante el 1er Trimestre 2015 y 2016.

2.4.2. Porcentaje ejecución presupuestal.

En el 2015 se tiene una ejecución presupuestal más alta y se superan las metas establecidas, mientras que en 2016 existe una disminución leve pero que representa un incumplimiento de las metas, lo que puede derivar a que es un año de adaptación, acople, etapa inicial de planificación, pero que para la siguiente vigencia, como ya la etapa de planificación ha pasado se espera volver a elevar el indicador a un nivel más alto que 2015, más aún cuando para la vigencia 2017 ya no se va a tener al Grupo Agua Potable Zona Rural. Véase la siguiente gráfica.

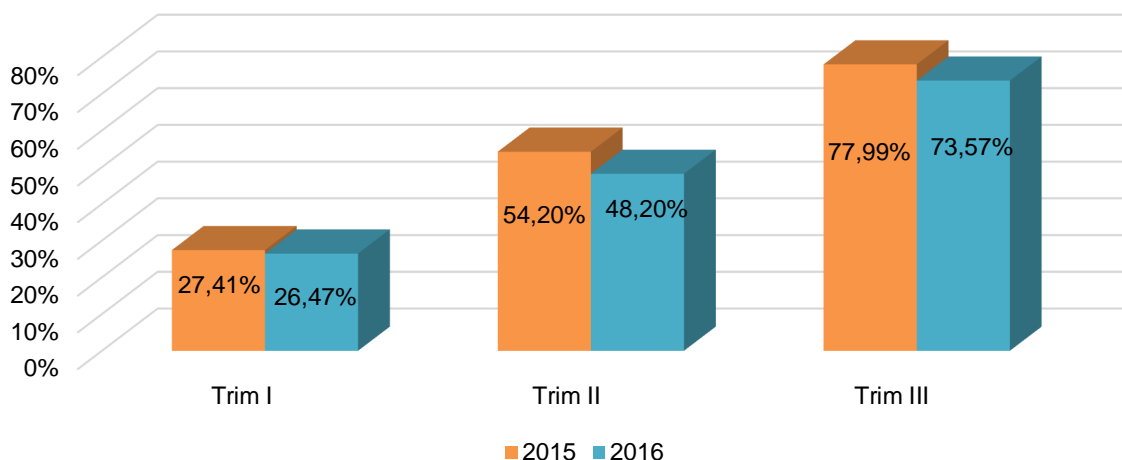


Gráfica 19. Tendencia de indicador de Porcentaje de ejecución presupuestal - Enero a Septiembre de 2015 y 2016

2.4.3. Porcentaje de cumplimiento cronogramas.

Para la vigencia 2016, este indicador presentó una leve disminución en su resultado con relación a la vigencia anterior, debido a que los grupos de trabajo se encuentran fortaleciendo y afianzando la medición del cumplimiento oportuno de las acciones de planes de trabajo. Véase la siguiente gráfica.

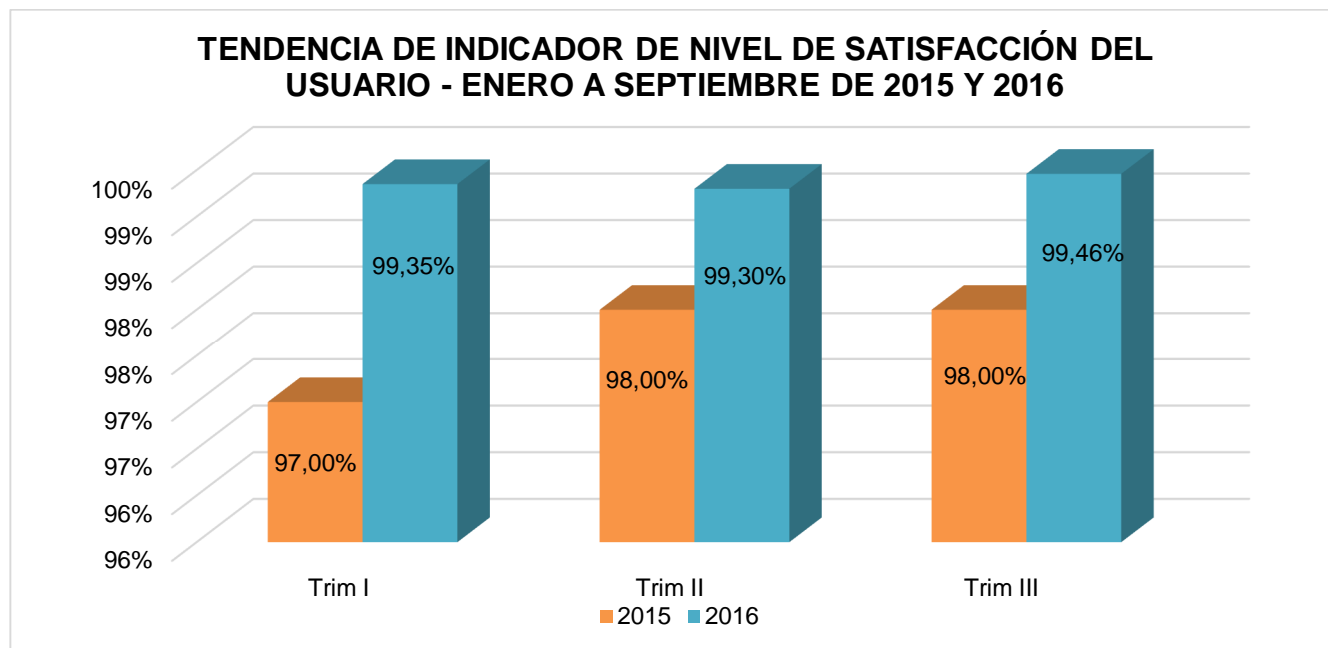
**TENDENCIA DE INDICADOR DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
OPORTUNO DE LOS CRONOGRAMAS DE PLANES DE TRABAJO -
ENERO A SEPTIEMBRE DE 2015 Y 2016**



Gráfica 20. Tendencia de indicador de Porcentaje de cumplimiento oportuno de los cronogramas de planes de trabajo - Enero a Septiembre de 2015 y 2016

2.4.4. Nivel de satisfacción del usuario

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. Véase la siguiente gráfica.



Gráfica 21. Tendencia de indicador de Nivel de satisfacción del usuario - Enero a Septiembre de 2015 y 2016

2.4.5. Índice de Indicadores de efectividad en Salud priorizados

Con este indicador se evalúa el impacto de la gestión en términos de morbilidad evitable, aseguramiento y condiciones de salud de orden ambiental que inciden directamente en la calidad de vida de las personas. Los indicadores allí establecidos se orientan a verificar la relación de la gestión con situaciones de salud priorizadas por su alto impacto en la salud de la población.

La meta del índice de indicadores de efectividad en salud es del 80% y el resultado obtenido fue de 83,33%. Al revisar las metas individuales de los indicadores priorizados, se identificó que de los 12 indicadores 2 no cumplieron con la meta municipal, éstos fueron: Tasa de mortalidad infantil, sin embargo, con relación a la meta nacional la SSPM se encuentra en un cumplimiento superior en 8,05 puntos. En cuanto al Porcentaje de disminución de incumplimientos de requisitos sanitarios en sujetos intervenidos en salud ambiental, se identifica que en comparación con el resultado de 2014, en la vigencia de 2015 este resultado tuvo una disminución de 3,15 puntos porcentuales.

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

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

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.

En cuanto al 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.

Indicador	2014			2015		
	Meta Nacional	Meta Municipal	Real	Meta Nacional	Meta Municipal	Real
Tasa de mortalidad infantil	17,15	7	8.02	17,15	7	9,1
Razón de mortalidad materna	48,8	<=45	37	48,8	<=45	32,6
Proporción de bajo peso al nacer	10	<=10	9	10	<=10	9,2
Porcentaje de madres adolescentes	33,82	<= 30 (1000)	26.1 (1000)	33,82	<= 30 (1000)	18%
Porcentaje de Atención del parto institucional	98,10%	~ 95%	99%	98,10%	~ 95%	98,5%
Cobertura de vacunación (porcentaje) en niños menores de un año	95%	~ 95%	100%	95%	~ 95%	95%
Tasa de mortalidad por TBC	1.84	m4	2.7	1.84	m4	2,9
Porcentaje de transmisión vertical de VIH	2	m2%	1%	2	m2%	0%
Índice de Riesgo de Calidad de Agua para consumo humano - IRCA	0 - 5%	0 - 5%	0,77%	0 - 5%	0 - 5%	1,07%

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

Indicador	2014			2015		
	Meta Nacional	Meta Municipal	Real	Meta Nacional	Meta Municipal	Real
Índice Aédico en sumideros	<5%	<5%	1.36%	<5%	<4%	2%
Porcentaje de disminución de incumplimientos de requisitos sanitarios en sujetos intervenidos en salud ambiental	Sin dato	<=0%	5,16%	Sin dato	<=0%	2,00%
Cobertura del aseguramiento en salud	Mayor 90%	Mayor 90%	95%	Mayor 90%	Mayor 90%	95%

Tabla 5. Cuadro comparativo de Indicadores de Efectividad 2014 - 2015

2.5. ANÁLISIS DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME (PNC)

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 5 reportes de producto no conforme, de los procesos:

- El proceso de Salud Ambiental presenta 3 reportes de no conforme en el Programa de IVC Inspección, Vigilancia y Control de riesgos sanitarios del ambiente implementado. Las causas de los productos identificados en su momento como no conformes fueron respectivamente:



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

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

- Retraso de las acciones de prevención, inspección, vigilancia y control de factores de riesgo sanitarios y del ambiente por falta de recursos (insumos, dotación, infraestructura, disponibilidad de personal, vehículos y estructura funcional por parte de las Unidades Ejecutoras de Saneamiento (UES).
 - Falta de realización y estandarización de formatos para realizar programación y seguimiento de visitas de sujetos de inspección por parte de las Unidades Ejecutoras de Saneamiento.
 - No se realiza revisión semanal de actas de IVC de control sanitario conforme a punto de control.
- El proceso de Salud Pública presenta 2 productos no conformes, los cuales 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.

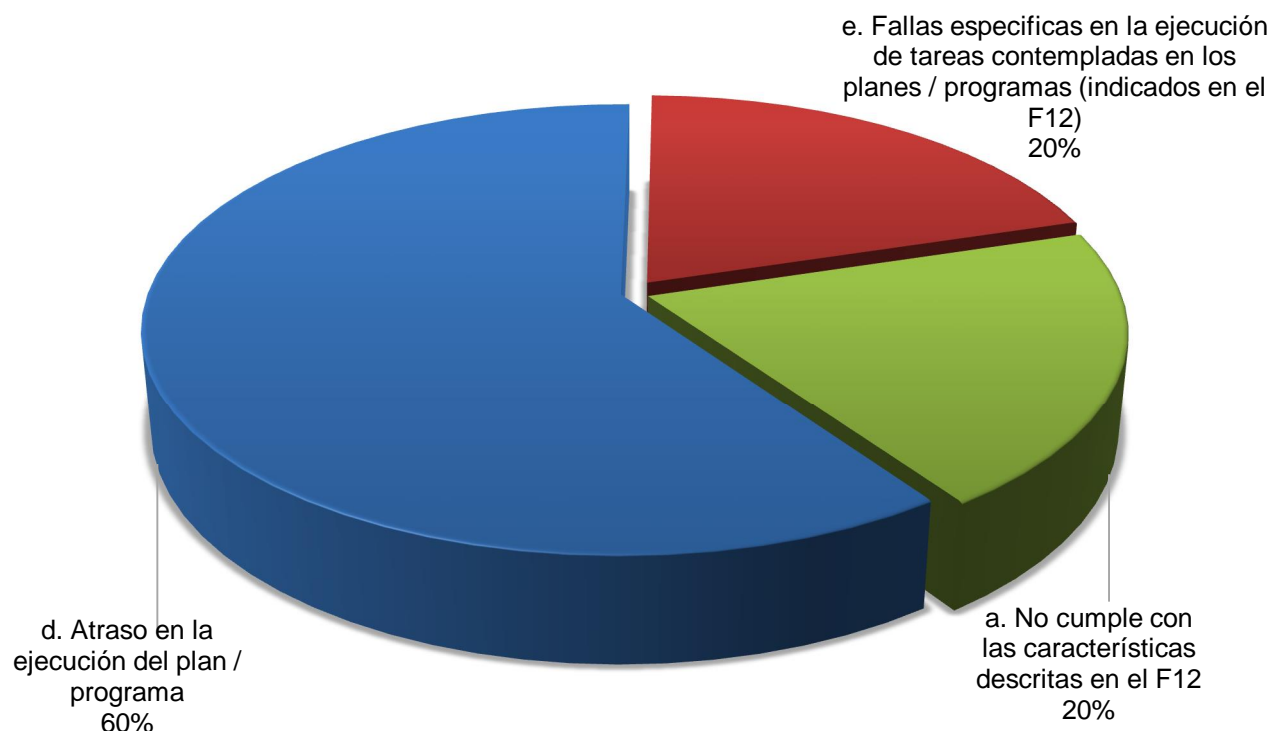
La causa de los productos identificados en su momento como no conformes fue respectivamente por:

- Atraso en la ejecución de las acciones de las líneas de Tuberculosis y Seguridad Alimentaria.

Por lo tanto, según la clasificación de los 5 tipos de producto no conforme definidos, los 5 reportes se encuentran distribuidos así:

- 3 productos no conforme por **Atraso en la ejecución del plan / programa.**
- 1 productos no conforme **No cumple con las características descritas en el F12.**
- 1 productos no conforme **Fallas específicas en la ejecución de tareas contempladas en los planes / programas (indicados en el F12).**

**DISTRIBUCIÓN DE NO CONFORMES
ENERO A SEPTIEMBRE 2016**



Gráfica 22. Distribución de No Conformes Enero A Septiembre 2016

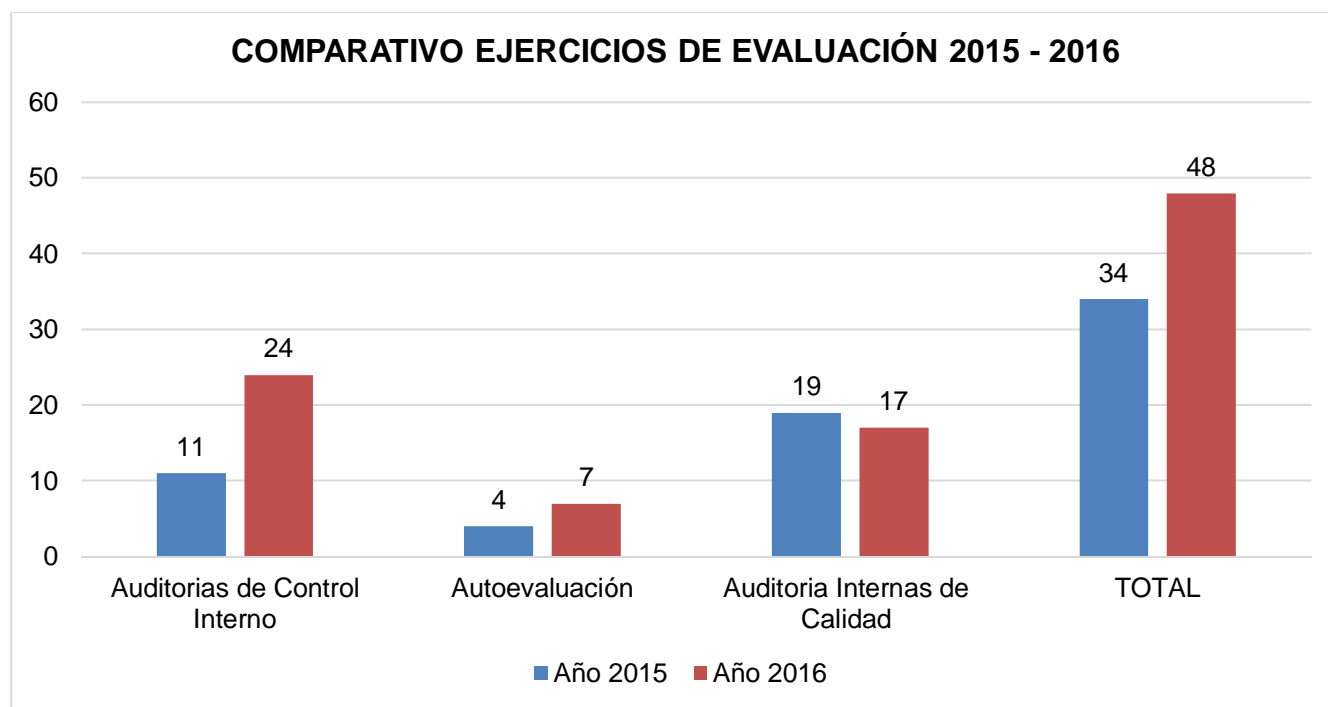
Todos los PNC identificados dieron cumplimiento a la metodología de control de producto y/o servicio no conforme y realizaron los respectivos tratamientos, esto muestra que los grupos de trabajo han venido reconociendo e incorporando las metodologías logrando un mayor control de los procesos.

Por último, se recomienda continuar con la aplicación de la metodología y en caso de encontrar situaciones reiteradas de PNC en los procesos, realizar un análisis de causas y la formulación de acciones correctivas / preventivas, a fin de corregir de raíz esta problemática y evaluar el riesgo de que esta situación se materialice en los demás procesos del SGC.

Los grupos de aseguramiento y desarrollo de servicios, SAC y Agua potable no presentan productos no conforme.

2.6. ESTADO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

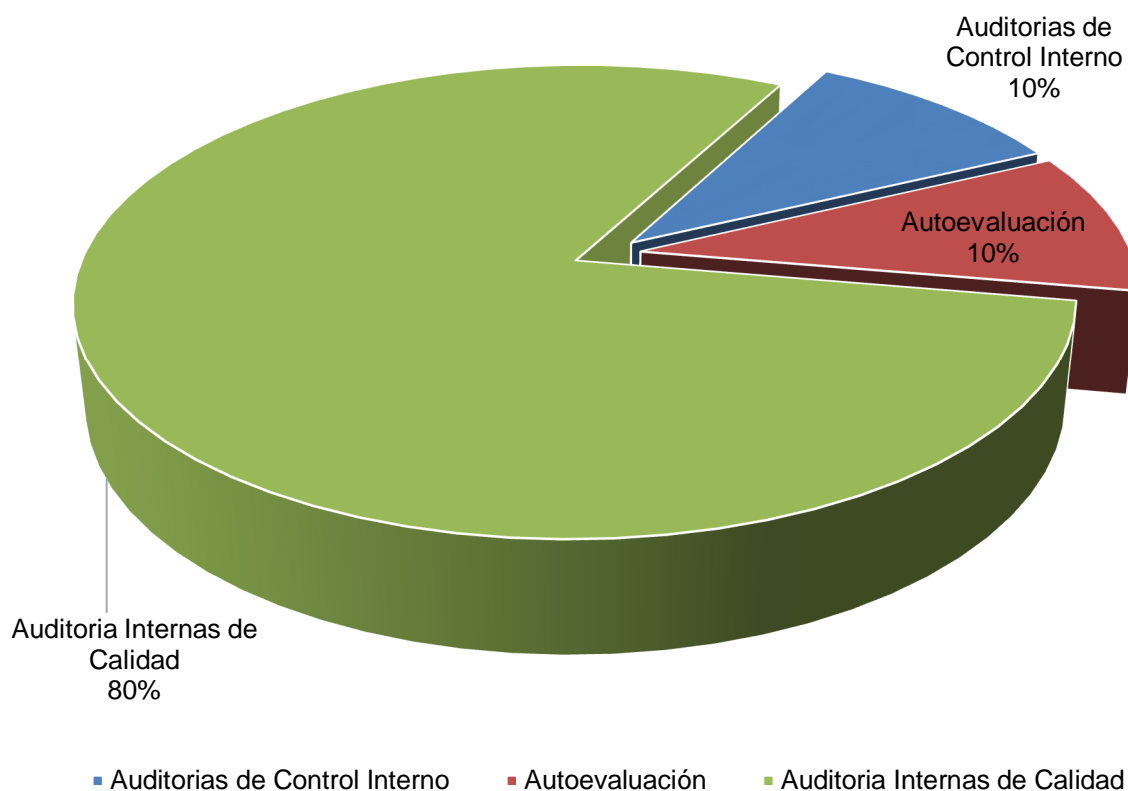
El SGC de la SSPM es evaluado constantemente desde distintos frentes: desde la Alcaldía Municipal por parte de la dependencia de Control Interno, a través de ejercicios internos de Autoevaluación y a través de las mismas Auditorías Internas de Calidad. En este momento se tienen reportados 24 auditorías por parte Control Interno, 7 ejercicios de Autoevaluación y 17 ejercicios de Auditoría Internas de Calidad que componen el segundo ciclo anual de Auditorías Internas de Calidad al SGC. Este año se recibieron más auditorías de control interno con relación al año pasado



Gráfica 23. Comparativo Ejercicios de Evaluación 2015 - 2016

De otra parte, según el análisis de los datos, se puede observar que el 80% del total de hallazgos obtenidos durante los procesos de evaluación del 2016, son generados por el ejercicio de auditoría interna, ya que este ejercicio es más detallado y riguroso que el ejercicio realizado por la Dirección de Control Interno del Municipio de Santiago de Cali. Véase la siguiente grafica.

TOTAL HALLAZGOS POR EJERCICIO DE EVALUACIÓN 2016



Gráfica 24. Total Hallazgos por ejercicio de Evaluación 2016

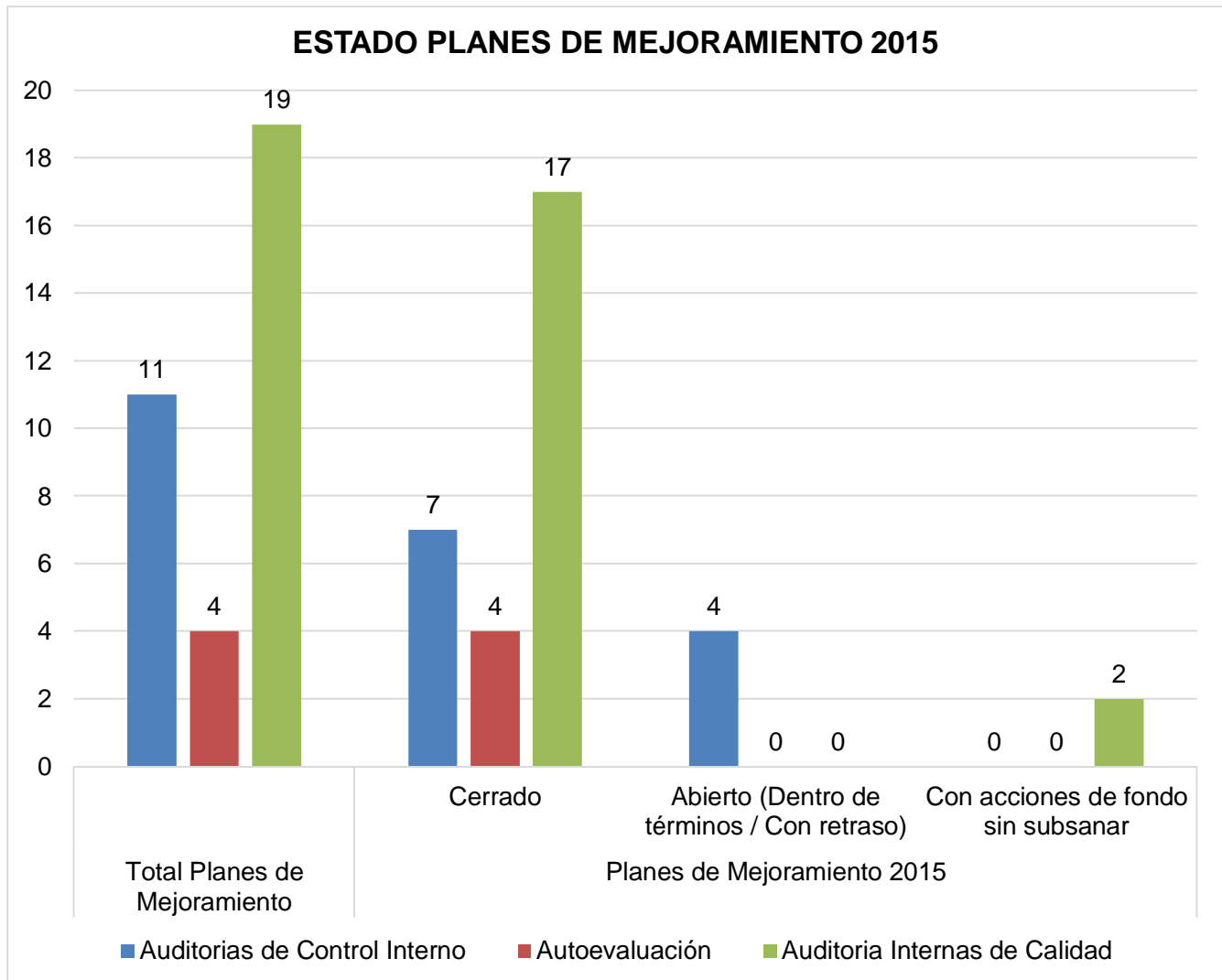
Adicionalmente, es necesario resaltar que el 60% de los hallazgos reportados de estos ejercicios son oportunidades de mejora y el 40% son no conformidades. Todos estos hallazgos, han sido tratados mediante planes de mejoramiento.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

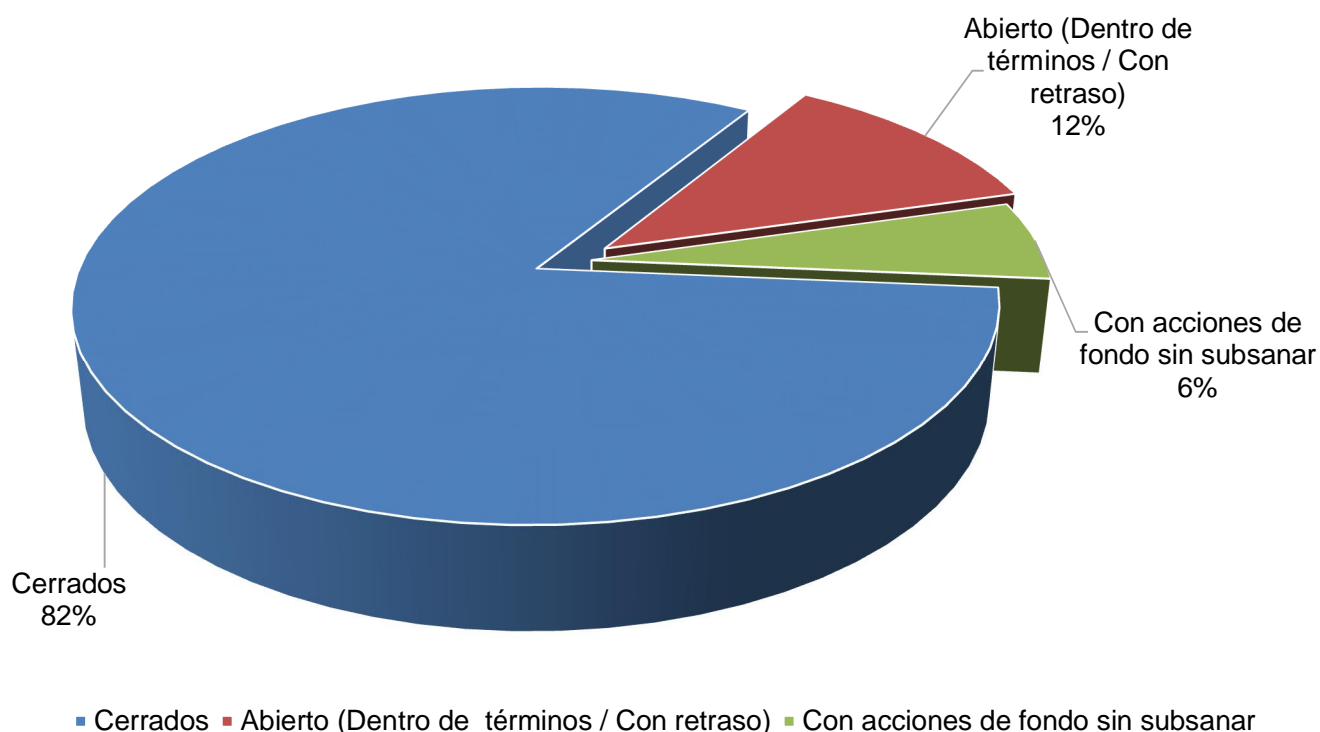
INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

Realizando el balance de los planes de mejoramiento generados en el año 2015, se obtiene lo siguiente:



Gráfica 25. Estado Planes de Mejoramiento 2015

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ESTADO DE PLANES DE
MEJORAMIENTO - 2015**



Gráfica 26. Distribución porcentual Estado de Planes de Mejoramiento - 2015

De un total de 34 planes de mejoramiento generados en la vigencia 2015, 4 de ellos se encuentran abiertos por retrasos en la ejecución de las acciones:

- 2 de ellos se mantienen abiertos, hasta que no se termine la obra del edificio posterior de la SSPM y se reiteran en auditoría 2016.
- En 1 plan de mejoramiento se cierran todas las acciones, pero queda una oportunidad de mejora planteada por auditora de Control interno, para extender la acción a todos los equipos de trabajo, acción que consiste en un control (matriz de prorrogas) frente a los PQRS que no pueden ser contestados en los términos iniciales que la ley otorga.
- Y 1 plan de mejoramiento que se mantiene abierto, ya que de 9 acciones tiene 4 cerradas y 5 con avances significativos, para lo cual se mantiene en seguimiento y reporte ante secretaría general y control interno.

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

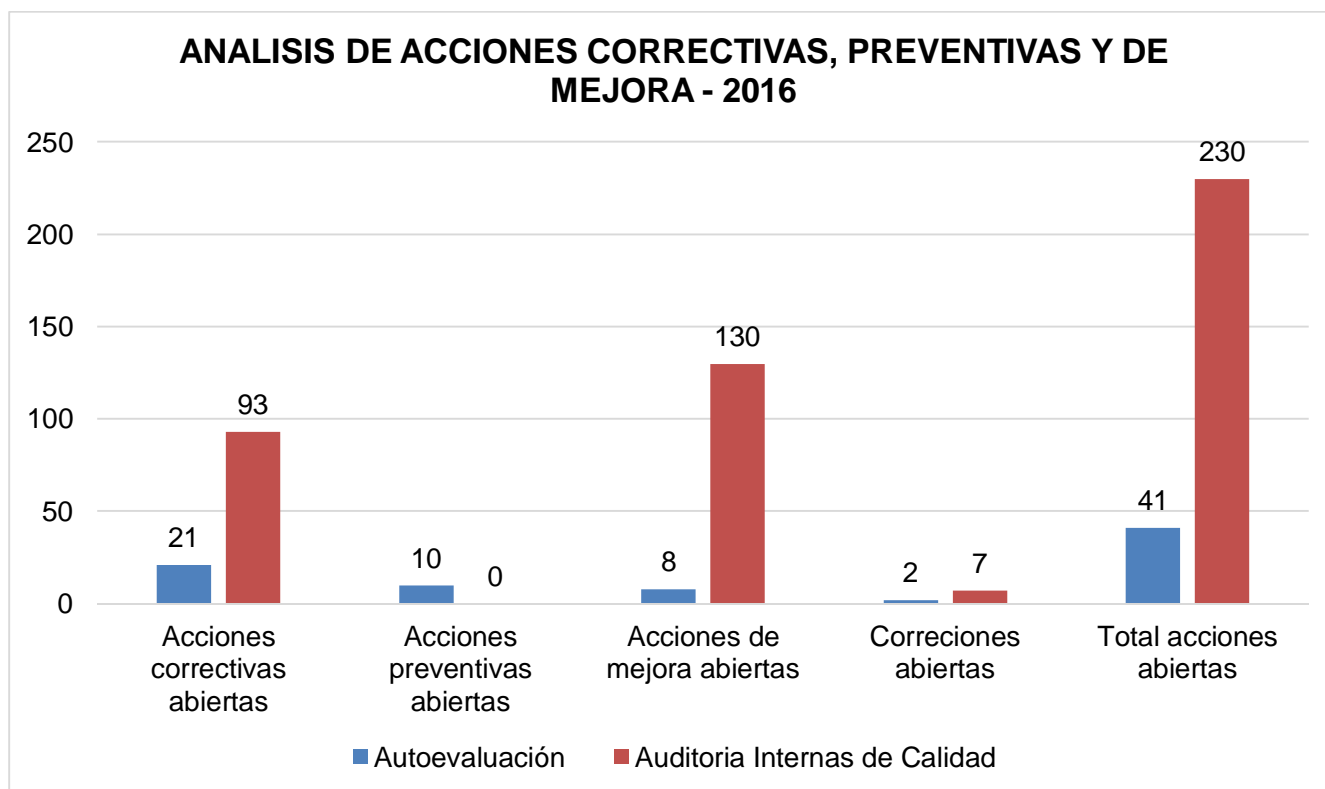
De los 2 planes de mejoramiento con acciones sin subsanar, se debe a que se identificaron acciones planteadas que no fueron efectivos, ya que durante las auditorías del 2016 se reportaron nuevamente hallazgos orientados a

- El plan de mejoramiento de la Auditoría Interna SSPM 2015 a los tres primeros procedimientos del subproceso Gestión sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud, Grupo de Salud Pública y Epidemiología, se encuentra abierto puesto que aún no muestra la efectividad en términos de la entrega de información de seguimiento de planes de trabajo para medición de indicadores y porque falta reforzar en los comités técnicos del grupo de trabajo la identificación acciones correctivas o de mejora acorde con atrasos en ejecución de proyectos de inversión, atrasos en planes operativos u otros factores que impliquen en los procesos de mejora continua. Por lo tanto, se requiere incluir nuevamente en plan de mejoramiento 2016 acciones orientadas a subsanar las fallas identificadas.
- El plan de mejoramiento de la Auditoría Interna SSPM 2015 a Gestión de Hacienda Pública, grupo financiero, presenta acciones de fondo sin subsanar ya que en la auditoría interna de 2016, se reportó un hallazgo relacionado con mismo procedimiento "Asistencia técnica al componente financiero de las ESE" y se evidencia que no se está asistiendo a las juntas directivas, porque no están siendo convocados. Lo que implica retomar acciones en el plan de mejoramiento del 2016, de forma que se planteen acciones orientadas a buscar una coordinación con el secretario y el grupo de Aseguramiento y Desarrollo de servicios para establecer el alcance de cada grupo frente al procedimiento.

Para la vigencia 2016, se tienen los siguientes planes de mejoramiento:

- De la auditoría interna se generan, 17 planes de mejoramiento, con un total de 230 acciones planteadas.
- De los ejercicios de autoevaluación se generan, 7 planes de mejoramiento, para un total de 41 acciones. De los 7 planes 1 se encuentra cerrado, que es el del grupo jurídico.
- De auditoría de control interno, a la fecha no se han generado planes de mejoramiento, ya que no se han recibido los informes finales.

En suma, a continuación se presenta un análisis del estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora, por ejercicios de autoevaluación y de auditoría interna de calidad. Véase la siguiente gráfica.



Gráfica 27. Análisis de Acciones correctivas, preventivas y de mejora - 2016

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

- Del periodo fiscal segundo semestre del 2014 . 2015, se suscriben 3 Hallazgos con 3 acciones correctivas y 7 actividades para el cumplimiento de las acciones, y Se tienen 3 de 7 actividades con un 100% de cumplimiento y 4 se encuentran en desarrollo, con plazo hasta el 31 de Diciembre del 2016.
- Del periodo fiscal segundo semestre 2013 . primer semestre 2014, 9 hallazgos con un avance del 82% de las acciones de mejoramiento suscritas con corte al 30 de Junio del 2016.
- Auditoria gubernamental especial integral AGEI a la contratación realizada con los recursos del sistema general de participaciones, 9 hallazgos, con un nivel de cumplimiento del 69% con corte al 30 de Junio 2016.
- Auditoria gubernamental especial integral AGEI al cierre fiscal del municipio de Santiago de Cali y sus entidades descentralizadas y asimiladas (Periodo 2015), 1 Hallazgo, 0% de cumplimiento con reporte al 30 de junio 2016.
- Auditoria gubernamental especial integral AGEI modalidad regular a la gestión fiscal, 4 Hallazgos con cumplimiento del 26% al 30 de junio 2016.

2.7. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE RIESGOS

2.7.1. RIESGOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS MISIONALES SSPM

Durante este año 2016, al realizar la revisión periódica de los riesgos asociados a los procesos misionales de la SSPM, se implementaron nuevos controles a saber:

- Monitoreo de ejecución presupuestal por proyecto.
- Elaboración de planes de contingencia de acuerdo con tipos de evento.
- Políticas de operación de los subprocesos.
- Elaboración de planes de contingencia de acuerdo con tipos de evento.

Estos fueron incorporados en el mapa de riesgos, en los riesgos 1 y 4. Véase la tabla 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.

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

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

Tabla 6. 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), 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. Véase la siguiente tabla.

RIESGO	EVALUACIÓN DEL RIESGO SIN CONTROLES	EVALUACIÓN CORTE 2015	EVALUACIÓN CORTE 2016	INDICADOR	RESULTADO 2016
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.)	E: 25 Zona de Riesgo Extrema	E: 10 Zona de Riesgo Extrema	E: 6 Zona de Riesgo Moderado	(Número de planes de trabajo misionales ejecutados en el tiempo programado (oportunamente) / Número total de planes de trabajo misionales formulados)*100	77.78%

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

RIESGO	EVALUACIÓN DEL RIESGO SIN CONTROLES	EVALUACIÓN CORTE 2015	EVALUACIÓN CORTE 2016	INDICADOR	RESULTADO 2016
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 Alta	A: 4 Zona de Riesgo Alta	(Sumatoria de indicadores de efectividad en salud controlados sobre sumatoria de indicadores de efectividad en salud priorizados) * 100%	83,33%
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	A: 8 Zona de riesgo Alta	A: 8 Zona de riesgo Alta	(Sumatoria de indicadores de efectividad en salud controlados sobre sumatoria de indicadores de efectividad en salud priorizados) * 100%	83,33%
Incumplimiento en el desarrollo del ejercicio de rectoría en salud.	E: 25 Zona de Riesgo Extrema	E: 10 Zona de Riesgo Extrema	E: 6 Zona de Riesgo Moderado	del % de ejecución de acciones programadas en el plan de acción de rectoría en salud pública / Número de acciones programadas en el plan de acción de rectoría en salud pública	79%

Tabla 7. Análisis de zona de riesgos después de controles y resultados a septiembre 2016.

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 de riesgos liderado por la Supersalud.

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.

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

2.7.2. RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Durante este 2016, se dio inicio a la elaboración e implementación del Mapa de Riesgos de Corrupción. A la fecha, de 8 acciones generadas, 6 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	<ol style="list-style-type: none"> Realizar registro periódico de las visitas de IVC por funcionario y generar control periódico de tipo aleatorio realizando llamadas a los actores o establecimientos intervenidos para evaluar la calidad de la visita. Publicar en página web de la SSPM, el nombre y foto de los técnicos área de la salud y funcionarios que realizan acciones de IVC de riesgos sanitarios 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 sí 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 8. 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):

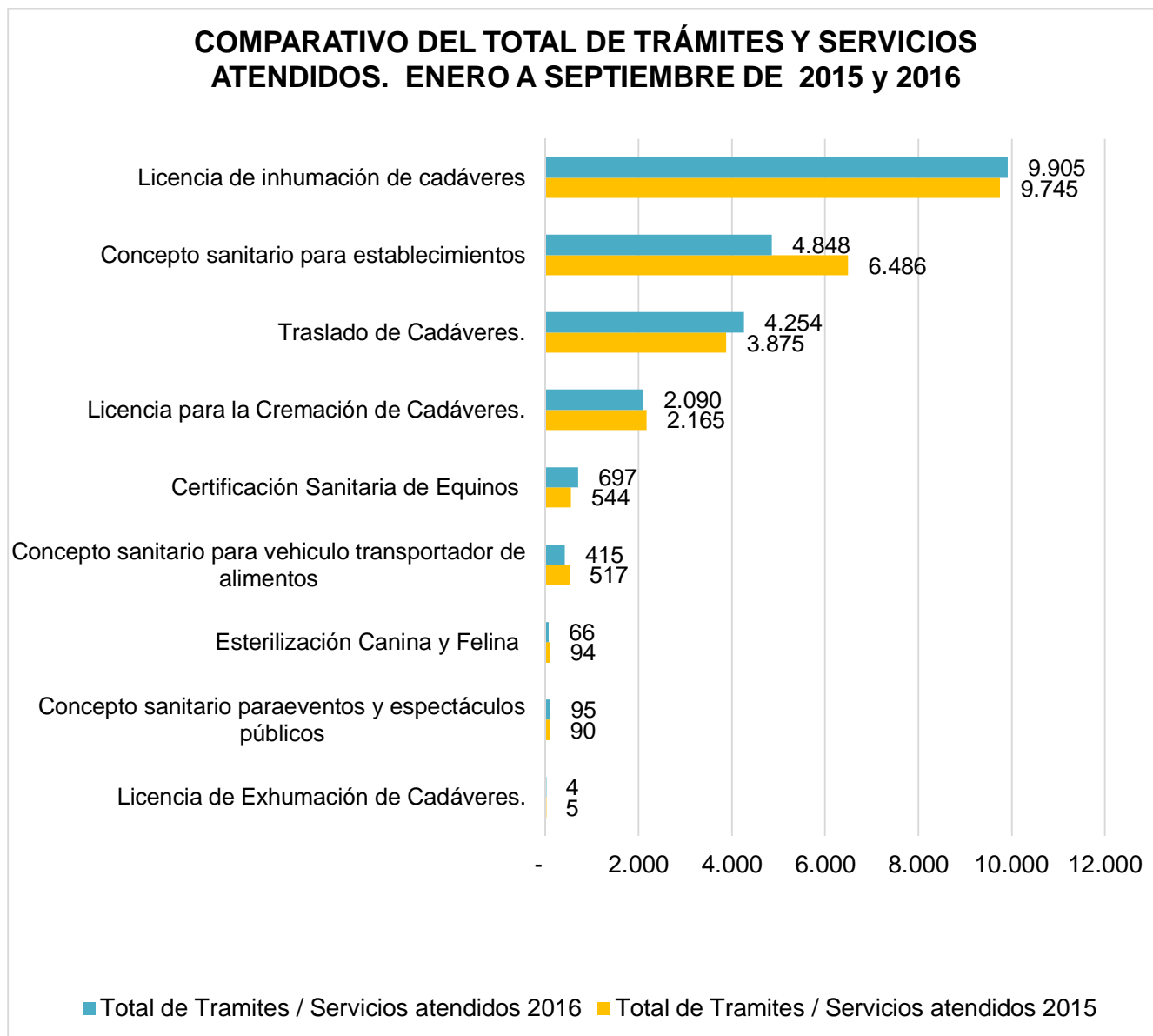
- ✓ Esterilización Canina y Felina
- ✓ Consulta médica veterinaria
- ✓ Fumigación o desinfección de establecimientos y/o vehículo transportador de alimentos
- ✓ Transporte de animales de compañía para eutanasia compasiva o de cadáveres de animales de compañía para disposición sanitaria
- ✓ Eutanasia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

Durante el año 2015 y 2016, se realizó la medición de la frecuencia y la eficacia de 6 trámites y 1 servicio -aprobados en el 2015-, encontrándose que en el periodo de enero a septiembre de ambos años, los trámites de mayor demanda fueron:

- ✓ Licencia de Inhumación de cadáveres con 9.905 solicitudes en 2016 frente a 9.745 recibidas en el 2015; es decir, se dio un incremento del 1,6%.
- ✓ Concepto sanitario para establecimientos, el cual reportó 4848 solicitudes en el 2016, pese a que durante el 2015 se habían atendido 6.486 solicitudes; es decir, hubo un descenso del 25%.

El trámite de menor demanda fue el de Licencia para la exhumación de cadáveres cuatro (4) solicitudes en el 2016 y cinco (5) en 2015.

Véase el análisis comparativo de los trámites aprobados en el 2015, en la siguiente gráfica.



Gráfica 28. Comparativo del total de Trámites y Servicios atendidos durante el 2015 - 2016 (Enero - Septiembre)



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

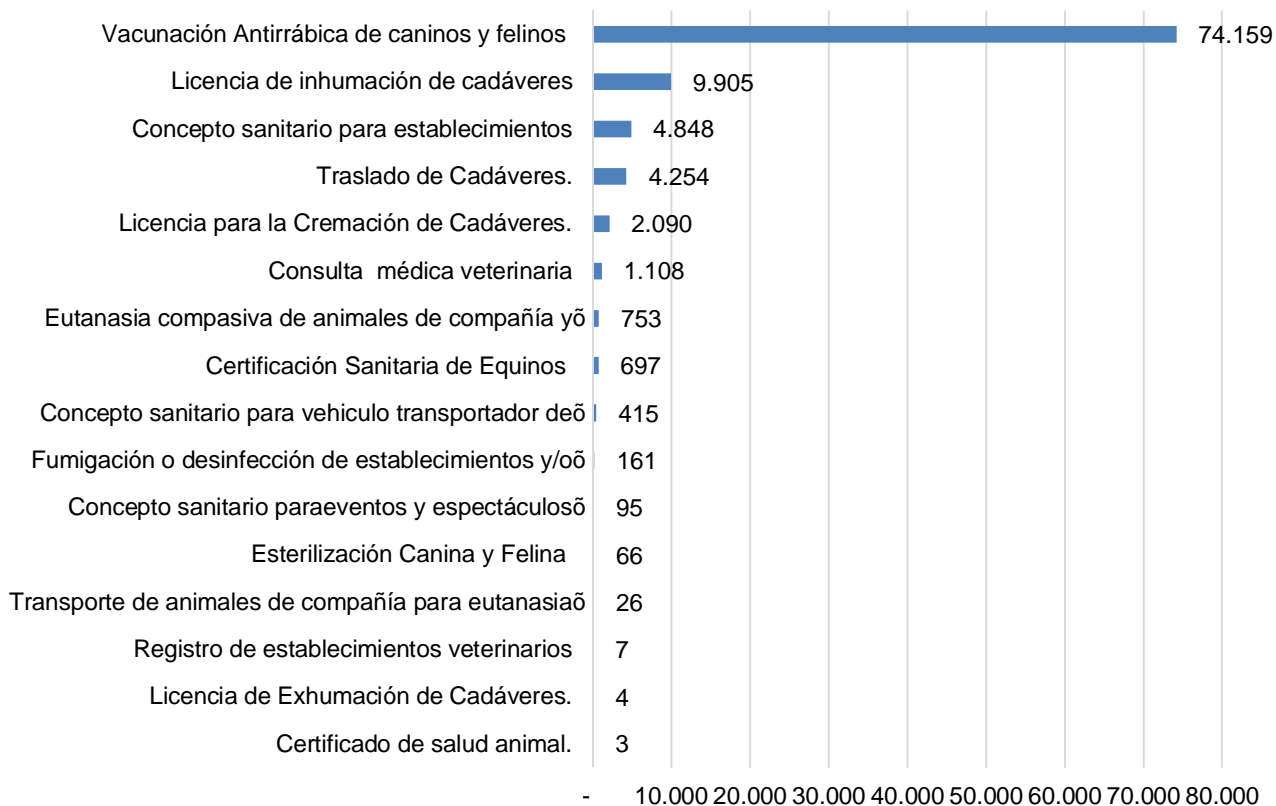
INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN GRUPO DE PLANEACIÓN - SISTEMAS DE GESTIÓN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

De otra parte, el trámite de Concepto Sanitario de establecimientos cobra suma relevancia, ya que por su alta demanda fue incluido en el Plan de Racionalización, el cual hace parte del Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano. Durante el año 2015, este trámite tuvo una demanda total anual de 8.269 solicitudes y de 4.848 en el 2016; su eficacia se ha mantenido en el 100% y su eficiencia en la atención de 2 días en promedio para ambas vigencias.

Sin embargo, a pesar de este buen desempeño, se han presentado tres (3) reclamos en 2015 y dos (2) en 2016; y, una de las mejoras que se está llevando a cabo frente a este trámite, es que se solicitó al Departamento Administrativo de Hacienda Municipal a través del Grupo Financiero de la SSPM, la implementación del pago en línea, con el objeto de disminuir al ciudadano el número de pasos para su realización y evitar riesgos de corrupción.

Para este año 2016, mediante el análisis de frecuencia de los trámites y servicios, se encontró que el servicio de mayor demanda es el de Vacunación Antirrábica canina y Felina, con una eficacia de 100% y una eficiencia de 2 días promedio; esta alta demanda se genera a razón de que es un servicio gratuito y que se desarrolla en jornadas programadas a las diferentes comunas y por demanda atendida directamente en el Centro de Zoonosis. Le siguen en su orden los trámites: Licencia de Inhumación de cadáveres, Concepto sanitario para establecimientos, Traslado de cadáveres y Licencia para la cremación de cadáveres. Véase la siguiente gráfica.

TOTAL DE TRAMITES / SERVICIOS ATENDIDOS 2016



Gráfica 29. Total de Trámites y Servicios atendidos durante el año 2016

Con respecto a la elaboración de estos análisis, la mayor dificultad radica en la recopilación oportuna de la información del indicador mensual del trámite Concepto Sanitario; esta dificultad se presenta sobretodo en la UES Ladera y UES Oriente, puesto que han presentado atrasos de 3 meses en el reporte de este indicador; además, son estas UES las que presentan el mayor número de conceptos de la ciudad.

De igual manera se han presentado dificultades en la medición de las encuestas de satisfacción de los usuarios, ya que solo se han aplicado frente a 3 trámites: Concepto Sanitario, Esterilización Canina y Felina, Vacunación Antirrábica canina y Felina; lo anterior, dificulta la aplicación de la Matriz de valoración para priorización de trámites y servicios.

Es conveniente realizar un análisis del comportamiento mensual de los indicadores por parte de los responsables de los procedimientos en los cuales están inmersos estos trámites, a fin de determinar

los recursos y personal requerido para su realización e implementar acciones de mejora requeridas en cada trámite.

Finalmente, el trámite Registro de Perros Potencialmente Peligrosos es un trámite cuya hoja de vida fue recientemente validada por el DAPM, pero aún está pendiente la validación de la ficha técnica del indicador para iniciar su medición por parte del Centro de Zoonosis.

2.9. ACCIONES DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 2015

Del Plan de Mejoramiento generado a raíz de la Revisión por la Dirección del año 2015, se establecieron 10 Acciones de Mejora orientadas a fortalecer los siguientes aspectos:

- Tiempos de respuesta a PQR.
- Oportunidad en la medición de indicadores operacionales y fortalecimiento de sus análisis.
- Planteamiento adecuado de Indicadores de gestión.
- Controles relacionados con el riesgo de deterioro de la salud.
- Racionalización de formatos que hacen parte del sistema

De estas acciones, 9 de ellas ya se encuentran cerradas (100%). Dichas acciones realizadas fueron:

1. Se realizaron las mesas de trabajo con personal de ventanilla única, recordando conceptos de PQRS y elementos de radicación y medición de la percepción.
2. Se han realizado comités y comunicaciones internas dando directrices y recordando elementos de gestión de PQRS
3. Se ha generado seguimiento al interior de cada área y han asignado un referente para el seguimiento de PQRS. Se deben mantener los seguimientos.
4. Se realizan mesas de trabajo en los equipos para acompañamiento en medición de indicadores.
5. Se realizan mesas de trabajo en los equipos para acompañamiento en medición de indicadores y se crea herramienta de análisis de causas y se dicta capacitación a los referentes de cada grupo.
6. Se ha hecho revisión de fichas de indicadores, se mejora el análisis, pero se debe continuar el acompañamiento a los grupos para 2016.
7. Se dieron ajuste para el reporte de cuarto trimestre de 2015 y primer y segundo trimestre 2016.
8. Se ha implementado metodología del Ministerio y se aplicó para el ASIS 2013

9. Se ha generado orientación a los grupos de trabajo para minimizar formatos en el SGC y se han eliminado formatos no requeridos. .

Se tienen una acción de mejora cuyo avance fue del 20%; pues aunque se incorporó en el plan de capacitación por autogestión, las capacitaciones en el Sistema de Gestión Documental ORFEO, no se contó con el personal competente para llevar a cabo estas capacitaciones.

A pesar de esto, los equipos de trabajo establecieron mecanismos de control como la entrega de bases de datos semanales para seguimiento de las PQRS, reuniones de seguimiento mensuales coordinadas desde el proceso de Atención al Usuario, reuniones internas de seguimiento semanales, consulta de casos especiales y elaboración de herramientas de Excel para seguimiento interno, las cuales contribuyeron a mejorar el nivel de Oportunidad de Respuesta del 86% en el 1er Trimestre, al 94% en el 3er Trimestre.

9.1. 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.

9.1.1. 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 contralar 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>
	Promedio de desempeño de indicadores estratégicos	90%	99,28%	<p>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.</p>
2- Mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos.	Promedio de desempeño de indicadores operacionales de eficacia	90%	99,62%	<p>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.</p>



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



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>relación con las prioridades de la salud establecidas a nivel nacional, mantuvieron su calificación en la Zona de Riesgo Alta A4.</p> <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 de 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.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

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

Tabla 9. 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**

9.2. SEGUIMIENTO AL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI

De acuerdo con seguimiento realizado al MECI, con corte al 28/oct/2016, el Nivel de Cumplimiento de este sistema es del 88%, con algunos aspectos por fortalecer como se muestra en la siguiente tabla.

MODULO	COMPONENTES	ELEMENTOS	% CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA ENCONTRADA
1.Control de Planeación y Gestión	1.2 Direccionamiento Estratégico	1.2.5 Políticas de Operación	60%	Se han definido las políticas operativas del proceso de Servicio de Salud Pública, las demás responden a las políticas definidas por la administración Central Municipal de Santiago de Cali. Estas se han divulgado a través de página web y por oficios a los responsables de su implementación. Sin embargo, se están adelantando análisis en los procesos transversales sobre las políticas que a nivel central se aplican a estos procesos, para su apropiación.
	1.3. Administración del Riesgo	1.3.2 Identificación del Riesgo	60%	Se tienen identificados los riesgos del proceso de Servicio de Salud Pública; sin embargo se encuentra en desarrollo, la identificación de los riesgos de los demás procesos de direccionamiento estratégico, de apoyo, y de evaluación y seguimiento.
		1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo	60%	Se cuenta con análisis y valoración de riesgos del proceso de Servicio de Salud Pública; se encuentra así mismo en desarrollo, el análisis y valoración de los riesgos de los demás procesos de direccionamiento estratégico, de apoyo, y de evaluación y seguimiento
EJE TRASVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN		Información y Comunicación interna	60%	Trimestralmente, se hace la divulgación del informe de PQRS, vía correo electrónico y por sitio web. Ver página web e intranet Ver página web e intranet, http://www.cali.gov.co/comunicaciones/documentos.php?id=59 De otra parte, se han identificado las necesidades de ajuste de las tablas de retención documental, pero se está a la espera de ajuste de las mismas desde el líder de Gestión Documental de la Administración Central municipal.

Tabla 10. Resultados del seguimiento al MECI con corte a Octubre 2016.

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

- ✓ **Reforma Administrativa.** Para el año 2017, se deberá realizar un análisis acerca de la nueva reforma administrativa aprobada recientemente por el Alcalde Maurice Armitage, puesto que se aprobaron cambios en la estructura de la Entidad y de responsabilidades, y ello posiblemente conduzca a la necesidad de atravesar una fase armonización sobre todo de procesos transversales.
- ✓ **Nuevo Plan de Desarrollo 2016-2019.** Los planes de trabajo aunque ya se han ajustado a las nuevas metas, se han generado nuevos requerimientos a los grupos de trabajo y otros derivados de la nueva administración de la SSPM, cuyos tiempos no fueron considerados en la planeación inicial. Ello ocasiono retrasos en algunos planes de trabajo.
- ✓ **Plan Decenal 2016 Æ 2021.** Revisar las metas e indicadores de este plan, de manera que se armonicen con el SGC y los cambios en la plataforma estratégica.

9.4. NECESIDADES DE RECURSOS

Finalmente, a través de esta Revisión por la Dirección, los grupos de trabajo, manifestaron sus necesidades de recursos; en este sentido, los recursos se resumen como lo muestra la siguiente tabla.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

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

NECESIDADES DE RECURSOS					
PROCESO	MANO DE OBRA	HARDWARE / SOFTWARE	MOBILIARIO	CAPACITACION	TRANSPORTE
ABOS	1 Abogado con conocimientos en contratación estatal.	N/A	N/A	N/A	N/A
GESTION DEL TALENTO HUMANO	1 Profesional	N/A	N/A	N/A	N/A
GESTION DOCUMENTAL	1 Consultoría externa que brinde apoyo en la organización, clasificación y .digitalización de los documentos que reposan en Gestión Documental. 3 personas de apoyo para la clasificación de archivos del Fondo Documental.	N/A	N/A	N/A	N/A
ABIMA	1 Técnico de mantenimiento 1 operario de mantenimiento 1 ingeniero auxiliar.	N/A	N/A	N/A	N/A
PARTICIPACION CIUDADANA Y GESTION COMUNITARIA	4 profesionales en ciencias sociales (3 para gestión en comunas y corregimientos y 1 para asistencia técnica a EPS e IPS).	1 Computador portátil 1 Videobeam 1 impresora multifuncional 1 Equipo de sonido con micrófono y amplificación.	N/A	N/A	1 transporte adicional para la movilización del equipo de Participación Social
GESTION JURIDICA	1 auxiliar administrativo, para custodia contractual.	N/A	Acondicionar y/o asignar un espacio conforme a la Ley 594 de 2000, Acuerdo 008 del 2014 del Consejo Directivo del Archivo general de la nación, para que se realice un depósito y almacenamiento adecuado	Capacitación, seminarios y diplomados en Sistemas integrados de gestión de Calidad.	N/A



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

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

NECESIDADES DE RECURSOS					
PROCESO	MANO DE OBRA	HARDWARE / SOFTWARE	MOBILIARIO	CAPACITACION	TRANSPORTE
			del Archivo contractual.		
GESTION DEL RIESGO EN SALUD Y ATENCIÓN DE DESASTRES	<p>1 Profesional Universitario y/o tecnólogo. Perfil: experiencia en sistemas de emergencias en salud. Objetivo: Fortalecer los procesos del conocimiento del riesgo.</p> <p>1 Técnico en Salud. Perfil: Experiencia en actividades de coordinación de eventos públicos. Objetivo: Fortalecer el grupo de técnicos para dar respuesta a la demanda creciente de servicios en escenarios públicos</p>	<p>1 Software que permita dinamizar las cadenas de llamado de la secretaria y de todo el sector Salud</p> <p>Equipos de cómputo y de oficina para el recurso humano.</p>	N/A	Capacitación en gestión del riesgo y en idioma inglés.	N/A
GESTION DE HACIENDA PUBLICA	N/A	Equipos de cómputo y software de última tecnología. 1 Videobeam	12 Sillas de oficina. 1 Aire acondicionado oficina de tesorería	Capacitación en FUT (Formato Único Territorial) y NICSP. Asesoría en actualización	N/A



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

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

NECESIDADES DE RECURSOS					
PROCESO	MANO DE OBRA	HARDWARE / SOFTWARE	MOBILIARIO	CAPACITACION	TRANSPORTE
				de tributaria.	
GESTION DE DETERMINANTES SOCIALES Y AMBIENTALES DE LA SALLUD / SALUD AMBIENTAL	4 Ing. sanitarios 1 Ing. Ambiental 1 Ing. Químico 1 Ing. de sistemas programador. 2 Medico Veterinario 1 Ing. de Alimentos 1 Abogado con experiencia en Riesgos Sanitarios del Ambiente para fortalecer la intervención de riesgos sanitarios del ambiente a la salud 30 Técnicos Área Salud 5 técnicos de sistemas	Software y conectividad para la consolidación de la información generada en la UES y Zoonosis con el nivel central para su evaluación y control. 15 computadores de última generación Equipos para la captura de información en terreno.	Dotación de escritorios, sillas para el personal que labora en el grupo y disponibilidad de espacios.	Actualización para la gestión por riesgos de acuerdo a la norma del personal de apoyo y técnico.	
GESTION DE DETERMINANTES SOCIALES Y AMBIENTALES DE LA SALLUD / SALUD PUBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	Mejoramiento las condiciones de salud ocupacional. Talento humano multidisciplinario.	Disponer de equipos y software de última tecnología. Acceso en el punto de trabajo la información y herramientas del mundo de la globalización para el desarrollo de labores. Divulgación de información a través de medios masivos de comunicación.	N/A	Formación en análisis de información y manejo de software.	Oportunidad en la movilización de los equipos de trabajo (transporte-logística). Mejoramiento las condiciones de riesgos laborales para los contratistas que realizan trabajo de campo (movilización en las diferentes zonas)



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

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

Tabla 11. Resumen de Necesidades de Recursos aportados por los Grupos de Trabajo durante la Revisión por la Dirección - Noviembre de 2016

Los siguientes Grupos de Trabajo no presentaron necesidades de recursos: Gestión de Aseguramiento en Salud, Agua Potable.

Cabe anotar que estos requerimientos están sujetos a la aprobación del Secretario de Despacho, el Dr. Alexander Duran Peñafiel y posteriormente, aquellos requerimientos aprobados, serán incluidos en los proyectos de inversión del año 2017.

9.5. 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:

- ✓ Frente al tema de Indicadores, es necesario que se fortalezca el análisis de los resultados de los indicadores, pues aún se siguen presentando resultados sin realizar un análisis más exhaustivo que dé cuenta de las causas que generan los resultados en cada periodo de medición, adicionalmente, que brinde información sobre las causas que generan los resultados.
- ✓ De igual manera, se requiere realizar un análisis más crítico con relación al desempeño de los indicadores, es decir, identificar aspectos que brinden información adicional a los resultados, como análisis de tendencias, indicadores que generen valor y mayor asertividad en el dato.
- ✓ Mejorar los análisis de los gráficos de los informes de PQRS, pues en algunos casos los informes únicamente muestran los datos obtenidos, pero no su análisis de fondo; por ejemplo, realizar aportes sobre porque se generan tan altas frecuencias, porque no se da respuesta a tiempo, porque el incremento de peticiones en los periodos. Esto incluye, que se realicen aportes comparativos entre periodos anteriores, es decir, mirar cómo está la tendencia de los datos en lo que va corrido del año.
- ✓ Es importante realizar una adecuada clasificación de las quejas y reclamos, que aunque son muy pocas, se observa que aún existe confusión con los términos y por ello en el informe se presentan ciertos errores.
- ✓ Cuando se presenten reclamos o quejas, se deben emprender Planes de Mejoramiento que recojan las acciones y las evidencias suficientes para conocer los resultados finales aportados al ciudadano y la gestión realizada al interior de la SSPM; ello nos permite demostrar la mejora continua.
- ✓ Consignar en el informe, las acciones logradas frente a las acciones de mejora que se propusieron en informes anteriores. Por ejemplo, si en efecto se lograron las capacitaciones de Orfeo, si se implementaron herramientas, si realizaron nuevos comités, etc.
- ✓ Es de resaltar, la labor desarrollada por el Grupo de Gestión Ambiental frente a este informe, pues ha mejorado notablemente su nivel de respuesta a PQRS, iniciando con el 56,3% en el primer trimestre, luego alcanzo el 70% en el segundo trimestre y en este momento presenta el 79% para el tercer trimestre.
- ✓ Si bien las quejas y reclamos representan una muy baja proporción frente a las peticiones, no se debe descuidar las motivaciones por las cuales estos se presentan; se recomienda analizar en los próximos informes, a qué tipo de trámite o servicio se vinculan estas quejas y reclamos.

- ✓ Se debe realizar un seguimiento más exhaustivo para asegurar el cierre de las 230 acciones que aun se tienen abiertas.
- ✓ Se debe continuar con el fortalecimiento de los controles de impacto sobre los riesgos asociados a los procesos misionales, como también continuar con la identificación y valoración de riesgos de los demás procesos de la SSPM. Así mismo, continuar implementando las acciones relacionadas con los riesgos de corrupción.

10. CONCLUSIONES

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

- De manera general, se identificó que los indicadores de eficacia y eficiencia por procesos hasta el tercer trimestre de 2016 presentaron un comportamiento homogéneo; con relación a la vigencia anterior, los resultados se encuentran más aterrizados a la realidad, lo cual evidencia que los grupos de trabajo están estructurando sus metas de manera más objetiva. De igual manera, del total de los 15 indicadores de eficacia 10 de ellos dieron como valor promedio o acumulado de 100%, 4 estuvieron con resultado final por encima del 90% y 1 tuvo un resultado de 46,43%.
- Dentro de los indicadores que presentaron menor desempeño se encontraron los indicadores de Oportunidad en el mantenimiento, con una valoración del 46,43% y el de % de Cumplimiento al plan de mantenimiento con 64,44%, los cuales se presentaron por demoras en la contratación de proceso de mantenimiento para los equipos de la SSPM.
- En cuanto a los indicadores de eficiencia, se observó que de los 10 indicadores establecidos, 6 de ellos tienen cumplimiento de 100%, 3 se encuentran por encima del 90% y 1 presentó un resultado final entre 80% y menor a 90%. Lo anterior indica que se han presentado un incremento en el nivel de desempeño de estos indicadores.

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.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

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

- 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 autocrítica 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 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.