

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE AUDITORIA PARA LA VERIFICACIÓN DE LA
CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN EN LA E.S.E CENTRO
DE SALUD CARTAGENA DE INDIAS DE COROZAL**



**EDWIN SANTIAGO ALVARADO BRAVO
ELIANA MILENA MERCADO COCHERO
MILADYS DEL SOCORRO SUAREZ MEDINA**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL CARIBE – CECAR
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACION
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
SINCELEJO
2015**

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE AUDITORIA PARA LA VERIFICACIÓN DE LA
CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN EN LA E.S.E CENTRO
DE SALUD CARTAGENA DE INDIAS DE COROZAL**



**ELIANA MILENA MERCADO COCHERO
MILADYS DEL SOCORRO SUAREZ MEDINA
EDWIN SANTIAGO ALVARADO BRAVO**

**Trabajo presentado como requisito para optar al título de: Especialista en Gerencia de la
Calidad y Auditoría en Salud**

Asesora

**CILIA YANETH GOMEZ DE BONILLA
Magister en Administración Pública**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL CARIBE – CECAR
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACION
CENTRO DE EDUCACIÓN CONTINUADA Y POSGRADO
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA DE LA SALUD
SINCELEJO
2015**

Nota de Aceptación

Director

Evaluador 1

Evaluador2

Sincelejo, 27 de agosto de 2015

DEDICATORIA

A Dios por darnos la oportunidad de vivir y por estar con nosotros en cada paso que damos, por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestras mentes y por haber puesto en nuestros caminos aquellas personas que han sido el soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres por ser el pilar fundamental en todo lo que somos y en toda nuestra educación tanto académica como de la vida y por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A todas y cada una de las personas que de una u otra manera contribuyeron a que lográramos esta meta que nos propusimos en la vida y que nos ha permitido crecer intelectualmente como persona y como ser.

A la Dra. Cilia Gómez de Bonilla, por Apoyarnos en el transcurso de nuestra investigación.

A la Gerente de la ESE que abrió las puertas de sus IPS, desde el primer día que le hablamos de la investigación.

A todos los funcionarios de las IPS que hicieron parte de este estudio.

CONTENIDO

	Pág
RESUMEN	9
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	13
1. ESTADO DEL ARTE	16
1.1. Antecedentes	16
1.2 Marco Teórico	19
1.3 Marco Conceptual	30
1.4 Marco Legal	32
1.5 Marco Institucional	35
2. METODOLOGIA	39
2.1 Enfoque	39
2.2 Tipo de Estudio	39
2.3 Población	39
2.4. Muestra	39
2.5. Lugar	40
2.6. Instrumentos	40
2.7. Procesamiento de la Información	40
3. RESULTADOS	47
4. DISCUSIÓN	77
5. CONCLUSIONES	93
REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS	94
ANEXOS	97
CRONOGRAMA	98
PRESUPUESTO	99

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Fotografía Instalaciones de la ese Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal.	35
Figura 2	Cobertura de la ese Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal	36
Figura 3	Etapas del Proceso	42

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Sistema Nacional de Calidad en Colombia-Entidades Participantes Según Componentes	23
Tabla 2 Análisis Conceptual Comparativo ntcgp1000-meci	26
Tabla 3 Programa de Auditoría	44

RESUMEN

La presente investigación se enmarca en la naturaleza de un proyecto de aplicación práctica, de tipo descriptivo-cualitativo, que permitió diseñar un programa de auditoría para verificación de la conformidad del sistema integrado de gestión en la E.S.E. Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal.

Se seleccionó la E.S. E Centro de salud Cartagena de Indias por su representación como la única Institución de naturaleza pública que ofrece servicios de salud de baja complejidad en el municipio de Corozal, lo que se considera de singular importancia, ya que de la conformidad del sistema integrado de gestión que esté implementando se obtendrán resultados para la priorización de necesidades de mejora y esta pueda alcanzar de manera más efectiva sus objetivos y metas.

Se diseñó un programa de auditoría que requirió de la recolección de información para lo cual se utilizaron técnicas como la observación directa a través de visita a la institución, entrevista informal a empleados y directivos, inspección de los procesos y procedimientos en cada dependencia e Información secundaria en la que se tuvo en cuenta elementos de planificación estratégica de la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal como el Manual de Calidad, mapa de procesos, caracterizaciones, procedimientos, planes de gestión, sistema de comunicación e información, normatividad relacionada con los procesos objeto de auditoría, ciclos de mejora. Todo esto contrastado con los 29 elementos del MECI 2005 y los elementos de la NTCGP 1000:2009 (capítulos 4 al 8) a modo de checklist (lista de verificación) de cumplimientos de norma.

La decisión estratégica de gestionar el programa de auditoría interna aplicando el ciclo PHVA (planear, hacer, verificar, actuar) permitió aplicar esta metodología como una forma de gestión de la calidad. La planeación permitió proyectar la auditoría en relación a la revisión de documentos, revisión de la normatividad, programar las inspecciones a los puestos de trabajo, todo ello previsto en un cronograma de trabajo. La etapa Hacer, llevó a la definición de un plan de auditoría para las dependencias control interno, jurídica, coordinación de servicios de salud y subgerencia administrativo-financiera, en el cual se definió el alcance de la auditoría para cada dependencia. La etapa de Verificación permitió determinar el cumplimiento de requisitos de norma NTCGP 1000:2009 y MECI 1000:2005 y Finalmente, el Actuar significa el que se dé vía libre institucional para la implementación del programa de auditoría por parte de la Gerencia y su seguimiento por la oficina de Control Interno.

Palabras Clave: Sistema de Gestión Integrado, Calidad, Control Interno.

ABSTRACT

This research is part of the nature of a project implementation, from a descriptive qualitative type, which allowed to design an audit a program to verify the conformity of the integrated management system in the ESE Health Center Cartagena de Indias in Corozal.

E. S. E Health Center Cartagena de Indias was selected for its representation like the only institution of public nature that offers low complexity services of health in the town of Corozal, which consider particular importance by the conformity of the integrated system management which implement results for prioritizing needs for improvement the results that will be obtained, and this can be more effectively for reaching its goals and objectives.

An audit program was designed it required a collection of information for which techniques were used for example direct observation through visits to the institution, informal interview employees and managers, inspection processes and procedures in each unit was designed and secondary information where we took into account elements of strategic planning, ESE Cartagena de Indias Health center from Corozal such as the Quality Manual, process map, characterizations, procedures, management plans, communication system and information, regulations related audited processes, improvement cycles. All this contrasted with the 29 elements of MECI 2005 and the elements of the NTCGP 1000: 2009 (Chapters 4 to 8) as a checklist (checklist) in compliance standard.

The strategic decision to manage the internal audit program using the PDCA (plan, do, check, act) allowed to apply this methodology as a form of quality management. The project allowed the audit planning in relation to the review of documents, regulatory review, schedule Jobs inspections, all provided in a work schedule. Making stage, led to the definition of an audit plan for internal control, legal, coordination of health services and administrative and financial

assistant manager, in which the scope of the audit for each unit defined dependencies. During the Check phase allowed to determine the eligibility of standard NTCGP 1000: 2009 and MECI 1000: 2005 and finally in the act phase is expected to comply with the general objective of the proposal in relation with the implementation of the audit program by the senior management and monitoring by the Office of Internal Control.

Keywords: Integrated Management System, Quality, Internal Control.

INTRODUCCION

En Colombia, con el objeto de alcanzar una mayor eficiencia administrativa, fueron expedidas reglamentaciones que propendían por la organización administrativa, la implementación de un modelo de control interno y la implementación de un sistema de gestión de calidad.

El desarrollo de la Ley 498 de 1998, se ocupa del Sistema de Desarrollo Administrativo, la Ley 872 de 2003 y del Decreto Reglamentario No. 4110 de 2004, dan vida jurídica a la Norma Técnica de la Calidad en la Gestión Pública – NTCGP 1000:2004, y el Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, por medio del cual se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 (DAFP, 2006) generaron en las entidades públicas una guía para llevar a cabo una mejor gestión, el fortalecimiento institucional, la modernización de las instituciones, el mejoramiento continuo y, la implementación de un proceso armónico en el cual la clave principal se encuentra orientada a la participación tanto de la alta Dirección como de los funcionarios en el desarrollo del mismo.

La implementación de un sistema de gestión de calidad en una organización permite elevar a mayores grados su desempeño y la capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes, y el MECI permite orientar a las entidades hacia el cumplimiento de sus objetivos.

La integración de estos dos sistemas proporciona beneficios para el logro de buenos resultados en las entidades del Estado, si se implementan adecuadamente; El Sistema de Gestión de Calidad y el Sistema de Control Interno, contienen elementos comunes que ayudan a las empresas a alcanzar sus objetivos si se aplican de manera organizada y coordinada y adicionalmente, se cumple una obligación legal en el marco de las normas constitucionales y legales vigentes.

Las Empresas Sociales del Estado (ESE) del sector salud basan su competitividad en la calidad más que en el precio del servicio, lograr tal cometido en empresas del sector público exige de las mismas altos grados de compromiso y eficiente manejo empresarial, toda vez que compiten con otras instituciones, en un mercado de usuarios cada vez más informado.

Los antiguos hospitales públicos hoy convertidos en Empresas Sociales del Estado, tienen inmensas responsabilidades ante el individuo y la comunidad en general. Se les concibe como Instituciones Prestadora de Servicios de Salud, muy alejados del concepto de atención de beneficencia que se brindaba antes de la aparición de la ley 100 de 1993 (Sanchez Casarrubia, 2002, pág. 7).

De acuerdo con lo anterior las ESE son Empresas Sociales del Estado, con autonomía, patrimonio e ingresos propios, el hecho que sean públicas no les exime de gerenciarse como cualquier otra empresa privada hacia la maximización de la calidad total, sin embargo, la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal no logra tal cometido muy a pesar de sus ya próximos 19 años de creación.

Desde el punto de vista de la aplicación de la norma y teniendo en cuenta los plazos de cumplimiento, se generó la necesidad de evaluar la implementación y el aporte del modelo estándar de control interno y la norma técnica de calidad de la gestión pública – NTCGP 1000, en la E.S.E Centro de Salud Cartagena de Indias, bajo la mira de la eficiencia administrativa, la mejora del desempeño, la satisfacción de las necesidades de los clientes y el desarrollo organizacional.

En este trabajo se presenta el diseño de un programa de auditoría para la verificación de la conformidad del sistema integrado de gestión en la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal, de tal forma que aporte información que permita elaborar planes de acción para cerrar la

brecha entre la gestión que adelanta y los requisitos que se establecen tanto para MECI como para el SGC.

La implementación y diseño de dicho programa de auditoría de calidad permitirá evaluar el grado de cumplimiento de los requisitos de norma adoptada NTCGP y MECI, determinando la eficacia de las acciones que hasta el momento se hayan establecido para alcanzar los objetivos de calidad, evaluando si es necesario introducir mejoras en las actuaciones.

La estructura de este trabajo es el siguiente: el primer punto aborda la contextualización e incluye la definición del problema, los objetivos y la justificación; el segundo punto expone el marco teórico, conceptual, marcos legales e institucionales que guían el estudio, el tercer punto describe la metodología empleada para la realización del mismo, el cuarto y quinto punto hacen referencia al análisis de los resultados y conclusiones de la implementación de un programa de auditoría para la verificación de la conformidad del sistema integrado de gestión de calidad y control en la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal.

1. ESTADO DEL ARTE

1.1. Antecedentes

Partiendo del momento en el cual Colombia descentraliza varios sectores nacionales, entre ellos el sector salud, con el Decreto 77 de 1987 o Estatuto de Descentralización en Beneficio de los Municipios; a través del cual se empezó a otorgar a los municipios mayor autonomía en los recursos fiscales buscando fortalecer el progreso municipal. Esto trajo consigo la necesidad de trasladar progresivamente y de manera armónica las funciones a los municipios y a las entidades territoriales.

A partir de estos cambios, en el sector salud los hospitales sufren transformaciones y empiezan a concebirse bajo la mirada de Empresas Sociales del Estado- ESE, lo que les exige maximizar sus recursos desde lo financiero, basándose en el incremento de la demanda a través de la oferta de servicios de calidad para incrementar su participación en el mercado y así poder sostenerse.

Santa y Tono (1999), comentan que la situación para estas empresas no ha sido fácil y justifica la dificultad de las ESE para gerenciarse eficazmente frente a un cambio abrupto, “Primero, los hospitales debían poder transformar su cultura organizacional de una dependiente del gobierno, bajo el control de las autoridades gubernamentales, a una de proveedores de servicios de salud para los individuos, en abierta competencia por su negocio.

Segundo, los hospitales debían ser muy efectivos en la elaboración, presentación y recaudo de sus cuentas de servicios a los nuevos pagadores. Finalmente, los hospitales debían calcular sus costos de producción de servicios y analizar la correspondencia con las tarifas propuestas por sus pagadores” (Pág. 97). Situaciones que aún hoy no han sido logradas en la mayoría de las ESE del país y que no es diferente en la ESE Centro de Salud de Cartagena de Indias de Corozal

Al tiempo que se han reconocido estas dificultades se ha buscado trazar medidas que mejoren la capacidad gerencial de las ESE, por lo que se reconocen experiencias de mejoramiento de la capacidad de gestión empresarial y financiera de estas instituciones públicas; de acuerdo con Rodríguez (2006) “para la vigencia 2005, las 22 empresas sociales del Estado del Distrito Capital arrojaron un superávit por \$50,87 millones, con un crecimiento de 136% frente al año 2004. El patrimonio consolidado de los hospitales del Distrito también creció en un 45.4%”.

Las razones que explican que una ESE pueda ser sostenible empresarialmente son diversas, para García A. C. M., Rodríguez L. S. M. & Suárez P. K. V. (2011) afirma: “Con la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado se inicia un proceso de implementación de reformas que llevan a generar nuevos controles orientados a garantizar la sostenibilidad financiera de los hospitales. Esta exigencia con respecto a la gestión financiera y administrativa, está en conexión con la obligación de adoptar las normas relacionadas con el Sistema de Garantía de Calidad” (Pág. 844).

En efecto, desde el Estado mismo se han emitido desde leyes, vigilancia de los organismos de control, emisión de normas obligatorias, todas las cuales convergen en procesos de auditorías, que tiene como finalidad lograr implementar el costo-eficiencia en la prestación de los servicios de salud de las ESE. En este sentido se ha dicho, “entender a la auditoría como una herramienta de gestión de la calidad y, a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial, implica que la auditoría y la organización, así como los auditados deben conocer los elementos básicos que determinan las etapas crecientemente evolutivas que han caracterizado el desarrollo del arte, así como saber utilizar las metodologías e instrumentos propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas con sus condiciones específicas y adaptándolas de manera responsable y creativa” (Ministerio de la Protección Social, 2007, pág. 15).

Lo cierto es que las políticas de calidad centradas en el cliente/usuario están surtiendo efectos positivos, de ello dan cuenta las 28 IPS tanto públicas como privadas que han obtenido acreditación en el país, las cuales han debido surtir procesos de control de gestión, garantía de calidad para lograr los estándares de excelencia, por encima de los básicos establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGS).

A nivel local aún se dista de conseguir la acreditación de las ESE municipales, siendo las estadísticas desalentadoras, se conoce por ejemplo, que en Sucre, de los 402 puntos de atención a cargo de las distintas IPS, tanto públicas como privadas asentadas en el territorio, 339 de estas (88%) no reportaron indicadores de calidad (datos del segundo semestre de 2011), a pesar que *“el reporte de los indicadores de calidad en el país es de obligatorio cumplimiento y está dado por la normatividad vigente en la Circular Única, tanto para las IPS públicas y privadas”* (SUPERSALUD, 2011).

Urge entonces que quienes tienen bajo su responsabilidad cualquier injerencia en relación con la prestación del servicio de salud, reconozcan las dificultades, pero también que se cuenta con herramientas que pueden optimizar ese derecho a la salud “de calidad”. La ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal ha sorteado momentos difíciles, puede seguir haciéndolo enfocándose en la auditoría para el mejoramiento de la calidad como componente de mejoramiento continuo del Sistema Integrado de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, lo cual tiene implicaciones conceptuales y metodológicas que viene aplicando, pero que deberán mejorarse hasta convertirlas en parte de la cultura de gestión de la entidad.

1.2. Marco Teórico.

Para toda empresa, garantizar la calidad y los buenos resultados en sus operaciones, sea cual fuere su razón social, es una prioridad para su supervivencia dentro del mercado en que se desempeñe. De esto depende su posicionamiento, su imagen y sobre todo su sostenibilidad por la venta de sus productos o servicios las cuales aumentarán por la preferencia que los clientes tengan sobre estos, lo que está estrechamente relacionado a la satisfacción de los clientes.

Esta garantía de la calidad implica entonces la realización de mayores esfuerzos en gestión de procesos y en el control de los mismos; por lo tanto las empresas han adoptado mecanismos que si bien es cierto son necesarios para el buen manejo y desempeño empresarial, también son de obligatoria implementación para el caso de las empresas de carácter público en Colombia.

En la Administración Pública Colombiana se encuentran principalmente, dos herramientas gerenciales que orientan el buen desarrollo de la gestión pública de las entidades estatales: El Sistema de Control Interno y el Sistema de Gestión de Calidad. Ambos son instrumentos con un propósito central de contribuir al fortalecimiento continuo de la acción de las diversas organizaciones que las implementan, las cuales cuentan con elementos comunes o complementarios.

Identificar los elementos comunes en de ambos sistemas permite a la administración pública facilitar su gestión y evitar la duplicidad de esfuerzos. Si estas dos herramientas se articulan favorecerán y fortalecerán la capacidad administrativa, el desempeño institucional y la gestión de los recursos tanto humanos, como materiales y financieros.

Se puede decir que el sistema de Gestión de Calidad se centra en dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de satisfacción social a través del suministro de productos o la prestación de servicios a cargo de las entidades, a la administración y definición de acciones para la satisfacción del cliente y otras partes interesadas, y el mejoramiento de las entidades.

Por otra parte el Sistema de control Interno se orienta a la configuración de estructuras de control de la planeación, de la gestión, de la evaluación y seguimiento para lograr que las entidades cumplan los objetivos institucionales propuestos y que se contribuya a la consecución de los fines esenciales del Estado.

Por tanto, se resalta que estas herramientas gerenciales comparten algunos elementos y al implementarlas es posible el cumplimiento parcial o total de requisitos exigidos en ambos sistemas.

“Es necesario resaltar que la articulación entre estos sistemas está caracterizada por la adopción de un modelo basado en la gestión por procesos y la mejora continua de los mismos mediante la aplicación del ciclo PHVA (planear, Hacer, Verificar y Actuar)”, lo que facilita la identificación de esos elementos comunes. (Norma Técnica de calidad para la Gestión Pública NTGP 1000:2009-numeral 1.3).

El Departamento Administrativo de la función Pública, puso a disposición de la empresas del Estado el Modelo Estándar de Control Interno, cuyo propósito es servir como una herramienta gerencial para el control a la Gestión Pública, fundamentada en la cultura del control, responsabilidad y compromiso de la Alta Dirección para su implementación, y fortalecimiento continuo.

Su carácter genérico, brinda elementos de control estándar para todas las entidades, permitiendo su adaptación y el desarrollo de actividades para su implementación y fortalecimiento continuo de manera particular, según sus características, complejidad y dimensiones de la empresa. Proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo.

En este sentido, la empresa deberá tener claramente definida su plataforma estratégica para que a partir de esta o tomando como referencias los alcances que quiere lograr se pueda

determinar si los procesos que se ejecutan están dirigidos al logro de los objetivos empresariales o si por el contrario no se orientan en ese sentido, en cuyo caso existiría la necesidad de corregir las desviaciones.

Tal como señala la Ley 87 de 1993 se entiende por control interno “ el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una organización, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos”.

Quiere decir esto, que las organizaciones deberán expresar e incluir el control interno a través de la políticas que aprueben los niveles directivos y administrativos y este control se deberá cumplir en toda la escala de la estructura administrativa. Para esto es necesario que la empresa elabore y aplique técnicas de dirección, verificación y evaluación de regulaciones administrativas, de manuales de funciones y procedimientos, de sistemas de información y de programas de selección, inducción y capacitación de personal.

La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública- NTCGP, desarrollada hasta la versión actualizada NTCGP1000:2009, está dirigida a las entidades públicas, con el propósito de mejorar su desempeño y la capacidad de proporcionar productos y/o servicios que correspondan con las necesidades y expectativas de sus clientes. En virtud de lo dispuesto por esta Norma el sistema de gestión de calidad debe entonces desarrollarse y ponerse en funcionamiento en forma obligatoria en los organismos y entidades del Sector Central y del Sector Descentralizado por servicios de la Rama Ejecutiva del poder Público del orden Nacional.

El eje central de esta norma y su orientación se direcciona hacia un enfoque basado en procesos, el cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades

relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que hacen parte de un sistema conformado por procesos y productos y/o servicios que suministran. El sistema podrá integrarse al Sistema de Control Interno en cada uno de sus componentes definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

El Sistema de Gestión de Calidad de la NTCGP 1000 se fundamenta en el diseño de indicadores, los cuales permiten como mínimo, medir variables de eficiencia, de resultado y de impacto facilitando el seguimiento por parte de los ciudadanos y de los organismos de control, los cuales deberán estar a disposición de los usuarios o destinatarios ya que deberán ser publicados.

Aunque los sistemas de gestión de calidad proveen a las empresas de una valiosa herramienta para alcanzar su desarrollo; se requiere también de mecanismos de control que le permitan detectar fallas oportunamente y corregirlas. Es el Sistema de Control Interno, la herramienta en este sentido.

Tabla N° 1.

Sistema Nacional de Calidad en Colombia

Entidades Participantes Según Componente

		ACREDITACIÓN	AUTORIZACIÓN	CERTIFICACIÓN	NORMALIZACIÓN	METROLOGÍA
BIENES	AGROPECUARIOS	ICA	ICA	ICA	Min Agricultura ICA	ICA
	INDUSTRIALES	SIC		ICONTEC	Mincomercio, Mintransporte, Mincomunicaciones SIC, ICONTEC	SIC ICONTEC SENA
SERVICIOS	EDUCACIÓN	Consejo Nacional de Acreditación (C.N.A.) DANSOCIAL		C.N.A. DANSOCIAL	Min protección Social C.N.A. DANSOCIAL	
	MEDIO AMBIENTE	IDEAM			Min Ambiente IDEAM	IDEAM
	JUSTICIA	Instituto de Medicina Legal			Min interior	Instituto de Medicina Legal
	SALUD	ICONTEC	INS INVIMA	INVIMA ICONTEC	Min protección social ICONTEC, INS, INVIMA	INS INVIMA

Fuente: SENA, Material teórico curso Fundamentos para la Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad. 2015.

El Sistema de Control Interno busca que todas las actividades, operaciones y actuaciones de las entidades del sector público, así como la administración de la información y de los

recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes, con base en las políticas trazadas por la alta dirección, y de acuerdo con las metas u objetivos previstos.

Ambos sistemas han evolucionado en el tiempo, respondiendo a nuevas necesidades y requisitos, dichos cambios siempre han sido respaldados normativamente, es así como mediante la Ley 489 de 1998 nace el sistema de Desarrollo administrativo que busca fortalecer la capacidad administrativa y el desempeño institucional y para complementar este último aspecto, en diciembre de 2003 el congreso de la República expidió la Ley 872 por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad para ser desarrollado en forma obligatoria en los organismos y entidades. Todas estas disposiciones pretenden que la Administración pública sea cada vez más cercana al ciudadano y cumpla los fines propuestos con eficiencia, eficacia y calidad.

En la actualidad existen múltiples sistemas de gestión que tradicionalmente han sido enfocados en tres dimensiones básicas: la calidad, lo ambiental y la seguridad industrial y salud ocupacional. De otra parte y depende del sector, surgen sistemas específicos como el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud para las Empresas sociales del Estado (ESE). Y es por ello que al igual que en el MECI y el SGC, deberán establecerse los elementos comunes, que permitan la consolidación de sistemas integrados respetando las particularidades de cada organización.

Siendo MECI y SGC instrumentos que facilitan la gestión y el control y son un vehículo para alcanzar el logro de los objetivos propuestos se hace necesario identificar aspectos relacionados con los objetivos que cada uno de ellos persiguen para encontrar su correspondencia y de esta forma entender la complementariedad que existe entre ellos.

La teoría general de los sistemas de gestión, estudia las organizaciones como sistemas sociales inmersos en otros sistemas mayores, cuya dinámica y constante movimiento permiten su interrelación, de tal forma que se afectan mutuamente.

Un sistema de gestión y control integra elementos que se refieren a la realización y control de unas actividades coordinadas que incluyen políticas, objetivos, estrategias, estructura orgánica, procesos y procedimientos, desarrollo tecnológico y del talento humano de la entidad, orientados de manera coherente a la satisfacción del usuario, destinatario, beneficiario o ciudadano y a garantizar el cumplimiento de los objetivos trazados.

Debido a que la Calidad y el Control deben estar presentes en todas las áreas y procesos de la empresa, ambos sistemas (Sistema de Gestión de la calidad y el Modelo Estándar de control Interno) integran todos los aspectos de la organización. Su Implementación implica contar con una organización sistémica que permita el desarrollo constante, la cual será medida básicamente en términos de satisfacción social en la prestación de los servicios misionales.

Ambas herramientas (Modelo Estándar de Control Interno como la Norma Técnica de Calidad NTCGP1000), tienen un comportamiento sistemático, es decir, que sus componentes deben considerarse de manera secuencial y lógica: Para que se dé una actividad se requiere que otra actividad se haya realizado.

Las normas que los definen (SGC y Control Interno) tienen elementos comunes que ayudan a alcanzar los objetivos específicos de cada sistema con procesos de mejoramiento continuo si se aplican de manera organizada y coordinada, permitiendo no sólo el cumplimiento de la obligación legal de su implementación, sino que también ayuda a las entidades al cumplimiento de sus objetivos en el marco de las normas constitucionales y legales vigentes, con el fin de lograr la satisfacción de las necesidades, expectativas y requisitos de los clientes y partes interesadas.

En la siguiente tabla se presenta un comparativo conceptual tanto de MECI como del SGC, los cuales fueron concebidos de manera individual, pero con el transcurso del tiempo, por su operación, se deben armonizar tanto del punto de vista de la práctica, como desde lo conceptual.

Tabla N° 2.

Análisis Conceptual Comparativo MECI- SGC

ANÁLISIS CONCEPTUAL COMPARATIVO		
CONCEPTO NTCGP 1000	CONCEPTO MECI	OBSERVACIÓN
Proceso: Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor, y que transforman elementos de entrada en resultados.	Proceso: Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor, y que transforman elementos de entrada en resultados.	El concepto es entendido de la misma manera en ambos sistemas.
Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.	Procedimiento: Es el conjunto de especificaciones, relaciones y ordenamiento de las tareas requeridas, para cumplir con las actividades de un proceso. Establece los métodos para realizar las tareas y, la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades.	La definición planteada en el MECI, presenta un mayor detalle de la definición de procedimiento, al explicitar los elementos que como mínimo deben concurrir para la existencia del mismo. No obstante en ambas definiciones el concepto se relaciona con el qué hacer y la forma detallada de realizar un proceso.
Cliente: Organización, entidad o persona que recibe un producto o servicio.	Cliente: no se relaciona puntualmente, se habla de ciudadano y comunidad.	Este concepto es explícito en la NTCGP 1000, mientras que en MECI se habla de ciudadano y comunidad; en ese orden de ideas, para efectos de la armonización, es pertinente el uso del concepto CLIENTE, contenido en la norma NTCGP 1000, que incluye a los destinatarios, usuarios o destinatarios.
Alta dirección: Persona o grupo de personas que dirigen y controlan, al más alto nivel una entidad.	Alta dirección: No se relaciona puntualmente.	En MECI no se relaciona puntualmente el concepto; sin embargo este se puede asociar con el estilo de dirección y el compromiso de la Alta dirección, los cuales se relacionan directamente en el concepto desarrollado en la Norma Técnica de Calidad.

<p>Auditoría interna: Proceso sistemático independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna.</p>	<p>Auditoría interna: elemento de control, que permite realizar un examen sistemático, objetivo e independiente, de los procesos, actividades, operaciones y resultados de una entidad pública; así mismo, permite emitir juicios basados en evidencias sobre los aspectos más importantes de la gestión, los resultados obtenidos y la satisfacción de los diferentes grupos de interés.</p>	<p>Si bien ambos sistemas destacan el concepto, el MECI, como sistema de control interno en el que la Evaluación Independiente es llevada a cabo por la oficina de control interno y los entes de control, brinda mayores elementos dentro de la definición.</p>
<p>Acción correctiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la (s) causas de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.</p>	<p>Acción correctiva: No se relaciona puntualmente.</p>	<p>En MECI no es explícito; sin embargo se plantea como un objetivo de la auditoría interna y se enuncia como un fin de los planes de mejoramiento.</p>
<p>Acción preventiva: conjunto de acciones tomadas para eliminar la (s) causa (s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.</p>	<p>Acción preventiva: No se relaciona puntualmente.</p>	<p>Aunque en el MECI no es explícita, se relaciona con el componente “Administración del Riesgo” ya que de acuerdo con la Norma NTCGP 1000, los mapas de riesgo constituyen una herramienta para determinar acciones preventivas.</p>
<p>Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.</p>	<p>Eficiencia. Establece la relación entre los costos de los insumos y los productos de procesos; determina la productividad con la cual se administran los recursos, para la obtención de los resultados del proceso y el cumplimiento de los objetivos.</p>	<p>Este concepto aplica para ambos sistemas.</p>
<p>Eficacia: grado en que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.</p>	<p>Eficacia: Mide el grado de cumplimiento de los objetivos definidos en el modelo de operación</p>	<p>Este concepto aplica para ambos sistemas.</p>
<p>Efectividad: Mide el impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.</p>	<p>Efectividad: (impacto): Mide la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía o las partes interesadas.</p>	<p>Este concepto es aplicable a ambos sistemas.</p>

Fuente: Guía Armonización Modelo Estándar...DAFP- Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D:C. 2007

Se puede decir que los principios del MECI, son un complemento que engrana perfectamente en la aplicación de los principios de la calidad, que se despliegan a lo largo de cada uno de los numerales de la norma, y se convierten en los cimientos para el logro de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios; permiten la generación de una cultura organizacional que posibilita una eficiente y eficaz gestión, tanto en la dirección estratégica de la entidad, como en el desarrollo de los procesos que lleva a cabo en su interior, para el cumplimiento de sus objetivos constitucionales y legales.

Los sistemas de gestión y control, para su desarrollo, deben seguir una secuencia en la práctica en la que entra a jugar un papel importante el ciclo Deming o ciclo PHVA. En este sentido lo primero que se debe establecer es el camino, es decir la definición de políticas y el establecimiento de un plan de acción, lo que se denomina Planear. Estos lineamientos deben llevarse a la práctica y es allí donde surge el Hacer. Una vez puesto en marcha lo planeado, se debe evaluar y monitorear el grado de cumplimiento de los planes establecidos, situación que da origen al Verificar que, de acuerdo a los resultados obtenidos, debe implementar acciones correctivas o de mejoramiento, lo cual corresponde al Actuar.

En el Sistema de Gestión de Calidad, la planeación estratégica de la calidad hace parte de la planeación estratégica de la entidad; a partir de la identificación de las necesidades de los usuarios, del establecimiento de directrices de calidad, de la configuración de una política de calidad, la definición de los objetivos de la calidad, y terminar con la definición de indicadores y planes de acción que permiten satisfacer, justamente, esas necesidades identificadas. En el MECI, el planear busca establecer las bases necesarias para que el control sea una práctica cotidiana en las entidades públicas, donde se monitoree la planificación y su ejecución efectiva.

En la etapa del Hacer, se materializan los procesos, se controla y se genera nuevo conocimiento. Los dos sistemas tienen en cuenta que la operación no solamente hace referencia a los formalismos documentados que están contenidos en manuales, si no que se convierte en la forma de hacer las cosas.

La Evaluación es transversal para los dos sistemas, ya que para establecer el grado de cumplimiento y la conformidad tanto de los requisitos como de los elementos, ambos sistemas utilizan el seguimiento, la medición y la verificación; constituyéndose en mecanismos evaluativos.

Y por último el Actuar, en el que se formulan correcciones a las desviaciones encontradas tanto en la dirección, en la gestión y en los resultados. Esto permite generar cambios en la cultura organizacional la cual se enfocará de esta forma al mejoramiento continuo y al cumplimiento de los objetivos institucionales a través de la toma de acciones preventivas y correctivas acertadas.

Ambos sistemas plantean el mejoramiento continuo como un elemento esencial, que se alimenta de diferentes insumos, entre los cuales están: los indicadores de gestión, las quejas, los reclamos y las auditorías internas.

En virtud de lo anterior se pueden considerar que la formulación e implementación de planes de mejoramiento continuo se convierten en el sustento que genera la aplicación de ambos sistemas y que le sirve de base a los directivos para la toma de decisiones que promuevan el fortalecimiento empresarial.

1.3 Marco Conceptual.

Auditoría: Es la herramienta de gestión efectiva usada para examinar procesos y actividades y determinar si se ajustan a las normas y procedimientos y si existen oportunidades de mejora.

Auditoría de la calidad: Examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad cumplen las disposiciones previamente establecidas, y si estas disposiciones se llevan a cabo en forma efectiva y son adecuadas para alcanzar los objetivos establecidos (Guajardo Garza, 1996, pág. 103).

Auditoría de concordancia o conformidad: Se realizan para comprobar la conformidad con la legislación o con normas obligatorias; evalúa la eficiencia de la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad, compara los procedimientos generales con la norma, para efectos del presente proyecto del sistema integrado de gestión de la NTCGP 1000:2009 y MECI 1000:2005.

Auditoría interna: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad con los requisitos establecidos y que se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva (ICONTEC, 2010, pág. 9).

Autocontrol: Capacidad que deben desarrollar todos y cada uno de los servidores públicos de la organización, independientemente de su nivel jerárquico, para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos de manera oportuna para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2014).

Sistema de Control Interno: De acuerdo con la Ley 87 de 1993 el Sistema de Control Interno es aquel integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos (ICONTEC, 2010, pág. 4).

Sistema Integrado de Gestión y Control: Sistema que articula de manera armónica y complementaria el Modelo Estándar de Control Interno - MECI 1000:2005 y la Norma Técnica de Calidad - NTCGP1000:2009, conforme a los lineamientos establecidos en la normatividad aplicable para el Sistema de Control Interno y el Sistema de Gestión de la Calidad respectivamente. Dentro de este sistema se podrá ir ingresando o articulando otros sistemas de acuerdo con la normatividad vigente y acorde con las necesidades o complejidad de las entidades (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2014).

Sistema de Gestión de la Calidad: Un sistema de gestión de la calidad es la forma como una organización realiza la gestión empresarial asociada con la calidad. En términos generales consta de la estructura organizacional junto con la documentación, proceso y recursos que emplean para alcanzar los objetivos de calidad y cumplir con los requisitos del cliente (Cañas, Atehortúa, & Orrego, 2005, pág. 9).

Empresas Sociales del Estado (ESE): “Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por Ley, o por las asambleas o concejos” (Decreto 1876 de 1994).

Ley: Es una norma jurídica la cual es expedida o dictada por el legislador. Tiene carácter imperativo-atributivo, es decir, que por una parte establece obligaciones o deberes jurídicos y por

la otra otorga derechos. Esto significa que siempre hay una voluntad que manda, que somete, y otra que obedece. La ley impone sus mandatos, incluso en contra de la voluntad de sus destinatarios. Su incumplimiento da lugar a una sanción, a un castigo impuesto por ella misma (Universidad ICESI, 2009).

Decreto: Es un acto administrativo el cual es expedido en la mayoría de ocasiones para situaciones de urgente necesidad es por el poder ejecutivo y, generalmente, posee un contenido normativo reglamentario, por lo que su rango es jerárquicamente inferior a las leyes (Universidad ICESI, 2009).

Norma: Esta puede llegar a ser dictada por cualquier autoridad según sea el caso, la cual intenta controlar el comportamiento humano, estableciendo derechos y deberes, en donde se le da un valor a esta y si se llegara a su incumplimiento se aplicará una sanción (Universidad ICESI, 2009).

Verificación: Confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva, de que se han cumplido los requisitos especificados (ICONTEC, 2010, pág. 15)

1.4 Marco Legal

Dentro del marco legal que regula los sistemas a integrar se encuentran:

1.4.1. Sistema de Control Interno MECI 1000: 2005.

Constitución Política de Colombia de 1991. Art. 209: La función administrativa está al servicio de los intereses generales; Art. 269: En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno.

Ley 87 de 1993. Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.

Decreto nacional 2145 de 1999. Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las entidades y organismos de la administración pública de orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones con el fin de que de manera armónica, dinámica, efectiva, flexible y suficiente se fortalezca el cumplimiento cabal y oportuno de las funciones del Estado.

Decreto nacional 1599 de 2005. Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno 1000:2005, el cual determina las generalidades y la estructura necesaria para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Control Interno en todos los organismos y entidades de las Ramas del Poder Público, en sus diferentes órdenes y niveles y se constituye en una herramienta de gestión que permite establecer las acciones, las políticas, los métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, control, evaluación y de mejoramiento continuo de la entidad pública.

1.4.2. Sistema de Gestión de la Calidad (NTCGP 1000:2009).

Ley 872 de 2003. Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.

Decreto 4110 de 2004. Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004.

Decreto 4485 de 2009. Por medio la de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009.

1.4.3. Otras disposiciones normativas en relación

Ley 734 de 2002. Por la cual se expide el Código Disciplinario Único, el cual en su Artículo 34, describe los deberes de todo servidor público: Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de Derecho Internacional Humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente.

Ley 190 de 1995. Por la cual se dictan normas para preservar la moralidad en la administración pública y erradicar la corrupción administrativa, se integrarán a este código de la siguiente manera:

1. Cumplir con diligencia, eficiencia e imparcialidad el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o perturbación injustificada de un servicio esencial, o que implique abuso indebido del cargo o función.
2. Formular, decidir oportunamente o ejecutar los planes de desarrollo y los presupuestos, y cumplir las leyes y normas que regulan el manejo de los recursos económicos públicos, o afectos al servicio público.

Ley 1562 de 2012. Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.

Ley 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

Decreto 1377 de 2013. Reglamenta aspectos relacionados con la autorización del Titular de información para el Tratamiento de sus datos personales, las políticas de Tratamiento de los Responsables y Encargados, el ejercicio de los derechos de los Titulares de información, las

transferencias de datos personales y la responsabilidad demostrada frente al Tratamiento de datos personales, este último tema referido a la rendición de cuentas.

Ley 594 de 2000. Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.

Decreto 2578 de 2012. Por el cual se reglamenta el Sistema Nacional de Archivos, se establece la Red Nacional de Archivos, se deroga el Decreto número 4124 de 2004 y se dictan otras disposiciones relativas a la administración de los archivos del Estado.

1.5. Marco Institucional

Contexto institucional

El municipio de Corozal tiene una ESE de carácter municipal que presta servicios de primer nivel de atención denominada ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal (Ministerio de Hacienda, 2012, pág. 2).



Figura 1. Instalaciones de la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal.

Fuente: Fotografía tomada por los autores del presente trabajo.

- **Localización.** La ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal se encuentra ubicada en la Calle 30#22-04, Corozal, Sucre. Teléfono: 2844832. **Área:** Urbana
- **Carácter:** IPS
- **Servicio que ofrece:** Servicios de salud de baja complejidad.
- **Población objetivo:** COROZAL

La ESE Centro de Salud Cartagena de Indias cuenta con sedes en la zona urbana y en los corregimientos. En la cabecera municipal se cuenta con la sede principal ubicada en el barrio Cartagena de Indias y dos Centro de salud: La Macarena y Zona Norte, ubicados en barrios que llevan el mismo nombre.

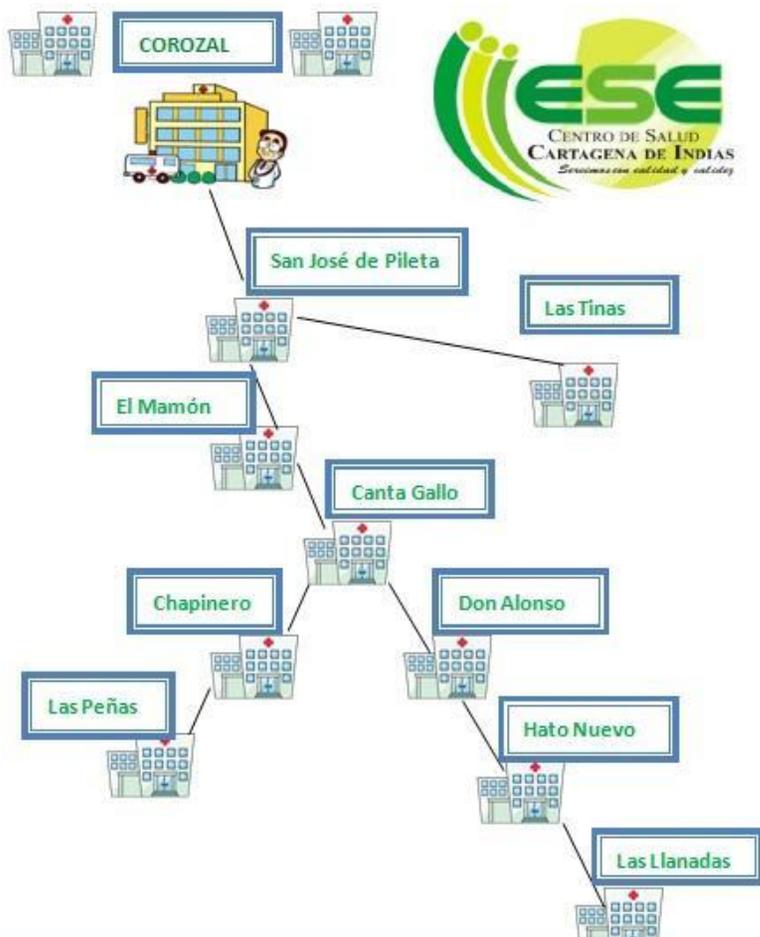


Figura N°2. Cobertura de la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal.

Fuente: ESE Cartagena de Indias

En la zona rural cuenta con Puestos de Salud en los corregimientos de Hato Nuevo, El Mamón, San José de Pileta, Las Tinas, Canta Gallo, Las Peñas, Chapinero, Don Alonso y Las Llanadas.

“El Municipio de Corozal (Sucre) [en el cual tiene asiento la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal] es un municipio no certificado en el sector salud que desarrolla competencias de dirección del sector, acciones de salud pública y de aseguramiento de la población a través de una Oficina de Coordinación en Salud” (Ministerio de Hacienda, 2012, pág. 1).

La Empresa Social del Estado, E.S.E Centro de Salud Cartagena de Indias, está identificada con el NIT 823.000.878-5, creada mediante el Decreto N°. 389 del 27 de Noviembre de 1995 dentro del proceso de descentralización del municipio de Corozal, inmerso en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud que establece la ley 100 de 1993 y el Decreto 1876 de 1994 que Reglamentan las Empresas Sociales del Estado.– Sucre (Alcaldía de Corozal, 2012).

Portafolio de Servicios de la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias son:

- Vacunación
- Atención odontológica
- Laboratorio clínico
- Toma y lectura de citología
- Promoción y prevención
- Referencia y contrarreferencia
- Atención de enfermería
- Procedimientos menores
- Acciones extramurales
- Observación y hospitalización

- Consulta de medicina general
- Fisioterapia y terapia respiratoria
- Sala de parto y atención a recién nacido

La ESE Hospital Regional de Nuestra Señora de la Mercedes de Corozal es el centro de referencia que presta servicios de mediana complejidad para las ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal (SUPERSALUD, 2012, pág. 72).

La ESE tiene contratos de prestación de servicios vigentes por la modalidad de Capitación, así mismo tiene contrato con el Departamento de Sucre, quien administra los recursos destinados a la Población Pobre No Asegurada (PPNA), de esta municipalidad. Así se desprende de su informe de gestión para la vigencia de 2013 “la E.S.E Centro Salud Cartagena de Indias, tiene la contratación para prestar los servicios de salud en el Primer Nivel con 08 entidades Promotoras de Salud que se encuentran instaladas en el Municipio de Corozal, la Gobernación del Departamento de Sucre por medio de convenio para la atención a la población pobre y vulnerable (...) para ello se cuenta con una base de datos enviadas por las EPS (ESE Centro de Salud Cartagena de Indias, 2013, pág. 15).

2. METODOLOGÍA

2.1. Enfoque.

Considerando las características descritas en el marco teórico y la evaluación de la implementación del Modelo Estándar de Control Interno y el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad en la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias, seleccionada por su representación como la única Institución de naturaleza pública que ofrece servicios de salud de baja complejidad en el municipio de Corozal. Se consideró la investigación cualitativa para abordar este tema, el cual se combinó con los métodos de estudio descriptivo y el estudio de caso; que permitieron ahondar en las especificidades de cada área de la ESE.

2.2. Tipo de Estudio

La investigación se enmarca en la naturaleza de un proyecto de aplicación práctica, de tipo descriptivo-cualitativo, se nutre de información documental y de campo a partir de la inspección.

2.3. Población

Es aquella población susceptible de ser atendida en la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal y que habita en el municipio, la cual, según el Plan de Desarrollo Municipal 2012 – 2015, es para el año 2012 de 63.149 habitantes. “Respecto al total de la población el 24% corresponde a población con capacidad de pago asegurada en el régimen contributivo, 74% a población asegurada en el régimen subsidiado y 2% se presume es población sin afiliación”.

2.4. Muestra

La unidad de análisis corresponde a la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal, en la cual se realiza una auditoría a los procesos de control interno, jurídica, coordinación de servicios de salud y subgerencia administrativo-financiera, dependencias de

segundo nivel en la jerarquía administrativa de la ESE, encargadas de una prestación de un servicio de calidad a la población de Corozal.

2.5.Lugar

ESE Centro de Salud Cartagena de Indias, sede urbana principal, ubicada frente la plaza principal, en la Calle 13 No. 22 – 30.

2.6.Instrumentos para la Recolección de la Información

Observación directa. Se utilizaron técnicas como la observación directa a través de visita a la institución, entrevista informal a empleados y directivos, inspección de los procesos y procedimientos en cada dependencia.

Información secundaria. La información secundaria tomó en cuenta aquellos elementos de planificación estratégica de la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal como el Manual de Calidad, mapa de procesos, caracterizaciones, procedimientos, planes de gestión, sistema de comunicación e información, normatividad relacionada con los procesos objeto de auditoría, ciclos de mejora. Todo esto contrastado con los 29 elementos del MECI 2005 y los elementos de la NTCGP 1000:2009 (capítulos 4 al 8) a modo de checklist (lista de verificación) de cumplimientos de norma.

Auditoría. Se planeó una auditoría que tomó en cuenta el ciclo PHVA, la cual fue llevada a cabo directamente a la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal, donde se pudo indagar información de interés para el estudio, siguiendo las siguientes fases:

- 1. Plan de auditoría:** Documento que contiene el objetivo de la auditoría, alcance, criterios normativos, metodología a emplear, plan de trabajo y papeles de trabajo.

- 2. Ejecución de la auditoría:** Implicó la visita a la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal, donde se recopiló la información contenida en el plan de auditoría a partir del cual se genera un programa de auditoría.

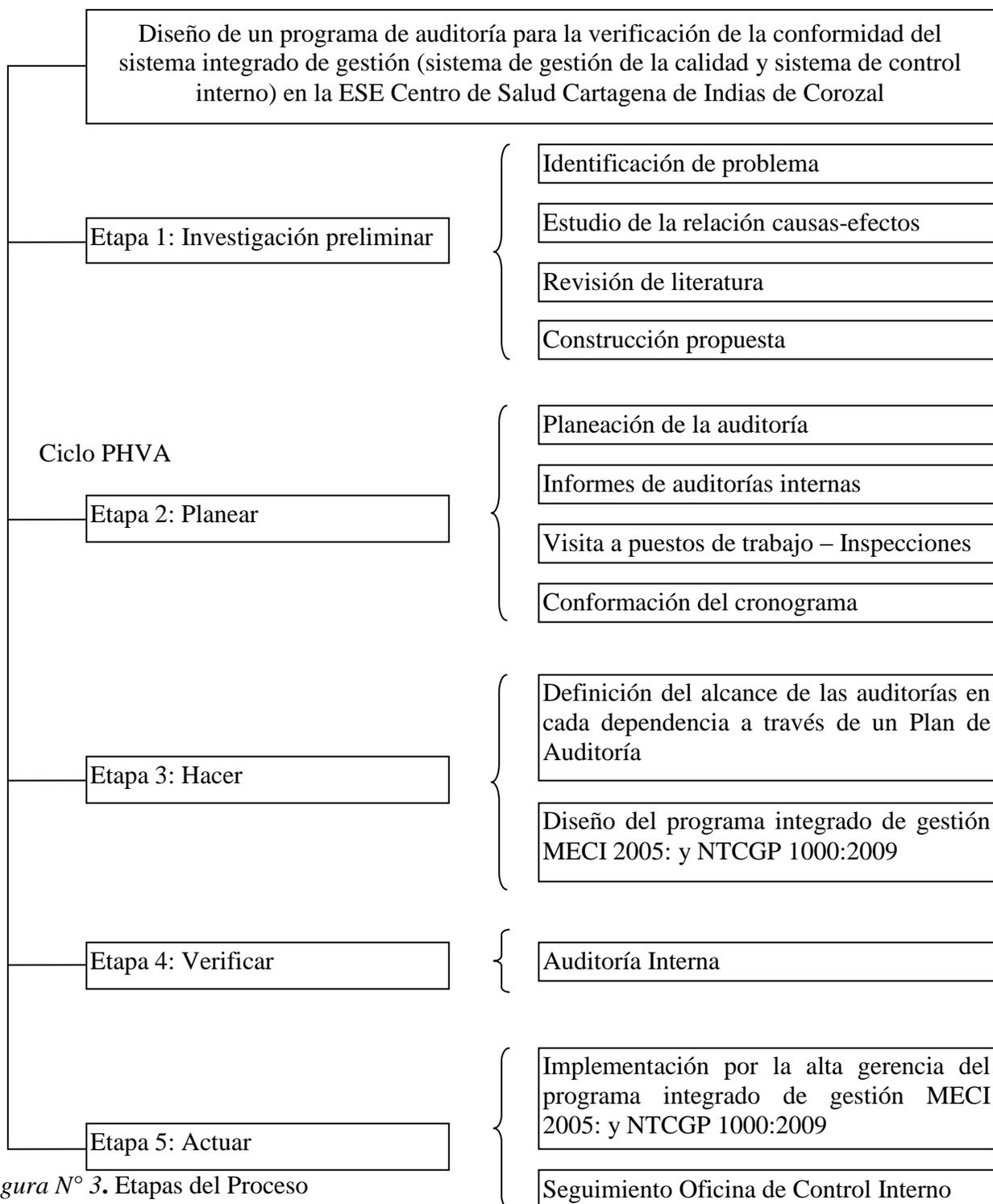


Figura N° 3. Etapas del Proceso

Fuente: Grupo de Trabajo

2.7. Procesamiento y Análisis de la Información

Para obtener la información acerca de cómo la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal aplica el sistema de gestión de la calidad y sistema de control interno (sistema integrado de gestión), se planeó una auditoría a través de la cual se recopiló información de cada dependencia (control interno, jurídica, coordinación de servicios de salud y subgerencia administrativo-financiera) anotándose los hallazgos encontrados y tomando atenta nota del contexto en el cual se dan los mismos, información que es registrada en un informe de auditoría.

Previo a la auditoría fue necesario el diseño de un Plan de Auditorías que da cuenta del alcance de la auditoría para cada dependencia (control interno, jurídica, coordinación de servicios de salud y subgerencia administrativo-financiera), información que en conjunto viene a conformar el programa de auditoría.

Para la verificación de requisitos de norma se diseñaron dos formatos, uno corresponde a una Matriz que contiene los 29 elementos del MECI a modo de lista de chequeo que permite valorar el cumplimiento de los requisitos del Modelo Estándar de Control Interno; el otro formato corresponde a la Matriz NTCGP 1000:2009 que al igual que el anterior permite chequear el cumplimiento de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública (capítulos 4 al 8). Estas herramientas, por separado o en conjunto, permiten procesar y analizar la información e integrarla o armonizarla en aquellos aspectos comunes.

Planeación de la auditoría (Formato Excel). Mediante el siguiente Plan de Auditorías, que es el documento que se emitió días antes de realizar cada una de las auditorías, en el que se indica más detalladamente cómo se va a realizar ésta a las distintas dependencias bajo evaluación.

Tabla 3.

Programa de auditoría.

	Datos	
Objeto de Auditoría	La auditoría a realizar tiene por objeto determinar el grado de conformidad del Sistema Integrado de Gestión con respecto a las normas de referencia. MECI 1000:2005 y NTCGP	
Alcance de la Auditoría	La evaluación a llevar a cabo por el equipo evaluador, se referirá a las actividades de “Verificación de la conformidad del Sistema Integrado de Gestión”, afectando a los procesos de la E.S.E. Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal.	
Equipo Auditor	Auditor Jefe	Eliana Milena Mercado Cochero
	Audidores	Miladys del Socorro Suarez Medina Edwin Santiago Alvarado Bravo
Criterio de Auditoría	MECI 1000:2005 y NTCGP 1000:2009	
Otra Información necesaria	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Manual de gestión ❖ Procedimiento e instrucciones normativas ❖ Documentos y registros generados por el Sistema de Gestión 	
Representante de auditado	Dependencia / Proceso	Control Interno
	Nombre	Ana Luisa Mercado Mercado
Calendario de auditorías y horario	Día	11/08/2014
	Hora	8:00 am – 1200 m
Lista de distribución del informe de auditoría	Se elaborara un informe de la auditoría y se entregará a la gerencia de la empresa en un plazo no superior a una semana desde su finalización	

El Programa de Auditoría se diseñó en una hoja de cálculo de Excel, donde cada pestaña es el Plan de una Dependencia o Proceso como se observa en la Tabla 3, y así en un sólo archivo se tienen todos los Planes de auditoría de todos las dependencias de primer nivel de la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal auditados.

El contenido del Plan de Auditoría es el siguiente:

- **Objeto de la auditoría:** Busca que todas las partes implicadas conozcan el fin perseguido con la auditoria en relación a la verificación de la conformidad del sistema de gestión de la calidad.
- **Alcance de la auditoría:** Informa a las partes implicadas los límites dentro de los cuales se desarrolla la auditoría.
- **Equipo auditor:** Se identifica a la auditora jefe como a la auditora de apoyo.
- **Criterio de auditoría:** Menciona las normas y documentos internos o de ley que se usan como referencia para el desarrollo de la auditoría.
- **Otra información necesaria:** Prevé el uso previo de documentos a disposición del equipo auditor (por ejemplo, listados de documentos, equipos, personal, dirección de las instalaciones, etc.).
- **Representantes de oficina o área auditada:** Se señala el nombre de la persona responsable de la dependencia auditada.
- **Calendario de auditoría y horario:** Indica la fecha y hora para la ejecución de la auditoría.
- **Lista de distribución del informe de auditoría:** Se indica a quien se allega la auditoria y los plazos para la entrega del informe.

2.7.1 Programa de auditoría (Formato Excel).

El conjunto de planes de auditoría de las dependencias de la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal junto a la Matriz MECI y Matriz NTCGP, conforman el programa de auditoría.

En el cuadro presentado a continuación, trabajo en Excel, se expone el Sistema Integrado de las normas NTC 1000:2009 y MECI 2005 de manera armonizada, es decir, estas normas contienen elementos comunes, entonces para facilitar la evaluación de aquellos aspectos en los que son coincidentes se organizaron los elementos a evaluar listados y diferenciándolos por color, así se podrá encontrar elementos a evaluar para solo una de las normas o para ambas al tiempo (en los aspectos en que concuerdan).

Al frente del listado de requisitos de norma se establece una división de las áreas auditadas para la verificación de la conformidad del sistema integrado de gestión que permite valorar el cumplimiento de cada elemento normativo para cada una de las dependencias bajo auditoría.

3. RESULTADOS

El conjunto de planes de auditoría de las dependencias de segundo nivel de la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal junto a la Matriz MECI y Matriz NTCGP, conforman el programa de auditoría.

En el cuadro presentado a continuación, trabajado en Excel, se expone el Sistema Integrado de las normas NTC 1000:2009 y MECI 2005 de manera armonizada, es decir, estas normas contienen elementos comunes, entonces para facilitar la evaluación de aquellos aspectos en los que son coincidentes se organizaron los elementos a evaluar listados y diferenciándolos por color, así se podrá encontrar elementos a evaluar para solo una de las normas o para ambas al tiempo (en los aspectos en que concuerdan).

Al frente del listado de requisitos de norma se establece una división de las áreas auditadas para la verificación de la conformidad del sistema de integrado de gestión que permite valorar el cumplimiento de cada elementos normativo para cada una de las dependencias bajo auditoría.

3.1 Sistema Integrado NTCGP 1000:2009 – MECI 2005

PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

ESE CENTRO DE SALUD CARTAGENA DE INDIAS DE COROZAL

Fecha: 4 DE AGOSTO DE 2014

AUDITOR LÍDER: **ELIANA
MILENA MERCADO
COCHERO**

AUDITORES DE APOYO:
**MILADYS DEL SOCORRO
SUAREZ MEDINA
EDWIN SANTIAGO
ALVARADO BRAVO**

CONVENCIONES

NTCGP 1000:200 9	MECI 2005	Componente a evaluar para una de las norma o ambas
------------------------	--------------	--

CRITERIO DE AUDITORÍA				SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	ÁREAS							
NT CG P 100 0:2 005	MECI 2005				Control interno	Jurídica		Coord. Servicios de salud		Subgerencia administrativa		
Capítulo	Elementos comunes			Requisitos	Cumplimiento (sí/no)	Evidencias y observaciones	Cumplimiento (sí/no)	Evidencias y observaciones	Cumplimiento (sí/no)	Evidencias y observaciones		
4.	Subsistema	Componente	Elementos	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD								
4.1	Control Estratégico	Direccionamiento Estratégico	2.2 Modelo de operación	REQUISITOS GENERALES								
	2.2.1	En la Entidad tiene debidamente identificados los Macroprocesos y procesos de sus áreas misionales y de apoyo.		¿Se encuentran identificados los procesos del sistema?	Sí		Sí		Sí		Sí	
	2.2.2	Los Macroprocesos, procesos, subprocesos que se desarrollan en la Entidad, tienen coherencia con los propósitos consignados en el Mandato Constitucional.		¿Se identifican y controlan los procesos subcontratados externamente?	Sí		Sí		Sí		Sí	
	2.2.3	Los procesos y procedimientos están directamente relacionados con los objetivos Institucionales.			Sí		Sí		Sí		Sí	
	2.2.4	Existe armonía entre el objetivo de los procesos y el conjunto de planes			Sí		Sí		Sí		Sí	

		y programas que rigen en la Entidad.									
4.2				REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN							
4.2.1				Generalidades							
				¿Existe un documento de política de calidad?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Existe un documento de objetivos de calidad?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Existe un manual de calidad?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Existen procedimientos documentados exigidos por la norma y necesarios para el desarrollo del sistema?	Sí		Sí		Sí		Sí
4.2.2	Control Estratégico	Administración del Riesgo	3.1 Contexto estratégico	Manual de Calidad							
	3.1.1	La Entidad ha adoptado la metodología de Administración de Riesgos y ésta hace parte del Sistema de Control Interno.		¿El manual incluye el alcance del sistema de gestión de la calidad?	Sí		Sí		Sí		Sí
	3.1.2	Los funcionarios identifican los riesgos asociados a los procesos o procedimientos que se desarrollan en la dependencia.		¿El manual incluye las exclusiones del apartado 7 y su justificación?	Sí		Sí		Sí		Sí
	3.1.3	En la dependencia se tienen identificados las fortalezas y debilidades en la definición de los Planes y programas que adelantan.		¿El manual incluye o cita a todos los procedimientos documentados?	Sí		Sí		Sí		Sí
	3.1.4	Los funcionarios son conscientes de las posibles consecuencias que se pueden derivar por no saber administrar los riesgos.		¿El manual de calidad incluye la interacción de los procesos?	Sí		Sí		Sí		Sí

Control Estratégico	Administración del Riesgo	3.2 Identificación de riesgos								
3.2.1	En la Entidad se ha aplicado la metodología de Identificación de Riesgos en los macroprocesos, procesos y actividades que conforman el Modelo de Operación.		Sí		Sí		Sí		Sí	
3.2.2	Se ha realizado una descripción de los riesgos que afectan los macroprocesos, procesos y actividades que conforman el Modelo de Operación de la Entidad.		Sí		Sí		Sí		Sí	
3.2.3	Existe una identificación precisa de los efectos de cada riesgo en los procesos que adelanta la dependencia.		Sí		Sí		Sí		Sí	
3.2.4	Los funcionarios son conocedores de la necesidad de adoptar un plan de manejo de riesgos en la entidad.		Sí		Sí		Sí		Sí	
Control Estratégico	Administración del Riesgo	3.3 Análisis de riesgos								
3.3.1	En la dependencia se hace seguimiento al plan de manejo de riesgos y se aplican los correctivos.		Sí		Sí		Sí		Sí	
3.3.2	La alta dirección a través de los diferentes mecanismos establece medidas que mitigan los riesgos en la Entidad.		Sí		Sí		Sí		Sí	
3.3.3	Los funcionarios		Sí		Sí		Sí		Sí	

		cumplen con el deber de evaluar los riesgos y proponen las acciones de mejoramiento para disminuirlos.								
	3.3.4	Se realiza seguimiento a la efectividad de los controles existentes para evitar los riesgos.		Sí		Sí		Sí		Sí
	Control Estratégico	Administración del Riesgo	3.4 Políticas de administración de riesgos							
	3.4.1	Existe coherencia entre las políticas de Administración de Riesgos con los lineamientos normativos que rigen la Entidad.		Sí		Sí		Sí		Sí
	3.4.2	La Entidad tiene definido un plan para el manejo de los riesgos.		Sí		Sí		Sí		Sí
	3.4.3	La dependencia conoce su plan de manejo del riesgo y efectúa una revisión periódica.		Sí		Sí		Sí		Sí
	3.4.4	Los funcionarios son conocedores de la necesidad de adoptar un plan de manejo de riesgos en la entidad.		Sí		Sí		Sí		Sí
4.2.3			Control de los documentos							
			¿Existe un procedimiento documentado para el control de documentos?	Sí		Sí		Sí		Sí
			¿Existe una metodología documentada adecuada para la aprobación de documentos?	Sí		Sí		Sí		Sí
			¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de	No		Sí		Sí		Sí

				aprobación?							
				¿Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de revisión y actualización?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Existe una metodología documentada adecuada para la identificación de los cambios de los documentos y el estado de la versión vigente?	Sí		Sí		No		Sí
				¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de identificación de cambios y estado de revisión?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Existe una metodología documentada adecuada para la distribución de los documentos que los haga disponibles en los puestos de trabajo?	Sí		Sí		Sí		No
				¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de distribución de documentos?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Los documentos son legibles e identificables?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Se han identificado documentos de origen externo y se controlan y distribuyen	Sí		No		Sí		Sí

				adecuadamente?							
				¿Existe una metodología adecuada para evitar el uso de documentos obsoletos?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Los documentos obsoletos han sido tratados según la metodología definida?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Los listados de documentos existentes se encuentran correctamente actualizados?	Sí		Sí		Sí		Sí
4.2. 4				Control de los registros							
				¿Existe un procedimiento documentado para el control de los registros?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Existe una metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros?	Sí		No		No		No
				¿Los registros revisados cumplen con esta metodología?	Sí		No		No		No
				¿El procedimiento describe la conservación y protección de registros en formato digital?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Se realizan copias de seguridad de los registros informáticos?	Sí		Sí		Sí		Sí
5.				RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN							
5.1	Control Estratégico	Ambiente de Control	1.1 Principios y valores	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN							

	o										
	1.1.1	Los directivos facilitan la generación de espacios para que los funcionarios participen en la interiorización de los principios y valores institucionales.	¿La alta dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes y los requisitos legales?	No		Sí		Sí		Sí	
	1.1.2	Existe coherencia en el contenido de la Carta de Valores de la Entidad, con su función Constitucional, su misión y su visión.	¿La alta dirección establece la política de la calidad?	Sí		Sí		Sí		Sí	
	1.1.3	Los principios y valores institucionales han sido difundidos a través de los diferentes medios de comunicación de la Entidad.	¿Asegura el establecimiento de objetivos de la calidad?	Sí		Sí		Sí		No	
	1.1.4	Los principios y valores establecidos en la Entidad, se manifiestan en el ambiente organizacional	¿La alta dirección realiza las revisiones por la dirección?	Sí		Sí		No		Sí	
	Control Estratégico	Ambiente de Control	1.3 Estilo de la dirección	¿Asegura la disponibilidad de recursos?							
	1.3.1	El Representante legal de la entidad está comprometido con el desarrollo, funcionamiento y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno.		Sí		Sí		Sí		Sí	
	1.3.2	El nivel directivo apoya las acciones tendientes al desarrollo y Evaluación del Sistema de Control Interno.		Sí		Sí		Sí		Sí	

	1.3.3	Tanto jefes como funcionarios participan en las actividades que se realizan para el desarrollo y fortalecimiento del sistema de control interno.		Sí		Sí		Sí		Sí	
	1.3.4	Se percibe y se asume el compromiso de la Alta Dirección con el Sistema de Control Interno.		Sí		Sí		Sí		Sí	
5.2			ENFOQUE AL CLIENTE								
			¿Se está realizando la determinación de los requisitos del cliente? Ver apartado 7.2.1	Sí		Sí		Sí		Sí	
			¿Se está analizando la satisfacción del cliente? Ver apartado 8.2.1	Sí		Sí		Sí		Sí	
5.3			POLÍTICA DE CALIDAD								
			¿La política de la calidad es coherente con la realidad de la organización?	Sí		Sí		Sí		Sí	
			¿Incluye un compromiso de mejora continua y de cumplir con los requisitos?							No	
			¿Los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política?	Sí		Sí		Sí		Sí	
			¿La comunicación de la política es adecuada y se evidencia que es entendida por el personal de la organización?	No		No					
			¿Se encuentra documentada la metodología para la	Sí		Sí		No		Sí	

				revisión de la política y se evidencia esta revisión?							
5.4				PLANIFICACIÓN							
5.4.1	Control Estratégico	Direccionamiento Estratégico	2.1 Planes y Programas	Objetivos de la calidad							
	2.1.2	La Entidad posee un Plan Estratégico adoptado mediante acto administrativo		¿Los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política?	Sí		Sí		Sí		No
	2.1.3	Existe coherencia entre el Plan Operativo Anual de la dependencia, con el Plan Estratégico Institucional.		¿Los objetivos se han fijado en funciones y niveles adecuados que ofrezcan mejora continua de la organización?	No		Sí		Sí		Sí
	2.1.4	La gestión de su dependencia, se ve reflejada en el Plan Estratégico de la Entidad.		¿Los objetivos son medibles y están asociados a un indicador?			No		Sí		Sí
	2.1.5	Los servidores públicos conocen y manifiestan compromiso con los programas y proyectos del Plan Operativo Anual de la dependencia.		¿Los objetivos se encuentran desarrollados en planes de actividades para su cumplimiento?			No		Sí		Sí
				¿Se encuentran definidos los recursos, las fechas previstas y responsabilidades para las actividades del plan de objetivos?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Los objetivos evidencian mejora continua respecto a valores de periodos anteriores?	Sí		Sí		Sí		No
				¿Las actividades de los objetivos y el seguimiento de los mismos se están realizando según lo	No		No		Sí		No

				planificado?							
5.4.2				Planificación del sistema de gestión de la calidad							
				¿Se encuentran planificados los procesos del sistema de gestión de la calidad?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Se encuentran planificados los objetivos del sistema de gestión de la calidad?	Sí		Sí		Sí		Sí
5.5				RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN							
5.5.1	Control Estratégico	Direccionamiento Estratégico	2.3 Estructura Organizacional	Responsabilidad y autoridad							
	2.3.1	La estructura organizacional permite atender los cambios internos y externos que se presentan.		¿Se encuentran definidos los cargos o funciones de la organización en organigrama y fichas de puesto?	Sí		Sí		Sí		Sí
	2.3.2	La estructura organizacional facilita el cumplimiento de la función y los objetivos contenidos en los planes y programas de la Entidad.		¿Se encuentran documentadas las responsabilidades de cada puesto de trabajo referidas al sistema de gestión de la calidad?	Sí		Sí		Sí		Sí
	2.3.3	La Entidad cuenta con Manual de requisitos para el ejercicio de los cargos.		¿Se encuentran comunicadas las responsabilidades a cada uno de los empleados de la organización?	Sí		Sí		Sí		Sí
	2.3.4	Se percibe y se asume el compromiso de la Alta Dirección para la adaptabilidad de la estructura organizacional a los cambios y			Sí		Sí		Sí		Sí

		requerimientos del entorno.								
5.5.2			Representante de la dirección							
			¿Se encuentra documentada la asignación de representante de la dirección a algún cargo o puesto de la organización?	Sí		Sí		Sí		Sí
			¿En las responsabilidades del representante de la dirección se incluye el aseguramiento del establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos del sistema?	Sí		Sí		Sí		Sí
			¿En las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y de las necesidades de mejora?	Sí		Sí		Sí		Sí
			¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de asegurarse de la promoción de la toma de conciencia de los requisitos del cliente?	Sí		Sí		Sí		Sí
			¿Existen evidencias documentadas del cumplimiento de las responsabilidades?	Sí		Sí		Sí		Sí
5.5.3			Comunicación interna							

				¿Se encuentra evidencia de procesos de comunicación eficaces para el correcto desempeño de los procesos?	Sí		Sí		Sí		No	
5.6				REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN								
5.6.1				Generalidades								
				¿Se encuentran definida la frecuencia de realización de las revisiones del sistema por la dirección?	Sí		Sí		Sí		Sí	
				¿Se incluye en el registro de informe de revisión el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos de la calidad?	Sí		Sí		Sí		Sí	
				¿Se identifican y mantienen los registros de la revisión por la dirección?	Sí		Sí		Sí		No	
5.6.2				Información de entrada para la revisión								
				¿El informe de revisión contiene los resultados de las auditorías internas?	Sí		Sí		Sí		No	
				¿El informe de revisión contiene los resultados de satisfacción del cliente y sus reclamaciones?	Sí		Sí		Sí		No	
				¿El informe de revisión contiene el	Sí		Sí		Sí		No	

				análisis de indicadores de desempeño de cada uno de los procesos?							
				¿El informe de revisión contiene el estado de las acciones correctivas y preventivas?	Sí		Sí		Sí		No
				¿El informe de revisión contiene el análisis de las acciones resultantes de revisiones anteriores?	Sí		Sí		Sí		No
				¿El informe de revisión contiene la necesidad de cambios que afecten al sistema de gestión de la calidad?	Sí		Sí		Sí		No
				¿El informe de revisión contiene las recomendaciones para la mejora?	Sí		Sí		Sí		No
5.6.3				Resultados de la revisión							
				¿El informe de revisión contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿El informe de revisión contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora del producto?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿El informe de revisión define los recursos necesarios para el desarrollo de estas acciones?	Sí		Sí		Sí		Sí
6.				GESTIÓN DE LOS RECURSOS							
6.1				PROVISIÓN DE RECURSOS							

				¿Dispone la organización de los recursos necesarios para mantener el sistema de gestión de la calidad y aumentar la satisfacción de los clientes?	Sí		Sí		Sí		Sí	
6.2				RECURSOS HUMANOS								
6.2.1				Generalidades								
				¿Es el personal competente para la realización de sus trabajos?	Sí		Sí		Sí		No	
6.2.2	Control Estratégico	Ambiente de Control	1.2 Desarrollo del talento humano	Competencia, formación y toma de conciencia								
				¿Se encuentra definida la competencia necesaria para cada puesto de trabajo teniendo en cuenta la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?	Sí		Sí		Sí		Sí	
				El autocontrol facilita los procesos de planeación, seguimiento y evaluación de la gestión de su Dependencia.								
				Los funcionarios comparten el criterio que el control interno contribuye al cabal cumplimiento de sus funciones.		No		Sí		Sí		Sí
				¿Existe un plan de formación o de logro de competencias?								
				Los programas de capacitación que se desarrollan, tienen relación con los objetivos y funciones misionales de la Entidad.	Sí		Sí		Sí		Sí	
				¿Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas?								
				Existen en la Entidad políticas orientadas al proceso de selección, inducción, reinducción,	Sí		Sí		No		Sí	
				¿Existen registros de plan de formación, competencia necesaria de cada								

		formación, capacitación, compensación y evaluación de los funcionarios.	puesto, ficha de empleado y actos o certificados de formación, o similares?							
			¿Existe evidencia documentada del cumplimiento de los requisitos de competencia para cada empleado de la organización?	Sí		Sí		Sí		Sí
6.3			INFRAESTRUCTURA							
			¿Se encuentra identificada la infraestructura necesaria y existente para la realización de los procesos?	No		No		No		No
			¿Existen planes o rutinas de mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos?	Sí		Sí		Sí		Sí
			¿Existen registros de las acciones de mantenimiento correctivo y preventivo realizadas?	No		No		No		No
			¿Existe una metodología definida para la realización de estas tareas de mantenimiento?	Sí		Sí		Sí		Sí
6.4			AMBIENTE DE TRABAJO							
			Si existen condiciones específicas de trabajo, ¿Se encuentran definidas tales condiciones?	No		No		No		No
			¿Existe evidencias del mantenimiento de estas condiciones	No		No		No		No

				específicas de trabajo?							
7.				REALIZACIÓN DEL PRODUCTO							
7.1				PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO							
				¿Dispone la organización de una planificación de procesos de producción teniendo en cuenta los requisitos del cliente?	Sí		Sí		Sí		Sí
7.2				PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE							
7.2.1				Determinación de los requisitos relacionados con el producto							
				¿Se encuentran documentados los requisitos del cliente, incluyendo condiciones de entrega y posteriores?	Sí		Sí		No		Sí
				¿Se han definido requisitos no especificados por el cliente pero propios del producto o servicio?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Se han definido los requisitos legales o reglamentarios del producto?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Existe una metodología definida para la determinación de estos requisitos?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Se cumple con los requisitos específicos de la metodología?	Sí		Sí		Sí		Sí
7.2.2				Revisión de los requisitos							

			relacionados con el producto							
			¿Se encuentra descrita la metodología, momento y responsabilidades para la revisión de los requisitos del cliente?	Sí	Sí		No		Sí	
			¿Se cumple con los requisitos específicos de la metodología?	Sí	Sí		Sí		Sí	
			¿Existe evidencia de la revisión de los requisitos?	Sí	Sí		No		Sí	
			¿Existe una metodología definida para el tratamiento de modificaciones de ofertas y contratos?	Sí	Sí		Sí		Sí	
7.2.3			Comunicación con el cliente							
			¿Existe metodología eficaz para la comunicación con el cliente?	Sí	No		Sí		Sí	
			¿Se registran los resultados de satisfacción del cliente y sus quejas?	Sí	Sí		Sí		Sí	
7.3			DISEÑO Y DESARROLLO							
7.3.1			Planificación del diseño y desarrollo							
			¿Están definidas las responsabilidades para el diseño y desarrollo?	Sí	Sí		Sí		Sí	
			¿La planificación incluye etapas del diseño, verificación y validación?	Sí	Sí		Sí		No	
			¿Están definidos los criterios de revisión de cada una de las etapas del diseño?	Sí	Sí		Sí		Sí	

				¿Están definidas las responsabilidades para el diseño y desarrollo?	Sí		Sí		Sí		Sí	
7.3.2				Elementos de entrada para el diseño								
				¿Para todos los diseños se han definido los elementos de entrada? (requisitos funcionales, legales, diseños similares, etc.)	Sí		Sí		Sí		No	
				¿Existe registro asociado a esta identificación?	Sí		Sí		Sí		Sí	
7.3.3				Resultados del diseño y desarrollo								
				¿Los resultado del diseño y desarrollo cumplen con los elementos de entrada?	Sí		Sí		No		Sí	
				¿Proporcionan información para la compra y producción?	Sí		Sí		Sí		Sí	
				¿Incluyen pautas de fabricación e inspección?	Sí		Sí		Sí		Sí	
7.3.4				Revisión del diseño y desarrollo								
				¿Existen registros de las revisiones realizadas a cada una de las etapas del diseño?	Sí		Sí		Sí		Sí	
				¿Existen criterios de aceptación para cada etapa?	Sí		Sí		Sí		Sí	
7.3.5				Verificación del diseño y desarrollo								
				¿Existe registro de la verificación de los resultados del diseño y desarrollo?	Sí		Sí		No		Sí	

				¿Los criterios de aceptación para la verificación están de acuerdo a los elementos de entrada del diseño?	Sí		Sí		Sí		Sí	
7.3.6				Validación del diseño y desarrollo								
				¿Existe registro de la validación del producto diseñado?	Sí		Sí		No		No	
				¿Los criterios de aceptación para la validación están de acuerdo a los elementos de entrada del diseño?	Sí		Sí		Sí		Sí	
7.3.7				Control de los cambios del diseño y desarrollo								
				¿Existe registro de los cambios realizados en el diseño de los productos?	Sí		Sí		No		No	
				¿Estos cambios están sometidos a verificación y validación?	Sí		Sí		No		No	
7.4				COMPRAS								
7.4.1				Proceso de compras								
				¿Se encuentran definidos por escrito los productos y los requisitos solicitados a los proveedores?	Sí		Sí		Sí		Sí	
				¿Existe una selección de proveedores y se encuentran definidos los criterios de selección?	Sí		Sí		Sí		No	
				¿Existe una evaluación de proveedores y sus criterios de evaluación?	Sí		Sí		Sí		Sí	

				¿Existe una metodología adecuada definida para la producción o prestación del servicio?	Sí		Sí		Sí		Sí	
				¿Existen registros cumplimentados conforme a lo definida en la metodología de producción?	Sí		Sí		Sí		Sí	
				Si existen instrucciones de trabajo ¿Se encuentran disponibles en los puestos de uso y están actualizadas?	Sí		Sí		Sí		Sí	
				¿Se realizan las inspecciones adecuadas durante el proceso de producción y prestación del servicio?	Sí		Sí		Sí		Sí	
				¿Se utilizan los medios y los equipos adecuados?	Sí		Sí		Sí		Sí	
				¿El personal es competente para la realización de los trabajos?	Sí		Sí		Sí		Sí	
7.5. 2				Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio								
				Si existen procesos para validar, ¿se han definido los requisitos para esta validación?	Sí		Sí		Sí		Sí	
				¿Existen registros de la validación de los procesos?	Sí		Sí		Sí		Sí	
7.5. 3				Identificación y trazabilidad								

				¿Se encuentra identificado el producto a lo largo de todo el proceso productivo?	Sí	Sí	No	Sí	
				Si es necesaria la trazabilidad del producto, ¿Se evidencia la misma?	Sí	Sí	Sí	Sí	
7.5.4				Propiedad del cliente					
				¿Existe una metodología adecuada definida para la comunicación de los daños ocurridos en los productos del cliente?	Sí	Sí	No	Sí	
				¿Existen registros de estas comunicaciones?	Sí	Sí	No	Sí	
				Si es de aplicación, ¿se cumple la ley de protección de datos con los datos de los clientes?	Sí	Sí	No	Sí	
7.5.5				Preservación del producto					
				¿Existe definida una metodología adecuada para la preservación del producto?	Sí	Sí	No	Sí	
				¿Se evidencia el correcto cumplimiento de esta metodología?	Sí	Sí	No	Sí	
				Si fuese necesario, ¿Está definido el embalaje del producto?	Sí	Sí	No	Sí	
7.6				CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN					
				¿Se encuentran identificados todos	Sí	Sí	Sí	No	

				los equipos de seguimiento y de medición?								
				¿Existen definidas unas rutinas adecuadas de verificación o calibración de los mismos?	Sí		Sí		Sí		No	
				¿Existen registros de las verificaciones o calibraciones realizadas?	Sí		Sí		Sí		No	
				¿Los equipos se encuentran correctamente identificados con su estado de verificación o calibración?	Sí		Sí		Sí		No	
				¿Están definidas las pautas de actuación cuando se observe que las mediciones han sido erróneas?	Sí		Sí		Sí		No	
				¿Se confirma la capacidad de los programas informáticos cuando participen en actividades de seguimiento y medición?	Sí		Sí		Sí		No	
8.				MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA								
8.1	Control de Gestión	Actividades de Control	4. Evaluación de todos sus componentes	GENERALIDADES								
	4.1	Los procesos y procedimientos que desarrolla la dependencia se ejecutan de acuerdo al manual de procedimientos.		¿Existen definidos procesos para realizar el seguimiento, medición, análisis y mejora?	Sí		Sí		Sí		Sí	
	4.2	Los procesos y		¿Se están empleando	Sí		Sí		Sí		Sí	

		procedimientos establecidos cuentan con puntos de control que faciliten mejores resultados.	técnicas estadísticas?							
4.3		Los procesos y procedimientos cuentan con indicadores de gestión que permitan evaluar la gestión.		Sí		Sí		Sí		Sí
4.4		Los indicadores de gestión diseñados son revisados periódicamente y adaptados a los cambios que se presentan en la Entidad.		Sí		Sí		Sí		Sí
8.2				SEGUIIMIENTO Y MEDICIÓN						
8.2.1	Control de Gestión	Actividades de Control	5. Componente de información	Satisfacción del cliente						
5.1		La Entidad tiene definidas políticas para el manejo y suministro de la información.	¿Existe definida una metodología adecuada para el análisis de la satisfacción del cliente?	No		No		No		No
5.2		La Entidad cuenta con una dependencia responsable de recibir, manejar y dar respuestas a las quejas y reclamos formuladas por los usuarios o la comunidad.	¿Existen registros conformes a la metodología definida?	No		No		No		No
5.3		La información generada por su dependencia, es oportuna y confiable, de tal manera que le contribuye en la toma de decisiones.	¿Se emprenden acciones a partir del análisis de satisfacción?	No		No		No		No
5.4		La Entidad cuenta con Sistemas de Información que garantizan la calidad, exactitud y oportunidad de la información.		No		No		No		No

Control de Gestión	Actividades de Control	6. componente de comunicación pública								
6.1	La Entidad informa sobre sus procesos de contratación, gestión misional y de apoyo, lo cual facilita la veeduría ciudadana.			Sí		Sí		Sí		Sí
6.2	En la Entidad están definidos los responsables del suministro de información a los diferentes medios de comunicación externos.			Sí		Sí		Sí		Sí
6.3	A través de la página web de la Entidad, se suministra información de interés general para la ciudadanía.			Sí		Sí		Sí		Sí
6.4	Se percibe y se asume el compromiso de la Alta Dirección para la adaptabilidad de la estructura organizacional a los cambios y requerimientos del entorno.			Sí		Sí		Sí		Sí
8.2.2	Control de Evaluación Independiente	8.2 Auditoría Interna	Auditoría interna							
8.2.1	La Entidad tiene una Oficina de Control Interno de Gestión, responsable de practicar la Auditoría Interna.		¿Se encuentra definida la frecuencia y planificación de las auditorías?	No		No		No		No
8.2.2	Las actividades de auditoría interna realizadas por la Oficina de Control Interno contribuyen al mejoramiento de la gestión institucional.		¿La auditoría interna comprende todos los procesos del sistema de gestión de la calidad y la norma NTCGP 1000:2009?	No		No		No		No

	8.2.3	La Oficina de Control Interno presenta el informe de control de gestión al área auditada.		¿Son objetivos e imparciales los auditores internos?	No	No	No	No
	8.2.4	Las recomendaciones efectuadas por la Oficina de Control Interno son tenidas en cuenta en su dependencia.		¿Se encuentran definidos y se cumplen los requisitos que deben cumplir los auditores internos para la realización de las auditorías internas?	No	No	No	No
				¿Existe un procedimiento documentado para las auditorías internas?	No	No	No	No
				¿Existen registros de las auditorías internas?	No	No	No	No
				¿El responsable de área toma las decisiones sobre las correcciones a realizar después de la auditoría?	No	No	No	No
8.2.3	Control de evaluación	Autoevaluación	7.1 Autoevaluación del control	Seguimiento y medición de los procesos				
	7.1.1	La Entidad ha implementado mecanismos o instrumentos de control que fortalecen la práctica del autocontrol por parte de sus funcionarios.		¿Existen indicadores adecuados para cada uno de los procesos del sistema de gestión de la calidad?	No	No	No	No
	7.1.2	Los funcionarios proponen puntos de control para mejorar los resultados de su gestión.		¿Está definida la responsabilidad y la frecuencia para la realización del seguimiento de los indicadores?	No	No	No	No
	7.1.3	Los funcionarios de la dependencia reconocen y aceptan que el autocontrol es importante para el cumplimiento de		¿Se emprenden acciones a partir del análisis de indicadores?	No	No	No	No

		sus funciones.									
	7.1.4	La Dependencia evalúa la efectividad de los controles establecidos.			No		No		No		No
	Control de evaluación	Autoevaluación	8.1 Evaluación independiente del sistema de control interno								
	8.1.1	La Entidad tiene conformado el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno mediante acto administrativo.			Sí		Sí		Sí		Sí
	8.1.2	La Entidad evalúa en cada vigencia su Sistema de Control Interno, de acuerdo a los parámetros establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.			Sí		Sí		Sí		Sí
	8.1.3	Los funcionarios reconocen la importancia de la Evaluación del Sistema de Control Interno para mejorar la gestión institucional.			Sí		Sí		Sí		Sí
	8.1.4	La Entidad ha implementado acciones para fortalecer el Sistema de Control Interno.			Sí		Sí		Sí		Sí
8.2.4				Seguimiento y medición del producto							
				¿Se encuentran definidas las pautas de inspección final del producto?	Sí		Sí		Sí		Sí
				¿Existen registros de estas inspecciones finales?	Sí		Sí		Sí		Sí
8.3				CONTROL DEL PRODUCTO NO							

				CONFORME							
				¿Existe un procedimiento documentado para el control del producto no conforme y el tratamiento de las no conformidades?	No		No		No		No
				¿Existen registros conformes a la metodología definida?	No		No		No		No
				¿Se toman acciones para la solución de las no conformidades?	No		No		No		No
				¿El producto no conforme es segregado o identificado para evitar su uso?	No		No		No		No
8.4				ANÁLISIS DE DATOS							
				¿Existe evidencia del análisis de datos del sistema?	No		No		No		No
				¿Se emprenden acciones a partir de este análisis?	No		No		No		No
8.5				MEJORAS							
8.5.1				Mejora continua							
				¿Existe evidencia de acciones emprendidas para la mejora continua?	Sí		Sí		Sí		Sí
8.5.2	Control de Evaluación	Planes de Mejoramiento	9.1 Plan de Mejoramiento Institucional	Acción correctiva							
	9.1.1	La Entidad tiene suscrito un Plan de Mejoramiento con los Entes de Control Fiscal.		¿Existe procedimiento documentado para las acciones correctivas?	No		No		No		No
	9.1.2	Existe coherencia entre		¿Existen registros	No		No		No		No

		los objetivos de la Entidad y el contenido del Plan de Mejoramiento Institucional.	conformes a este procedimiento?							
	9.1.3	Si su dependencia hace parte del Plan de Mejoramiento Institucional, cumple oportunamente con los compromisos adquiridos dentro del mismo	¿Existe análisis de causas?	No		No		No		No
	9.1.4	La Entidad realiza seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento Institucional.	¿Se verifica el cierre y la eficacia de las acciones?	No		No		No		No
8.5.3	Control de evaluación	Planes de Mejoramiento	9.2 Plan de Mejoramiento Funcional	Acción preventiva						
	9.2.1	La Entidad ha desarrollado proyectos con el fin de optimizar sus procesos.	¿Existe procedimiento documentado para las acciones preventivas?	No		No		No		No
	9.2.2	Los funcionarios conocen los diferentes proyectos de mejora de procesos que tiene la Entidad.	¿Existen registros conformes a este procedimiento?	No		No		No		No
	9.2.3	Los funcionarios consideran que la optimización de los procesos contribuye al mejoramiento del servicio público.	¿Existe análisis de causas?	No		No		No		No
	9.2.4	El Plan de Mejoramiento Funcional, es revisado y evaluado periódicamente.	¿Se verifica el cierre y la eficacia de las acciones?	No		No		No		No

4. DISCUSIÓN

Informe de Auditoría realizada en la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal.

Objetivo: Verificar la conformidad del sistema integrado de gestión basado en la normas NTCGP 1000:2009 y MECI 1000:2005.

Análisis de la auditoría

4.1. Capítulo 4:

4.1.1. Control de documentos

Área	Hallazgo
Control Interno	Se hace uso de documentos antes de su emisión
Jurídica	No se identifican los documentos de origen externo
Coordinación Servicios de Salud	No se identifican los cambios de los documentos
Subgerencia Administrativa	Los documentos aplicables al proceso no se encuentran disponibles en los puntos de uso

4.1.2. Requisitos de norma

Los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad deben controlarse. Las intencionalidades de las normas son:

- **MECI 1000:2005.** Ejercer el control sobre toda la operación de la entidad, con el fin de alcanzar los resultados, metas y objetivos en todos los niveles de la entidad. En este marco, la documentación, es entendida como una medida de control que apoya el cumplimiento de las actividades que permiten alcanzar los resultados previstos.

- **NTCGP 1000:2009.** Desarrollar y mantener la documentación necesaria para asegurar el funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad, adaptado a las necesidades específicas de la organización(ICONTEC, 2010, pág. 19).

4.1.2.4. Recomendaciones

- Remitirse a los requisitos de norma en los capítulos señalados.
- Aunque la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias no se encuentra alejada del cumplimiento del control que debe ejercer sobre los documentos, conviene que frente a estos hallazgos de carácter menor se evalúen en mesa de trabajo desde las instancias auditadas y se dé a conocer a la administración para las acciones correctivas y seguimiento a las mismas.

4.1.3. Control de los registros

Área	Hallazgo
Jurídica	Dificultad en la recuperación del registro
Coordinación Servicios de Salud	Los registros no son legibles (tachados, corrector, papel fax)
Subgerencia Administrativa	No se cumple con el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros

4.1.4. Requisitos de norma

- **NTCGP 1000:2005.**La entidad debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros. Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables (ICONTEC, 2010, pág. 20).

4.1.4.1. Recomendaciones

- Remitirse a los requisitos de norma en los capítulos e ítems señalados.
- En las dependencias señaladas arriba no se cumple con algunos requisitos de control de los registros físicos a pesar que existe un procedimiento documentado para el control de los mismos, por tanto conviene capacitar a todo el personal sobre el procedimiento adecuado y hacer seguimiento a los compromisos que deriven del mismo.

4.2. Capítulo 5.

4.2.1. Compromiso de la dirección; 5.3 Política de calidad (NTCGP 1000:2009); y 1.1 Principios y valores (MECI 2005)

Área	Hallazgo
Control Interno	No existe evidencia de divulgación a todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas dentro de la entidad
Jurídica	La política de calidad no es entendida por todo el personal de la entidad.
Coordinación Servicios de Salud	No se evidencia revisión de la política de calidad
Subgerencia Administrativa	No se evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad

4.2.2. Requisitos de norma: Requisitos de norma

MECI 1000:2005.Identificar, determinar y documentar los lineamientos o directrices que manifiesta la alta dirección con relación al desarrollo de la gestión institucional y su documentación.

NTCGP 1000:2005.Garantizar el compromiso de la alta dirección de la entidad con el Sistema de Gestión de la Calidad, asegurando la identificación continua de las necesidades y

expectativas de los clientes, la asignación de los recursos necesarios para su cumplimiento y la gestión sobre los procesos y programas de la entidad de manera que la política y objetivos de calidad se alcancen (ICONTEC, 2010, pág. 21).

4.2.2.1. Recomendaciones

- Remitirse a los requisitos de norma en los capítulos e ítems señalados.
- Desarrollar una matriz de comunicaciones que permita que esta la política de calidad llegue a todos los niveles jerárquicos de la ESE; capacitar para que esta se entendida en toda su dimensión para que cada funcionario y dependencia ejerza autocontrol en los procesos que desarrolla.
- A pesar que la política de calidad de la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal es coherente con la realidad y contexto en que se desarrolla, desde algunas dependencias se tiene dificultad para hacerla operativa, por tanto se debe hacer seguimiento a los procesos para lograr la mejora continua y para ello es importante la revisión permanente por la alta dirección.

4.2.3. Objetivos de calidad (5.4.1)

Área	Hallazgo
Control Interno	Las responsabilidades y autoridades no están definidas, ni comunicadas dentro de la entidad
Jurídica	Los objetivos no coherentes con la política de la calidad, responsabilidad y autoridad
Subgerencia Administrativa	Los objetivos de la calidad no son medibles

4.2.3.1. Requisitos de norma

MECI 1000:2005. La Entidad cuenta con Sistemas de Información que garantizan la calidad, exactitud y oportunidad de la información.

NTCGP 1000:2005. Los objetivos de la calidad deben ser medibles y coherentes con la política de la calidad (ICONTEC, 2010, pág. 23).

4.2.3.2. Recomendaciones

- Algunos objetivos de calidad no están de acuerdo con las directrices de la política al no establecer indicadores de cumplimiento para la mejora continua de procesos previos auditados, por tanto se requiere formularlos por las dependencias correspondientes y hacer el seguimiento desde Control Interno y la alta dirección.

4.2.4. (5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación (NTCGP 1000:2009); 5.5.3 Comunicación interna; y MECI 2.3 Estructura organizacional)

Área	Hallazgo
Control Interno	5.5.3 No se evidencia la eficacia de la comunicación interna
Jurídica	5.6.1 No se evidencia seguimiento a los resultados de la revisión
Subgerencia Administrativa	5.6.2 No evidencia las revisiones efectuadas por la dirección La entradas para la revisión por la dirección no incluyen todas la entradas (a) resultados de auditorías, b) retroalimentación del cliente, c) desempeño de los procesos y conformidad del producto y/o servicio, d) estado de las acciones correctivas y preventivas, e) acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección, f) cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad, g) recomendaciones para la mejora, y h) riesgos actualizados e identificados para la entidad

4.2.4.1. Requisitos de norma

MECI 1000:2005. Realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de la entidad con el propósito de formular recomendaciones a partir de evidencias sobre el grado de cumplimiento de los objetivos, planes, programas, proyectos y procesos constituyéndose en una herramienta de retroalimentación del Sistema de Control Interno.

NTCGP 1000:2005. Garantizar que la alta dirección cuenta con la información suficiente para evaluar la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad (ICONTEC, 2010, pág. 26).

4.2.4.2. Recomendaciones

- Remitirse a los requisitos de norma en los capítulos e ítems señalados.
- Debe mejorarse la comunicación interna a través de la matriz de información de tal manera que las decisiones de la dirección sean entendidas y aplicadas en todos los niveles de la estructura organizacional.
- La Subgerencia de Desarrollo Administrativo y Financiero como dependencia encargada de apoyar a la alta dirección deberá asesorar a la dirección con información representada en indicadores de calidad, de tal manera que pueda hacerse seguimiento a la eficiencia de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.

4.3. Capítulo 6

4.4.6. Gestión de los recursos; 6.2 Recursos humanos (NTCGP 1000:2009); 1.2 Desarrollo del talento humano (MECI 2005)

Área	Hallazgo
Control Interno	No existe la evidencia sobre la formación u otras acciones para satisfacer las necesidades determinadas en las áreas de Bienestar, Salud Ocupacional
Jurídica	Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas no son conscientes de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad
Coordinación Servicios de Salud	Registros, no se mantienen los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas
Subgerencia Administrativa	6.2.1 No están determinadas las competencias de los servidores públicos y/o particulares que afecten la calidad del producto y/o servicio con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.

4.3.1. Requisitos de norma

MECI 1000:2005. Garantizar que los servidores públicos cuenten con las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad necesarias para cumplir la función de la entidad.

NTCGP 1000:2005. Garantizar que los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas cuentan con las competencias (educación, formación, habilidades y experiencia) necesarias para realizar los trabajos que afectan la calidad del producto o servicio (ICONTEC, 2010, pág. 29).

4.3.1.2. Recomendaciones

- Remitirse a los requisitos de norma en los capítulos e ítems señalados.
- Unificar documentos que describen funciones y perfiles de cargo como los manuales de funciones, perfiles de cargo, manuales de competencias laborales, programas de bienestar y planes de formación y capacitación.

4.3.2. (6.3 Infraestructura; 6.4 Ambiente de trabajo (NTCGP 1000:2009))

Área	Hallazgo
Control Interno	<ul style="list-style-type: none">▪ No se cuenta o no hay seguimiento al plan de mantenimiento que contemple edificios, espacio de trabajo y servicios asociados, equipo para los procesos y servicios de apoyo▪ No se cuenta con hojas de vida de los bienes muebles e inmuebles y sus intervenciones realizadas.▪ El ambiente de trabajo no es el propicio para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio
Jurídica	
Coordinación Servicios de Salud	
Subgerencia Administrativa	

4.3.2.1. *Requisitos de norma*

MECI 1000:2005.6.3 Garantizar que la entidad posea la infraestructura necesaria para que la información sea oportuna, integra y confiable con el fin de soportar la gestión de operaciones en la entidad.

6.4 Materializar las estrategias para asegurar los recursos necesarios para el logro de los fines de la entidad.

NTCGP 1000:2005. 6.3 Planificar la provisión y el mantenimiento de la infraestructura para cumplir los requisitos del cliente, de los procesos y de los servicios prestados por la entidad.

6.4 Garantizar que durante la realización del producto o la prestación del servicio se controlan las condiciones que pueden tener influencia significativa sobre la conformidad del producto y/o servicio (ICONTEC, 2010, pág. 30).

4.3.2.2. *Recomendaciones*

- Remitirse a los requisitos de norma en los capítulos e ítems señalados.

- Desarrollar un plan de mantenimiento preventivo a equipos informáticos para asegurar su operación permanente; llevar una hoja de vida de los bienes muebles e inmuebles de la ESE y programación anticipada de mantenimiento a la parte locativa a fin de que la dirección asigne los recursos financieros a las adecuaciones identificadas como necesarias para ofrecer un buen ambiente de trabajo.

4.4.Capítulo 7

7. Realización del producto; 7.2 Planificar la provisión y el mantenimiento de la infraestructura para cumplir los requisitos del cliente, de los procesos y de los servicios prestados por la entidad.

Área	Hallazgo
Jurídica	No se ha determinado o implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes.
Coordinación Servicios de Salud	No se han determinados los requisitos relacionados con el producto y/o servicio (los requisitos especificados por el cliente, los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto y/o servicio) No se evidencia la revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio (no están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos definidos y los expresados previamente. La entidad no evalúa la capacidad para cumplir con los requisitos definidos) No se mantienen los registros de los resultados de la revisión de los requisitos
Subgerencia Administrativa	No se tiene definido las etapas de planificación, y controles durante el diseño y desarrollo del producto y/o servicio No se han determinados los elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto y/o servicio (los requisitos funcionales, los legales y reglamentarios aplicables e información proveniente de diseños previos similares) 7.3.6 No se mantienen los registros 7.3.7 No se han verificado los elementos de entrada para el diseño y desarrollo; No han sido aprobados

4.4.1. Requisitos de norma

MECI 1000:2005. Obtener los datos provenientes de fuentes externas con las cuales la entidad está en permanente contacto y determinar otras posibles variables que puedan afectar su desempeño.

NTCGP 1000:2005. Asegurar la comprensión adecuada y permanente de las necesidades y expectativas del cliente, con el fin de que se facilite su traducción oportuna y completa en requisitos para la entidad (ICONTEC, 2010, pág. 32).

4.4.1.1.Recomendaciones

- Remitirse a los requisitos de norma en los capítulos e ítems señalados.
- Desarrollar una encuesta de satisfacción del cliente a fin de determinar sus necesidades y expectativas más sentidas; asegurarse que a lo largo del proceso de la prestación del servicio se cumpla con los requisitos para que el servicio planeado en atención al cliente sea el servicio entregado y esperado; tener presente durante la prestación de los servicios los comentarios obtenidos por los clientes en los buzones de sugerencias, los estudios socioeconómicos y sociológicos.

4.4.2. (7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo; 7.4.2 Revisión del diseño y desarrollo)

Área	Hallazgo
Coordinación Servicios de Salud	No se cumplen los requisitos para todos los elementos de entrada del diseño y desarrollo del servicio. No se han realizado las revisiones del diseño y desarrollo según lo planificado.

	No se ha validado si el producto y/o servicio resultantes capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto
Subgerencia Administrativa	Los cambios del diseño y desarrollo no han identificarse y deben mantenerse registros (los cambios deben revisarse, verificarse y validarse)

4.4.2.1. Requisitos de norma

MECI 1000:2005. Verificar el cumplimiento de las condiciones que hacen posible el desarrollo de la función para la cual fue creada la entidad, a través de la planeación, la caracterización de los procesos y una estructura organizacional adecuada para el desarrollo de sus funciones.

NTCGP 1000:2005. Asegurar que la entidad ha definido procesos que transforman en forma completa los requisitos de una política, programa, proyecto o cliente en características especificadas o en la especificación de un proceso o sistema, producto y/o servicio (ICONTEC, 2010, pág. 37).

4.4.2.2.Recomendaciones

- Remitirse a los requisitos de norma en los capítulos e ítems señalados.
- El servicio diseñado debe ser el producto entregado al cliente, pero algunas etapas no se verifican ni se validan, caso de la atención oportuna, información adecuada al cliente, lo cual hace parte de sus derechos, afectándose el diseño y desarrollo contemplado en el manual de calidad y servicio de atención cliente, por tanto debe hacerse seguimiento y medición de procesos durante la prestación del servicio.

4.4.3. (7.4 Compras; 7.4.1 Proceso de compras.)

Área	Hallazgo
Subgerencia Administrativa	No se evidencia la selección, evaluación y re-evaluación de los proveedores. No se evidencia inspecciones u otras actividades necesarias para asegurar de que el producto y/o servicio adquirido cumple con lo especificado.

4.4.3.1. *Requisitos de norma*

MECI 1000:2005. Materializar las estrategias asegurando los recursos necesarios para el logro de los fines de la entidad.

NTCGP 1000:2005. Establecer requisitos mínimos de confiabilidad para la adquisición de bienes y servicios, con el fin de seleccionar y evaluar proveedores que tengan la capacidad para cumplirlos (ICONTEC, 2010, pág. 39).

4.4.3.2. *Recomendaciones*

- Remitirse a los requisitos de norma en los capítulos e ítems señalados.
- Aunque se encuentran definidos por escrito los productos y requisitos solicitados a los proveedores, se asume la buena fe y no se re-evalúa el cumplimiento de requisitos, por tanto debe implementar procedimientos que permitan gestionar y controlar la adquisición de bienes y servicios.

4.4.4. (7.5.3 Identificación y trazabilidad; 7.5.4 Propiedad del cliente;)

Área	Hallazgo
Coordinación Servicios de Salud	No se identifica el producto y/o servicio a través de toda la realización del producto y/o prestación del servicio.

	<p>No se identifican, verifican, protegen y salvaguardan los bienes que son propiedad del cliente</p> <p>La organización no garantiza una preservación adecuada producto y/o servicio durante el proceso interno y la entrega al destino previsto.</p>
--	--

4.4.4.1. Requisitos de norma

NTCGP 1000:2005. Cuando la trazabilidad sea un requisito, la entidad debe controlar y registrar la identificación única del producto y/o servicio y mantener registros; la entidad debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo su control o los esté usando (ICONTEC, 2010, pág. 41).

4.4.4.2. Recomendaciones

- Remitirse a los requisitos de norma en los capítulos e ítems señalados.
- Datos personales del cliente como la historia clínica e información personal no se salvaguarda con la rigurosidad debida, encontrándose hechos de carácter externo en los que la EPS (administradoras) traslada usuarios del régimen subsidiado a otra ESE sin previa consulta, por hechos como la terminación de contratos, por tanto se requiere la entidad deba establecer los mecanismos para garantizar la salud al cliente y salvaguardar la información relacionada con datos personales.

4.4.5. (7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición.)

Subgerencia Administrativa	No se han determinado el seguimiento, la medición los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto y/o servicio con los requisitos determinados
----------------------------	--

4.4.5.1.Requisitos de norma

MECI 1000:2005. Establecer acciones o mecanismos para prevenir el impacto de los eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de los procesos requeridos para el logro de los objetivos de la entidad y la entrega de productos o servicios. Se diseñan tomando como base los procesos identificados, los procedimientos y las políticas de operación.

NTCGP 1000:2005. Proporcionar confianza en los datos, los procesos de medición y seguimiento mediante la confirmación de que los equipos empleados para este fin son aptos para utilizarse y que se mantienen con una precisión adecuada de acuerdo a normas aceptadas (ICONTEC, 2010, pág. 43).

4.4.5.2.Recomendaciones

- Remitirse a los requisitos de norma en los capítulos e ítems señalados.
- Establecer un programa o plan se ocupe de asegurar el funcionamiento de los equipos médicos desde los aspectos referidos a su calibración, identifique su estado de calibración, se protegen contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento.

4.5.Capítulo 8

Medición, análisis y mejora.

Área	Hallazgo
Control Interno	8.2.1 Satisfacción del cliente ▪ No se realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad 8.2.2 Auditoría interna ▪ No existe evidencia de la calificación de auditores; No se han auditado todos los procesos del SGC; No se han cerrado todos los hallazgos de la auditoria.
Jurídica	
Coordinación Servicios de Salud	
Subgerencia Administrativa	

	<p>8.2 3 Seguimiento y medición de los procesos</p> <ul style="list-style-type: none">▪ No existe un seguimiento y medición sistemático a los indicadores de procesos definidos <p>8.3 Control del producto no conforme</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto y/o servicio no conforme no están definidos <p>8.4 Análisis de datos</p> <ul style="list-style-type: none">▪ No se recopilan y analizan los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad. <p>8.5.2 Acción correctiva</p> <ul style="list-style-type: none">▪ La entidad no toma acciones para eliminar la causa de no conformidades con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. <p>8.5.3 Acción preventiva</p> <ul style="list-style-type: none">▪ No se determinan acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.
--	--

4.5.1. Requisitos de norma

MECI 1000:2005. Establecer mecanismos de medición, evaluación y verificación, que permitan valorar de forma permanente la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, el nivel de ejecución de los planes y programas y la efectividad del Sistema de Control Interno.

NTCGP 1000:2005. Los datos de las mediciones son importantes en la toma de decisiones basadas en hechos, por lo tanto es importante asegurarse de que la entidad adelanta una medición, recopilación y validación de datos eficiente y que utiliza métodos apropiados para identificar aspectos para el mejoramiento del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad (ICONTEC, 2010, pág. 44).

4.5.1.1.Recomendaciones

- Remitirse a los requisitos de norma en los capítulos e ítems señalados.

-
- Las encuestas de satisfacción al cliente es uno de los mecanismos que debe usarse para monitorear la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de requisitos de calidad; debe fortalecerse desde la dependencia de Coordinación de Desarrollo de Servicios de Salud su enfoque de política al SIAU para que ésta adopte eficazmente la información de buzones de sugerencias, preguntas, quejas y reclamos, para que tal información sea insumo en el direccionamiento estratégico hacia acciones correctivas.

5. CONCLUSIONES

- La decisión estratégica de gestionar el programa de auditoría interna aplicando el ciclo PHVA (planear, hacer, verificar, actuar) permitió aplicar esta metodología como una forma de gestión de la calidad que desde la planeación permitió proyectar la auditoría en relación a la revisión de documentos, revisión de la normatividad, programar las inspecciones a los puestos de trabajo, todo ello previsto en un cronograma de trabajo; esta forma de trabajo puede hacer parte de la cultura de trabajo en la planeación de las auditorías al interior de la organización a fin que se cumpla con el Modelo Deming en que se basan las directrices de normas de calidad.
- La etapa Hacer, llevó a la definición de un plan de auditoría para las dependencias control interno, jurídica, coordinación de servicios de salud y subgerencia administrativo-financiera, en el cual se definió el alcance de la auditoría para cada dependencia.
- El conjunto de planes de auditoría permitió diseñar el programa de auditoría integrado de gestión para la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal, que durante la etapa Verificar permitió determinar el cumplimiento de requisitos de norma NTCGP 1000:2009 y MECI 1000:2005.
- En la etapa Actuar se espera dar cumplimiento al objetivo general de la propuesta, en relación a la implementación del programa de auditoría por la alta gerencia y su seguimiento por la oficina de Control Interno.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agredo, F., Giraldo, A., & Blandón, E. (31 de Agosto de 2009). *Calidad prestación de servicios*. Obtenido de <http://es.slideshare.net/guestabd06ff/calidad-prestacion-de-servicios-de-salud-dr-freddy-agredo-lemos>
- Alcaldía de Corozal. (20 de Septiembre de 2012). *Entidades descentralizadas*. Obtenido de http://www.corozal-sucre.gov.co/Entidades_descentralizadas.shtml?apc=lbxx-1-&x=2979602
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación: Guía para su elaboración*. (5ª Edicion). Venezuela: Episteme.
- Auditoria General de la Republica. (2010). *Informe definitivo: Auditoria especial a la Contraloria del Departamento de Sucre*. Medellin: Contraloria General de la Republica de Colombia.
- Balestrini, M. (2002). *Cómo se elabora el proyecto de investigación*. (7a. Edición.) Venezuela Consultores Asociados. .
- Cañas, J., Atehortúa, M., & Orrego, M. (2005). *Guía metodológica para implementar un sistema integrado de gestión de calidad*. Medellín: Universidad de Antiquia.
- Colombia, Congreso de la República. (s.f.). *Decreto 1011 de 2006*.
- Congreso de la República de Colombia. (23 de Diciembre de 1993). *Ley 100 de 1993*. Obtenido de <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%20100%20DE%201993.pdf>
- CONSACA ESE. (s.f.). *Guía del usuario*. Obtenido de http://eseconsaca.gov.co/web/?page_id=64
- Decreto 1876 de 1994*. (s.f.).
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (Mayo de 2014). *Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014*. Obtenido de http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrieve_publicaciones?no=2162
- Departamento Administrativo de la Funcion Publica; Alcaldia Mayor de Bogota. (2010). *Armonizacion Modelo Estandar de Control Interno MECI 1000:2005 - Sistema de Gestion de la Calidad NTCGP 1000:2009*. Bogota, D.C.: Impresion: Subdireccion Imprenta Distrital.

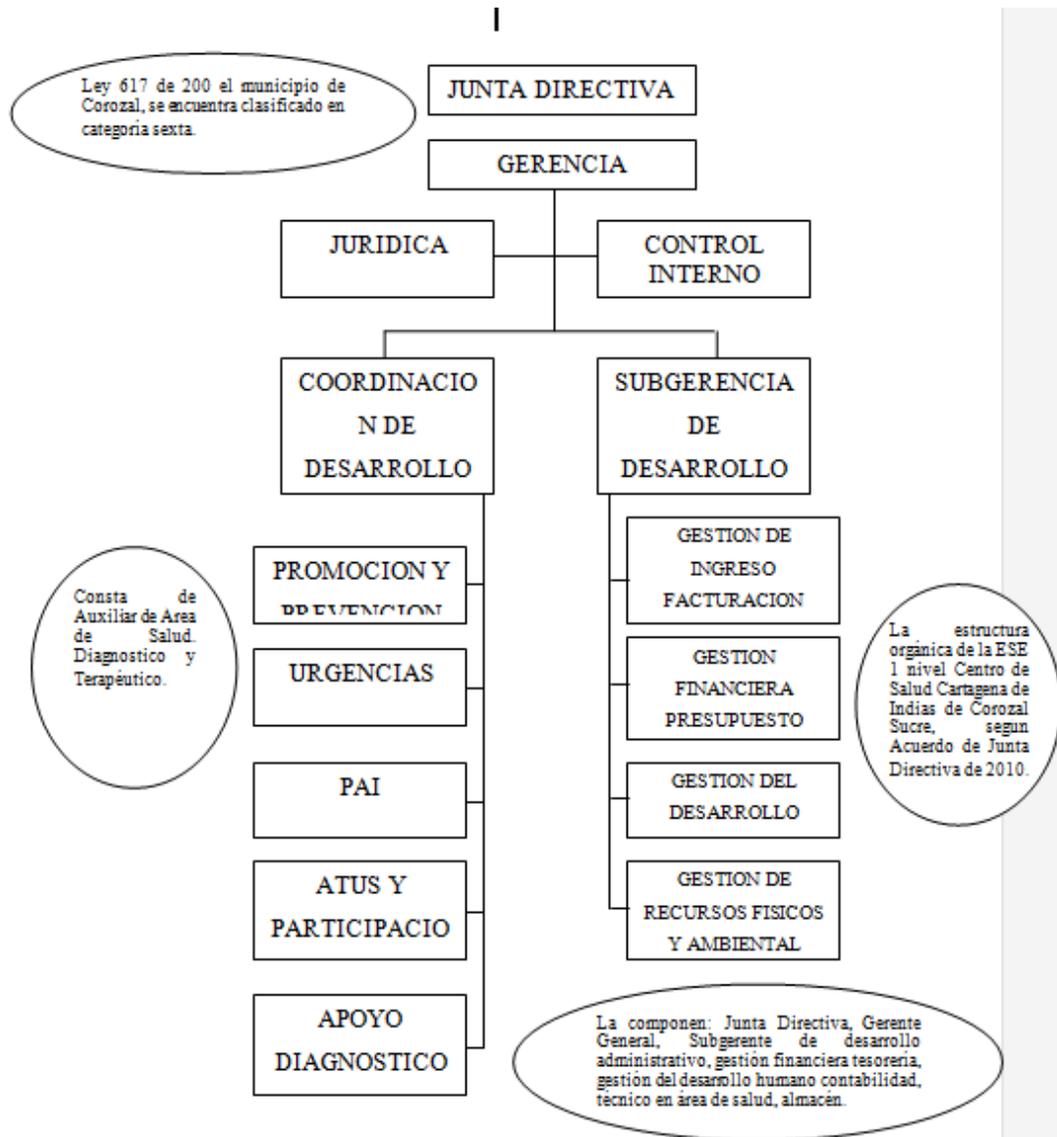
- El Meridiano de Sucre. (28 de Abril de 2014). *Situación de las ESES, de mal en peor*. Obtenido de <http://www.elmeridianodesucre.com.co/sincelejo/item/38916-situacion-de-las-ese-de-mal-en-peor>
- ESE Centro de Salud Cartagena de Indias. (2013). *Informe de Gestión vigencia 2013 Empresa Social del Estado Cartagena de Indias Corozal Sucre*. Corozal: En: Info gestión Web.
- ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal. (2014). *Plan de acción y/o compromisos 2014*. Corozal: <http://www.esecartadeindias.gov.co/index.php/sedes>.
- Guajardo Garza, E. (1996). *Administración de la calidad total*. México, D.F.: Pax México. Quinta reimpresión 2003. ISBN 968-860-505-0.
- ICONTEC. (2010). *Norma Técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000:2009*. Bogotá, D.C. ICONTEC.
- ICONTEC Internacional. (s.f.). *IPS Acreditadas*. Obtenido de Sistema Unico de Acreditación: <http://www.acreditacionensalud.org.co/novedades.php?IdSub=108&IdCat=25&titulo=IPS%20ACREDITADAS>
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud*. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional de Colombia.
- Plan de Departamental de Desarrollo. (2011). *Sucre. Plan Departamental de Desarrollo de Sucre, 2012 - 2015 "acciones claras para dejar huellas"*. Sincelejo: En: Ordenanza 066.
- Plan Departamental de Desarrollo. (2008). *Sucre. Plan de Departamental de Desarrollo 2008 - 2011 "Liderazgo social y confianza"*. Sincelejo: En: Ordenanza No. 11.
- Rico Menéndez, J. (s.f.). Evolución del concepto de Calidad. *Revista Española de Transplantes*. Vol. 10 N° 3, 171.
- Rodriguez Alviz, J. E. (2006). *Propuesta conceptual y metodológica para la evaluación y valoración financiera de empresas sociales del Estado (Tesis de Maestría)*. Manizales: Universidad Nacional de Colombia.
- Sanchez Casarrubia, M. (2002). *Sistema de auditoría interna en el área de hospitalización empresa social del Estado Hospital San Jerónimo de Montería*. Montería: Edita: ESAP.
- SUPERSALUD. (2012). *Informe de Auditoría*. Obtenido de <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=FC%2BGEvpzaCs%3D&tabid=758&mid=2279>
- SuperSalud. (2013). *INFORME FINANCIERO FLUJO DE RECURSOS DEPARTAMENTO DE SUCRE*. Bogotá: Edita: SuperSalud.

Torres, D. A. (2013). *Propuesta de mejora del sistema de gestión de la calidad del Centro de Educación en Salud - CEDES* -. Obtenido de <http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/1099/1/Trabajo%20de%20grado%20-%20David%20Alejandro%20Torres%20V%C3%A1squez.pdf>

Universidad ICESI. (2009). *Ley, norma, decreto, resolución*. Obtenido de http://www.icesi.edu.co/blogs_estudiantes/pmlefrenvalencia/2009/08/28/ley-norma-decreto-resolucion/

ANEXOS

Anexo A. Estructura organizacional de la ESE Centro de Salud Cartagena de Indias de Corozal.



PRESUPUESTO

Rubros	Justificación	Fuentes (en pesos)		
		CECAR	Investigadora	Total
Materiales y Suministros	<ul style="list-style-type: none">▪ Papel bond▪ Computadora▪ Internet▪ Impresiones▪ Transcripciones		500.000	500.000
Salidas de campo	<ul style="list-style-type: none">▪ Transportes		150.000	150.000
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none">▪ Fotocopias▪ Impresión documentos		300.000	300.000
Total				950.000