

DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA

LUGAR DE REALIZACION DE LA AUDITORIA:

Sede Administrativa

AUDITORIA No. 05 de 2023

FECHA DEL INFORME

7 de junio de 2023

PROCESO/DEPENDENCIA AUDITADO

GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO

LIDER DEL PROCESO/ RESPONSABLE

SUBGERENTE DE SALUD E INVESTIGACION

PERIODO DE REALIZACION DE LA AUDITORIA

VIGENCIA 2022

OBJETIVO

Verificar el desempeño de la dependencia del SIAU relacionado con la asignación de citas, medición de la satisfacción del usuario, gestión de las Peticiones Quejas y Reclamos, CALL-CENTER, asociaciones de usuarios, portafolio de servicios, gestión de las Políticas asociadas en el MIPG y gestión del riesgo, durante la vigencia 2022 y primer trimestre de la vigencia 2023.

JUSTIFICACION

La oficina de Control Interno, en cumplimiento de sus funciones de seguimiento, control y de acuerdo a las Auditorias programadas para la vigencia 2023, requiere efectuar una auditoría interna a la gestión administrativa, a las actuaciones administrativas y de gestión del Proceso de Gestión y Orientación al Usuario (SIAU) durante la vigencia 2022, bajo los principios de eficacia, eficiencia, atención optima y mejoramiento continuo con el objeto de verificar su correcto acatamiento al ordenamiento jurídico.

PRODUCTO

1. Conformación de las asociaciones de usuarios y su funcionamiento.
2. Asignación de citas de consulta externa por diferentes medios.
3. Determinación de la muestra para la medición de la satisfacción del usuario.
4. Resultados de la aplicación de las encuestas de satisfacción del usuario.
5. Gestión de las Peticiones, Quejas y Reclamos de la vigencia 2022.
6. Planes de mejora producto de los informes de satisfacción del usuario y/o PQRS.
7. Planes establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión asociados.
Matriz de riesgos.

ALCANCE

La presente auditoria se llevó a cabo en las instalaciones de la Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas y en la Oficina de Control Interno en la Sede Administrativa, revisando la información relacionada con los productos a auditar y que son correspondientes a la vigencia 2022.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

HECHOS

Mediante comunicación Oficial 202305200023303 del 14 de abril de 2023 la Oficina de Control Interno informo a la Oficina Subgerente de Salud e Investigación sobre la apertura de la Auditoria de Gestión No. 05 de 2023, la cual se llevó a cabo en la Subgerencia de Salud e Investigación el día 18 de abril de 2023.

El Profesional Universitario – Luis Eduardo Aguirre procedió a analizar, revisar y evaluar los documentos producto de esta auditoría, dentro de los cuales se encontró lo siguiente:

CONFORMACIÓN DE LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS Y SU FUNCIONAMIENTO.

Se procedió a verificar junto con la Contratista de SIAU – María Helena Arturo las carpetas que contienen la información relacionada con las asociaciones de Usuarios, encontrando lo siguiente:

Sede	Fecha de vigencia de la Asociación
Mis Kikes	En proceso de renovación
La Laguna	31 de mayo de 2023
Santa Barbara	7 de junio de 2023
Gualmatan	16 de junio de 2023
Lorenzo	21 de junio de 2023*
Primero de mayo	8 de septiembre de 2023
Pandiaco	13 de septiembre de 2023
Cabrera	14 de septiembre de 2023
San Vicente	20 de septiembre de 2023
Obonuco	21 de septiembre de 2023
Mapachico	28 de noviembre de 2023
Morasurco	1 de diciembre de 2023
Genoy	6 de diciembre de 2023
Centro Hospital la Rosa	25 de febrero de 2024
Santa Monica	16 de julio de 2024
Buesaquillo	27 de octubre de 2024
El Rosario	3 de noviembre de 2024
Tamasagra	10 de noviembre de 2024
El Progreso	17 de noviembre de 2024
Catambuco	17 de noviembre de 2024
Encano	30 de noviembre de 2024
Caldera	15 de diciembre de 2024
Hospital Local Civil	12 de abril de 2025

Al momento de la visita de auditoria se observó que la renovación del Centro de Salud Mis Kikes no se pudo realizar en su primera convocatoria, por lo que se reprogramo la fecha de reunión para su respectiva conformación.

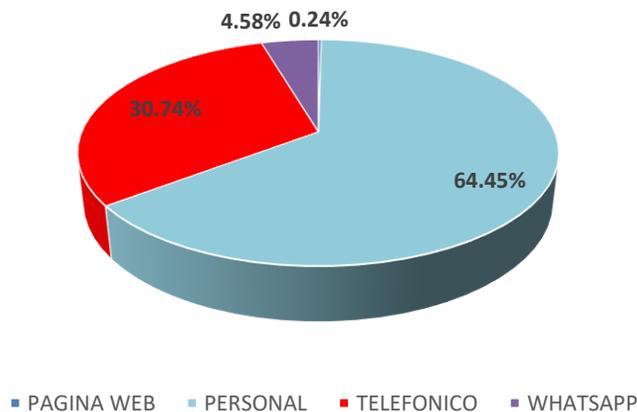
Se pudo observar que ya están publicadas las convocatorias para la reconfirmación de los Centros de Salud La Laguna, Santa Barbara y Gualmatan. Publicaciones que se realizan con 2 meses de anticipación.

ASIGNACIÓN DE CITAS DE CONSULTA EXTERNA POR DIFERENTES MEDIOS.

Se procedió a entrevistar a la Contratista que esta a cargo de la Coordinación de SIAU, se procedió a confirmar cuales son los mecanismos utilizados para la asignación de citas, en los cuales tenemos los siguientes resultados:

MEDIO DE ASIGNACION	CANTIDAD DE CITAS ASIGNADAS	PORCENTAJE
PAGINA WEB	1,701	0.24%
PERSONAL	454,956	64.45%
TELEFONICO	216,976	30.74%
WHATSAPP	32,298	4.58%
TOTAL	705,931	100.00%

DISTRIBUCION DE MEDIOS DE ASIGNACION DE CITAS



Se informa que dentro de las mejoras efectuadas al call center esta el cambio de horario de atención (y por ende los horarios de los trabajadores de esa área), quedando establecido un horario de 7am a 4pm de lunes a viernes.

También se informa que se realizó la instalación de teléfonos (línea directa a call center) para que los usuarios gestionen su cita por este medio. Sin embargo, se pudo evidenciar en la Sede San Vicente que cuando un usuario hace uso de este teléfono y al terminar su trámite, este le pasa el teléfono a un usuario siguiente para que haga lo mismo y así sucesivamente, lo cual contribuye a la descongestión de personas que están haciendo fila para sacar su cita personalmente. Sin embargo, esta acción hace que un trabajador de Call Center tenga su línea ocupada por un periodo prolongado de tiempo, además, si esto sucede de manera

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

similar en las otras IPS, esto provocaría que el call center este apoyando directamente la solicitud de citas presencial, haciendo que las personas que quieran sacar su cita desde la casa se vean imposibilitadas.

Se realizó durante 7 días en horas de la mañana pruebas para solicitar una cita mediante call center, sin que fuera posible que la llamada entrara, incluso, como llamada en espera, siendo el mensaje recibido “en este momento todos nuestros agentes se encuentran ocupados”.

Respecto a la asignación de citas que se realiza de manera presencial, se estableció en el mes de mayo de 2023 los siguientes horarios en las sedes principales:

SEDE	DIAS	HORA
Centro Hospital San Vicente	Lunes a Viernes	7: 00 A 11:00 am
Centro hospital La Rosa	Lunes a Viernes	7:00 A 11:00 am
Hospital Santa Mónica	Lunes a Viernes	7:00 A 11:00 am
Hospital Local Civil	Lunes a Viernes	6:30 A 10:00 am
Centro de Salud Tamasagra	Lunes a Viernes	6:30 A 10:00 am
Centro salud Progreso	Lunes a Viernes	7:00 A 11:00 am
Centro salud Catambuco	Lunes a Viernes	7:00 a 11:00 am

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA PARA LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

Se evidencia que desde la oficina asesora de Planeación se determina la población a encuestar en la vigencia 2023 para estimar el nivel de satisfacción del usuario por servicio.

La oficina de planeación, con base en los datos de producción efectúa el cálculo de tamaño de la muestra mediante técnica de muestreo aleatorio simple con población finita.

Se observa que el tamaño de la muestra trimestral está definida en 109 encuestas, la cual en principio se puede considerar una cifra baja (0.2% de la población), sin embargo, revisada la fórmula aplicada se las cifras que más inciden en este resultado son las variables “p” y “q”, lo que corresponde a variabilidad positiva y negativa, y dado que la empresa ya cuenta con aplicación de encuestas en años anteriores y tiene resultados ya válidos se establece que la $p:0,98$. Resaltando que si fuera la primera vez que se aplica este tipo de muestreo tanto “p” como “q” tienen valores de 0,5 y automáticamente el tamaño de la muestra se modifica sustancialmente. Por lo tanto, en interpretación de esta auditoría, la fórmula está bien aplicada.

Las muestras para cada servicio quedaron definidas así:

SERVICIO	MUESTRA TRIMESTRAL
URGENCIAS	109
HOSPITALIZACION	109
LABORATORIO	109
IMAGENOLOGIA	109
AMBULATORIA	109

Dicha muestra es distribuida en cada una de las sedes en las que se prestan el servicio de manera proporcional.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

Se resalta que el tamaño de la muestra esta establecido para la empresa de manera global, de ser necesario sacar muestra por sede o red, habría variación tanto en el universo (o tamaño de la población) como en la cantidad global que cada sede debería aplicar.

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

Se evidencia informe de medición de satisfacción del usuario del primer trimestre de la vigencia 2023, la cual se aplico a la muestra mencionada y desarrollada anteriormente.

Se observa que el informe presenta la caracterización de los usuarios encuestados de acuerdo a:

- Genero
- Rango de edades
- EPS en la que están afiliados
- Tipo de población
- Régimen de salud

En la encuesta aplicada se aborda una gran cantidad de variables y temas, estando la gran mayoría (casi la totalidad) en porcentajes bastante altos de satisfacción, sin embargo, se evidencian los siguientes resultados que deberán ser revisados y analizados por los respectivos lideres de proceso:

INDICADOR	RESULTADO
Le brindaron información sobre su derecho a recibir consejería psicología y/o espiritual	58.3%
Proporción de usuarios que le ofrecieron alternativa de dieta	8%
Nivel de satisfacción global del servicio de urgencias – Hospital Civil*	78%

* Se resalta que la muestra definida no permitiría establecer el nivel de satisfacción de un servicio en una sede, por cuanto la técnica utilizada es para determinar el nivel de satisfacción en la empresa (109 encuestas corresponden a muestra para el servicio de urgencias en las 3 sedes).

El informe de medición de satisfacción de los usuarios para el primer trimestre de la vigencia 2023 establece un resultado favorable del 98.7%.

GESTIÓN DE LAS PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS DE LA VIGENCIA 2022.

Se evidencia informe de Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias correspondiente al primer trimestre de 2023, encontrando los siguientes resultados:

TIPO	CANTIDAD
Peticion	18
Queja	92
Reclamo	76
Sugerencia	20
Felicitacion	216
Denuncia	0

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

Según el análisis realizado en el informe, se observa que de las 206 PQRS recepcionadas en el primer trimestre de 2023, el 38% corresponden a la red norte, el 23% a la red sur, el 21% a la red oriente y el 11 % a la red occidente y un 7% corresponde al call center (asignación de citas).

Se observa que el tiempo promedio de respuesta en el primer trimestre de 2023 fue de 7.02 días (de las 206 PQRS), cuya meta establecida para emitir respuesta está establecida en 15 días. Y también se observa un 100% de gestión de las 206 PQRS.

Por otra parte, a partir de una queja recibida en la Oficina de Control Interno durante la vigencia 2022, se pudo observar que una queja presentada por un usuario nunca tuvo respuesta ni fue tramitada por la empresa, a lo cual en su momento se concluyó que la queja presentada desapareció del respectivo buzón. Situación similar fue evidenciada por el Jefe de la Oficina de Control Interno en otras sedes de la institucional, a lo cual, sin referirse a ningún funcionario en específico, se requerirá mecanismos de control y de mayor participación para que indistintamente al funcionario a que vaya dirigida una queja o reclamo, sea contabilizada y tenga su respectivo trámite desde la apertura de buzón.

PLANES DE MEJORA PRODUCTO DE LOS INFORMES DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y/O PQRS.

En cada uno de los informes trimestrales de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y/o Demandas se presenta las acciones de mejora efectuadas.

Se resalta que las Peticiones y Quejas son discriminadas por Red y por cada uno de los servicios a los que corresponde, de igual manera es identificada a que profesión corresponde, a que atributo de calidad pertenece y el motivo de la misma, permitiendo visualizar desde diferentes puntos las peticiones y quejas.

PLANES ESTABLECIDOS EN EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN ASOCIADOS. MATRIZ DE RIESGOS.

El proceso de Gestión y Orientación al Usuario esta alineado con 2 políticas que forman parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, las cuales tienen autodiagnósticos que son:

Autodiagnóstico de Servicio al Ciudadano:

Se evidencia que esta Política tuvo en la vigencia 2022 una autoevaluación de 96.8 sobre 100, para lo cual se presento su plan de mejora y en el seguimiento efectuado en enero de 2023 se determino que de las 5 actividades de mejora propuestas se cumplieron en su totalidad.

En la vigencia 2023 se diligenció nuevamente la Política y obtuvo un resultado de 96.2 sobre 100, se observa que en el mismo documento se han establecido acciones de mejora para la presente vigencia.

Autodiagnóstico de Participación Ciudadana:

Se evidencia que esta Política tuvo en la vigencia 2022 una autoevaluación de 97.1 sobre 100, para lo cual se presentó su plan de mejora y en el seguimiento efectuado en enero de 2023 se determinó que de las 5 actividades de mejora propuestas se cumplieron en su totalidad.

En la vigencia 2023 se diligenció nuevamente la Política y obtuvo un resultado de 93.9 sobre 100, se observa que en el mismo documento se han establecido acciones de mejora para la presente vigencia.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

Se considera pertinente que los planes de mejora asociados a los ítems con calificación baja en los autodiagnósticos se plasmen en los procedimientos institucionales estandarizados de Plan de Mejora, por cuanto permiten de mejor manera el monitoreo por parte del líder del proceso, y seguimientos que efectuó la Oficina de Control Interno.

CONCLUSIONES

En el desarrollo de la presente auditoria se puede concluir que el Proceso GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO presenta buenos resultados frente a las encuestas de satisfacción al usuario en los diferentes servicios que presta la empresa.

La metodología aplicada para establecer el nivel de satisfacción del usuario es correcta siempre y cuando se mida la empresa como un todo, si se quisiera establecer mediciones por red, o por sede, se deberá reformularse.

Se observa tiempos oportunos para la contestación de las Peticiones, Quejas y Sugerencias según se observa en los informes presentados.

Se observa cumplimiento de los planes de mejora asociados al MIPG asociados a este proceso.

Se observa buena oportunidad en la gestión de renovación de las asociaciones de usuarios, y al cierre de este seguimiento no se presentan novedades sobre las mismas.

HALLAZGOS

Se evidencia el siguiente hallazgo en la presente auditoria.

1. Establecer medidas de control adecuadas que permitan asegurar la trazabilidad y custodia de la totalidad de las Peticiones, Quejas o Reclamos que se presenten en la institución, indistintamente a quien vaya dirigida la misma. Lo anterior por queja recibida en la Oficina de Control Interno en el segundo semestre de 2022 y por observación y conocimiento del Jefe de la Oficina de Control Interno respecto a la apertura de buzones.

RECOMENDACIONES

Una vez efectuada la auditoria, se pueden establecer las siguientes recomendaciones

1. Es pertinente evaluar la estrategia de instalar teléfonos en algunas sedes con línea directa al call center para la asignación de citas, lo anterior por cuanto contribuye notablemente la agilidad en la asignación de citas de manera presencial, pero se pudo establecer que las líneas permanecen colapsadas y se vuelve muy difícil a un usuario poder sacar cita desde su propia casa. Lo anterior

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

por cuanto debía reforzarse la cantidad de gente que atiende en el call center para asumir esa nueva población.

2. Establecer tamaño de la muestra para cada uno de los servicios, diferente a la que actualmente se propone, por cuanto en los informes se presenta resultados de urgencias por cada una de las 3 sedes habilitadas, sin embargo, la técnica utilizada solo permitiría emitir un resultado global, no discriminado.
3. Establecer el plan de mejora producto de los autodiagnósticos asociados al proceso en el formato estandarizado de Plan de Mejora, considerando las demás directrices que se emitan desde la Oficina Asesora de Planeación.

FORTALEZAS

El proceso presenta buenos resultados en cada uno de los productos auditados.

ELABORO:	LUIS EDUARDO AGUIRRE ORTIZ	FECHA	07 de junio de 2023
REVISADO PÓR:	JAIME ALBERTO SANTACRUZ S.	FECHA	07 de junio de 2023