
OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
Oficina de Auditoría Interna
Construimos Confianza

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

Proceso Sistema de Información y Atención al Usuario. SIAU.

EQUIPO OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

CARLOS URIEL LÓPEZ RÍOS
Jefe de Auditoría Interna

MARÍA JANETH AGUDELO ARANGO
Profesional de Auditoría Interna

JOSE HERIBERTO VARGAS LEMA
Profesional de Auditoría Interna

KARINA RUIZ DE LA HOZ
Profesional de Auditoría Interna

JULIO ERNESTO SUESCUN MONTOYA
Técnico en Auditoría interna.

Medellín
Febrero de 2019

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

CONTENIDO

I.	GENERALIDADES.	4
1.1.	Objetivo.	4
1.2.	Alcance.	4
1.3.	Metodología Auditoría.	4
1.4.	Limitaciones.	5
1.5.	Fundamento Normativo.	5
1.6.	Documentos Base.	6
1.7.	Terminología básica.	6
II.	VERIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SUS CONTROLES.	8
2.1.	Procedimientos del Proceso.	8
III.	PROCESOS INTERDEPENDIENTES.	18
IV.	ESTRUCTURA DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO.	20
V.	CONSOLIDADO OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.	21
5.1.	Relación de las observaciones.	21
5.2.	Recomendaciones.	23
VI.	CICLO DE LA AUDITORÍA.	25
6.1.	Posición del Auditado.	25
6.2.	Plan de Mejoramiento y Seguimiento.	26
6.3.	Comunicación y Socialización del Informe Final.	26
6.4.	Valor Probatorio.	26
VII.	CONCLUSIONES.	26

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna, en cumplimiento de sus funciones, en especial la de “Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema Institucional de Control Interno - SICI”, y en el desarrollo del Plan Anual de Auditorías 2018, presenta el Informe Preliminar de la Auditoría al Proceso Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU.

El alcance de la auditoría contempla las actividades establecidas en los procedimientos: (i). Atención y orientación al usuario, (ii). Gestión de reclamos, sugerencias, felicitaciones y agradecimientos, (iii). Monitoreo de la satisfacción del usuario.

El documento se estructura en siete capítulos. En el primero se enuncian las generalidades, que contempla el objetivo, alcance, metodología, limitaciones, fundamento normativo, documentación base y terminología; en el capítulo segundo se verifica los procedimientos dentro del Proceso de Sistema de Información y Atención al Usuario. En el capítulo tres se describe la interdependencia con otros procesos. En el capítulo cuarto se analiza la estructura de la oficina de atención al usuario. En el capítulo quinto se presenta un consolidado de observaciones y recomendaciones, en el capítulo sexto plantea la comunicación de la auditoría y, el último capítulo se presenta las conclusiones.

El presente Informe de Auditoría se enmarca en la Línea III. Aseguramiento. Control Interno Innovador del Plan Estratégico 2017 – 2021 **“Construimos Confianza”** de la Oficina de Auditoría Interna.

Nos anima el propósito de continuar liderando, desde la Oficina de Auditoría Interna, un conjunto de estrategias y acciones que permitan contribuir, desde la evaluación del gobierno, el control y los riesgos, a la consolidación, afianzamiento y sostenibilidad de los propósitos del Hospital General de Medellín, en el marco de la Mega definida para el año 2027.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

I. GENERALIDADES.

1.1. Objetivo.

Realizar evaluación al Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU, del Hospital General de Medellín con el fin de verificar sus riesgos, su gobierno y los controles adoptados para su funcionamiento y el cumplimiento de las regulaciones.

1.2. Alcance.

Inicia con la recepción de la solicitud o requerimientos del usuario, su familia o las partes interesadas, hasta la retroalimentación con las partes involucradas en la atención. Verificar la oportunidad y la calidad de las respuestas a los derechos de petición, quejas, reclamos, solicitudes, consultas, manifestaciones, sugerencias, que han ingresado a la ESE, por cualquiera de los medios de comunicación.

1.3. Metodología Auditoría.

Para su realización se cumplieron los siguientes pasos:

1.3.1. Reuniones y entrevistas.

- 1.3.1.1. De apertura y entrega de carta de presentación.
- 1.3.1.2. Entrevista con las funcionarias que participan en el proceso.
- 1.3.1.3. Entrevista con la Jefe de Calidad y Planeación.
- 1.3.1.4. Entrevista con la Profesional de Atención al Usuario.
- 1.3.1.5. Reunión de cierre y entrega de evaluación del auditor.

1.3.2. Revisión y análisis de documentos.

- 1.3.2.1. Revisión de informes del SIAU.
- 1.3.2.2. Revisión de Indicadores de Gestión.
- 1.3.2.3. Revisión de la matriz de riesgos y de sus controles.
- 1.3.2.4. Revisión de Plan de mejoramiento de auditorías anteriores al proceso.
- 1.3.2.5. Revisión Plan de Acción.
- 1.3.2.6. Análisis documental, revisión del proceso, sus procedimientos, formatos, instructivos, caracterización del proceso.
- 1.3.2.7. Revisión y análisis de la información.

1.3.3. Solicitud y recopilación de información.

- 1.3.4. Realización usuario trazador.
- 1.3.5. Verificación y organización de evidencias.
- 1.3.6. Identificación de observaciones y formulación de recomendaciones.
- 1.3.7. Entrega de Informe preliminar y definitivo.
- 1.3.8. Generación de Plan de Mejoramiento.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

1.4. Limitaciones.

La auditoría no presentó ninguna limitación que afectara el desarrollo de la misma. Al contrario la Jefe de Calidad y Planeación y la profesional de Atención al usuario, que fueron citadas y entrevistadas, atendieron de manera oportuna y diligente los requerimientos de la auditoría.

1.5. Fundamento Normativo.

1.5.1. Ley 100 de 1993.

“Artículo 198. Información a los usuarios. Las instituciones prestadoras de salud deberán garantizar un adecuado sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios, mediante la implementación de una línea telefónica abierta con atención permanente 24 horas. Artículo 199. Información de los usuarios. El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente.

1.5.2. Decreto 1757 de 1994.

Reglamenta las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud. Capítulo II, artículo 5 parágrafo 1.

1.5.3. Circular externa 009 de 1996 de la Superintendencia Nacional de Salud.

“Atención al usuario, trámite de quejas y peticiones”.

1.5.4. Acuerdo 060 de 2001 del Archivo General de la Nación.

Establece pautas para la administración de las comunicaciones oficiales en las entidades públicas y las privadas que cumplan funciones públicas. Artículo segundo (2), artículo quinto (5).

1.5.5. Decreto 1011 de 2006.

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Título IV. Capítulo. Artículo 37.

1.5.6. Ley 1437 de 2011.

Capítulo II. Artículo 7 “Deberes de las autoridades en la atención al público”.

1.5.7. Ley 1474 de 2011.

Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. Capítulo VI. Artículo 73. Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

1.5.8. Decreto Ley 780 de 2016.

Subsección 2. De la organización de las Empresas Sociales del Estado. Artículo 2.5.3.8.4.2.1 Organización. b) Atención al usuario.

1.5.9. Circular Externa 008 de 2018 de la Supersalud.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Título VII. Capítulo I. Protección al Usuario numeral 3. Sistema de Atención al Usuario.

1.6. Documentos Base.

- 1.6.1. Instructivo Medición de la Calidad de la respuesta a los usuarios. Código: ES-GIC-AU002I02.
- 1.6.2. Instructivo Gestión del SIAU-Eurodoc. Código: ES-GIC-AU002I01.
- 1.6.3. Manual de Información y orientación al usuario. Código: ES-GIC-AU001M01.
- 1.6.4. Proceso Sistema de Información y Atención al usuario SIAU. Código ES-GIC-AU
- 1.6.5. Procedimiento atención y orientación al usuario. Código: ES-GIC-AU001.
- 1.6.6. Procedimiento gestión de reclamos, sugerencias, felicitaciones y agradecimientos. Código: ES-GIC-AU002.
- 1.6.7. Procedimiento monitoreo de la satisfacción del usuario. Código: ES-GIC-AU003.

1.7. Terminología básica.

▫ **Agradecimiento.**

Sentimiento de gratitud que se experimenta como consecuencia de haber recibido algo que se necesitaba.

▫ **Anónimo.**

Comunicación llegada al hospital por algún medio que no está firmada ni presenta el nombre del responsable o responsables de su contenido.

▫ **Asociación de usuarios de la salud.**

Es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social, que tiene derecho a utilizar los servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación. La asociación participa en diferentes instancias: CMSSS, COPACO, Junta Directiva de la ESE y el Comité de Ética Hospitalaria.

▫ **Calidad de la atención de salud.**

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

▫ **Comité de ética hospitalaria.**

Es un comité de naturaleza asesora. De acuerdo con el concepto de la ONU, tiene como objetivo mejorar la atención centrada en el paciente en hospitales, clínicas de consulta externa, instituciones de asistencia prolongada y hospicios. En el HGM se encuentra constituido y funcionando acorde con la Resolución 13437 de 1991 y el Decreto 1757 de 1994 y desde

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

entonces, se viene ajustando y actualizando de acuerdo con las necesidades del sector y estructura institucionales, así como con la normatividad vigente que le aplica.

▫ **Eurodoc.**

Herramienta de gestión documental que tiene como objetivo administrar el flujo de documentos de todo tipo en el Hospital, desde su origen hasta destino final, asegura la conservación indefinida de los documentos más valiosos, facilita la recuperación de la información en forma rápida, segura y oportuna, permite acceder a su consulta con facilidad a cada uno de los responsables involucrados en los procesos para la respectiva gestión y genera trazabilidad de toda la información institucional. Inició con la implementación de la administración de correspondencia, generando luego procesos de radicación de documentos de historia clínica, historia ocupacional, historia laboral, pólizas, facturas, calidad, PQRS, entre otros.

▫ **Felicitaciones.**

Manifestación de la satisfacción que se experimenta con motivo de los servicios recibidos. Las especificaciones sobre el uso de la herramienta se encuentran en el Instructivo ES-GIC-AU002I01 Gestión del SIAU en Eurodoc.

▫ **Manifestación.**

Son todas aquellas declaraciones mediante las cuales el usuario da a conocer sus necesidades y su percepción sobre el servicio recibido.

▫ **Partes Interesadas.**

Persona o grupo, que tiene interés en cualquier decisión o actividad de la organización, involucrado o afectado por el desempeño del Sistema de Gestión Integral de Calidad.

▫ **Petición.**

Solicitar un requerimiento de información, solicitudes de servicios y otros de acuerdo con sus necesidades.

▫ **Problemas y/o situaciones socio-familiares.**

Son las circunstancias específicas que presenta un usuario, que incide de manera directa y negativamente en la recuperación de su salud.

▫ **Reclamo.**

Se refiere a la manifestación de disgusto o inconformidad hacia la prestación de un servicio, que denota una posible vulneración de un derecho o una promesa de servicio.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

▫ **Satisfacción del usuario.**

Percepción del usuario sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos, necesidades y expectativas.

▫ **SIAU.**

Sistema de Información y Atención al Usuario que utiliza criterios del Sistema de Gestión Integral de Calidad para atender en forma personalizada a los usuarios y partes interesadas, garantizando la oportuna canalización y resolución de sus comentarios.

▫ **Sugerencia.**

Se refiere a la acción de presentar ideas relacionadas con el mejoramiento en la prestación de los servicios y/o al desempeño de funciones.

▫ **Usuario.**

Se refiere a los usuarios que acceden y son atendidos en los diferentes servicios de salud del HGM.

II. VERIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SUS CONTROLES.

2.1. Procedimientos del Proceso.

El proceso Sistema de Información y Atención al Usuario, es uno de los dos procesos del proceso estratégico Gestión Integral de la calidad; y se compone de los siguientes procedimientos:

2.1.1. Atención y orientación al usuario. Código ES-GIC-AU001.

En el numeral 5, Contenido, del procedimiento indicado, el paso uno (1) descrito como: "Identificar las necesidades, priorizar opciones de solución y definir estrategias de intervención", la auditoría observa lo siguiente:

Observación de Auditoría Interna N° 1.

En visita de campo a la oficina de atención al usuario, la auditoría identifica que el espacio físico en el cual se brinda la atención al usuario es reducido, en él se encuentran dos personas dispuestas para la entrevista de los usuarios quienes además están acompañadas de personal en formación, condición que vulnera el derecho a la privacidad de los usuarios.

Criterios:

1. Procedimiento Atención y orientación al usuario. Código ES-GIC-AU001. Pág. 3.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

2. Manual de Información y orientación al usuario. Código: ES-GIC-AU001M01. Pág. 13 “Derechos...”
3. Circular Externa 008 de 2018 de la Supersalud. Título VII Capítulo I Numeral 3.1 Oficina de Atención al Usuario Literal d.

Riesgo:

1. Insatisfacción del usuario.
2. Violencia en el lugar de trabajo.
3. Incumplimiento de la norma vigente.

Recomendación:

Se recomienda evaluar la posibilidad de trasladar la oficina de atención al usuario para un espacio donde se pueda garantizar la privacidad al usuario y la seguridad para el funcionario.

Con base en la visión institucional el cual busca generar experiencias positivas en sus usuarios, se recomienda que sea una sola persona quien tenga como asignación la identificación de las necesidades de los usuarios mediante la escucha activa teniendo preferiblemente un perfil social.

Observación de Auditoría Interna N° 2.

La auditoría encuentra como punto de control, con base en una muestra de doscientos cuarenta y tres(243), que para la atención a los usuarios existe el formato “Registro de usuarios atendidos” código: ES-GIC-AU001F01, el cual no se encuentra totalmente diligenciado, esta planilla es de apoyo a la gestión de la oficina para la ejecución de las actividades.

Criterios:

1. Procedimiento Atención y orientación al usuario. Código ES-GIC-AU001.Pág 3.
2. Circular Externa 008 de 2018 de Supersalud. Título VII Capítulo I Numeral 3.1 Oficina de Atención al Usuario Literal f.

Riesgo:

Pérdida de información de los usuarios atendidos.

Recomendación:

Evaluar la posibilidad de implementar un sistema de atención por medio de digiturno que permita captar los datos básicos de cada uno de los usuarios atendidos.

Crear indicadores de gestión, de oportunidad, de eficiencia, que permitan evaluar la efectividad de la oficina de atención al usuario y por ende de los procesos institucionales.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Observación de Auditoría Interna N° 3.

La auditoría al verificar el funcionamiento del Comité de Ética Hospitalaria y el conocimiento por parte de algunos funcionarios de las funciones del comité en la institución, evidencia que la Resolución 035G de 2017 de la Gerencia de la Entidad, se encuentra vigente, además que por su enfoque bioético este comité tiene como finalidad entre otras de: “Orientar la humanización en la atención de los pacientes, la calidad y la oportunidad en la atención de los pacientes...”, sin embargo los funcionarios entrevistados (personal asistencial) desconocen el objetivo y la funciones del comité de ética hospitalaria.

Criterios:

Procedimiento Atención y orientación al usuario. Código ES-GIC-AU001. Pág. 3.

Riesgo:

Falta de funcionalidad y operatividad del comité de ética hospitalaria.

Recomendación:

Divulgar por todos los medios existentes en la Institución, el objetivo, las funciones y los canales de acceso al comité de ética hospitalaria.

En el numeral 5, Contenido, del procedimiento indicado, el paso dos (2) descrito como: “Operativizar las estrategias definidas para la intervención de la situación identificada”, la auditoría observa lo siguiente:

Observación de Auditoría Interna N° 4.

La auditoría al revisar los canales de participación social como por ejemplo, la asociación de usuarios, no se encuentra que estos estén caracterizados de manera independiente, así como tampoco sus funciones.

Criterios:

1. Procedimiento Atención y orientación al usuario. Código ES-GIC-AU001. Págs. 4 y 7.
2. Decreto Ley 780 de 2016. Subsección 2. De la organización de las Empresas Sociales del Estado. Artículo 2.5.3.8.4.2.1 Organización. b) Atención al usuario.
3. Circular externa 008 de 2018. Supersalud. Título VII. Capítulo I. Protección al Usuario numeral 3. Sistema de Atención al Usuario.

Riesgo:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Incumplimiento de la norma de participación social vigente.

Recomendación:

Se recomienda revisar y actualizar el proceso Sistema de Información y Atención al Usuario conforme a la normatividad vigente con respecto a promover y facilitar la participación social.

Observación de Auditoría Interna N° 5.

La auditoría encuentra como punto de control, que para la atención a los usuarios existe el formato “Registro de usuarios atendidos” código: ES-GIC-AU001F01, el cual no permite identificar los derechos vulnerados a los usuarios.

Criterios:

1. Procedimiento Atención y orientación al usuario. Código ES-GIC-AU001. Pág. 3
2. Derechos y deberes de los pacientes

Riesgo:

Pérdida de información como fuente para el mejoramiento continuo.

Recomendación:

Ajustar el formato “Registro de usuarios atendidos” código: ES-GIC-AU001F01 de forma que permita identificar y clasificar los derechos vulnerados a los usuarios.

Evaluar la posibilidad de implementar un sistema de atención por medio de digiturno que permita captar los datos básicos de cada uno de los usuarios atendidos.

2.1.2. Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos. Código ES-GIC-AU002.

En el numeral 5, Contenido, del procedimiento indicado, el paso uno (1) descrito como: “Recepcionar y registrar los Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos”, la auditoría observa lo siguiente:

Observación de Auditoría N° 6.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

La auditoría observa que en la clasificación de las manifestaciones presentadas por los usuarios no se encuentran actualizadas según la normatividad vigente.

Criterios:

Circular Externa 008 de 2018 Supersalud, Título VII Capítulo I Numeral 3.3 Peticiones.

Riesgo:

Incumplimiento de la norma de participación ciudadana.

Recomendación:

Actualizar y ajustar el procedimiento Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos. Código ES-GIC-AU002, conforme a la normatividad vigente.

Observación de Auditoría N° 7.

La auditoría al revisar el procedimiento, punto de control Instructivo Gestión del SIAU en Eurodoc, observa la manualidad en la ruta para el ingreso y registro de las diferentes manifestaciones presentadas por los usuarios, que comprenden actividades como: lectura de la manifestación, registro en el sistema de gestión documental Eurodoc (diligenciar campos mediante transcripción de la información depositada por el usuario), radicación que consiste en imprimir el código de barras y pegar el adhesivo en el documento, escaneo del documento con la aplicación Kodak capture pro software, indexación del documento nuevamente con el sistema de gestión documental Eurodoc, envío a los responsables mediante Workflow (función de Eurodoc) si es un usuario SAP o, vía correo electrónico si se trata de terceros o de funcionario sin usuario SAP; información que se consolida en una base de datos en Excel la cual se alimenta con el reporte que arroja Eurodoc y que por la limitación del desarrollo se debe editar para que coincidan los parámetros que estandarizan los datos.

Criterios:

1. Procedimiento Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos. Código ES-GIC-AU002.Pág 3.
2. Instructivo Gestión del SIAU en Eurodoc. Código ES-GIC-AU002I01

Riesgo:

Inexactitud en la información.

Recomendación:

Se recomienda articular los aplicativos y sistemas de información existentes al sistema institucional de gestión documental.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

En el numeral 5, Contenido, del procedimiento indicado, el paso dos (2) descrito como: “Trasladar las manifestaciones de los usuarios a los responsables de su gestión”, la auditoría observa lo siguiente:

Observación de Auditoría N° 8.

La auditoría al verificar el procedimiento, punto de control Instructivo Gestión de SIAU en Eurodoc, puede observar cómo el envío de las diferentes manifestaciones que llegan para ser gestionadas por las empresas tercerizadas, deben dejar el registro de la gestión de forma manual porque no tienen usuario asignado en el sistema de gestión documental Eurodoc.

Criterios:

1. Procedimiento Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos. Código ES-GIC-AU002. Pág. 3.
2. Instructivo Gestión del SIAU en Eurodoc. Código ES-GIC-AU002I01.

Riesgo:

La auditoría advierte un riesgo dado el nivel de manualidad y operatividad en la gestión de las diferentes manifestaciones presentadas por los usuarios.

Recomendación:

Evaluar la posibilidad de generar aplicativo para que empresas que prestan servicios tercerizados puedan gestionar las manifestaciones bajo su responsabilidad, tras lo cual puedan posteriormente cargarse automáticamente al Sistema de Gestión Documental de la entidad.

Observación de Auditoría N° 9.

La auditoría observa que uno de los canales enunciados para el acercamiento de la alta gerencia hacia la comunidad hospitalaria es el Boletín Pensamiento General. Es de anotar que este Boletín dejó de circular tanto en físico como en medio virtual, hace dos (2) años.

Criterios:

Procedimiento Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos. Código ES-GIC-AU002. Pág. 4.

Riesgo:

Pérdida de la comunicación entre la alta gerencia y la comunidad hospitalaria.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Recomendación:

Reactivar la estrategia comunicacional Boletín Pensamiento General como herramienta que facilite el acceso a la información Institucional a todos los grupos de interés.

Observación de Auditoria N° 10.

La auditoría al realizar visita de campo por los diferentes servicios y verificar el despliegue de las manifestaciones positivas presentadas por los usuarios, como agradecimientos y felicitaciones, los cuales son enviados a las respectivas áreas por medio de los líderes y directores, puede evidenciar que en el área asistencial estas manifestaciones son socializadas, sin embargo al preguntar en el área administrativa no se tiene evidencia del despliegue.

Criterios:

Procedimiento Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos. Código ES-GIC-AU002. Pág. 4.

Riesgo:

Omisión de la información del SIAU como insumo para el mejoramiento continuo.

Recomendación:

Promover el proceso en directores y líderes haciendo énfasis en la socialización y despliegue de las manifestaciones positivas presentadas por los usuarios.

En el numeral 5, Contenido, del procedimiento indicado, el paso tres (3) descrito como “Gestionar el reclamo y/o sugerencia” la auditoría observa lo siguiente:

Observación de Auditoria N° 11.

La auditoría al revisar la gestión registrada en Eurodoc y en los formatos manuales, puede evidenciar que la calidad de las respuestas no cumple con las directrices del procedimiento.

Criterio::

Procedimiento Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos. Código ES-GIC-AU002. Pág 4.

Formato Análisis e intervención de reclamos y sugerencias.

Riesgo:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Fallas en la calidad de la respuesta al usuario por parte del responsable.

Recomendación:

Promover el proceso en directores y líderes con énfasis en la gestión con calidad de reclamos y sugerencias.

Evaluar la pertinencia de la creación de un indicador que mida la calidad de la respuesta a los reclamos y sugerencias presentadas por los usuarios.

Evaluar la posibilidad de buscar otro mecanismo que garantice la oportunidad y la calidad en la gestión de los reclamos y sugerencias presentados por los usuarios.

En el numeral 5, Contenido, del procedimiento indicado, el paso cuatro (4) descrito como “Dar respuesta al usuario” y cinco (5) “Seguimiento a la gestión de reclamos y sugerencias”, la auditoría observa lo siguiente:

Observación de Auditoría N° 12.

La auditoría al revisar la gestión registrada en Eurodoc y en los formatos manuales, puede evidenciar que la oportunidad de las respuestas no cumple con las directrices del procedimiento.

Criterio:

Procedimiento Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos. Código ES-GIC-AU002.Pág 4.

Riesgo:

Incumplimiento de la normatividad vigente.

Recomendación:

Promover el proceso en directores y líderes con énfasis en la gestión con oportunidad de reclamos y sugerencias.

Evaluar la posibilidad de buscar otro mecanismo que garantice la oportunidad y la calidad en la gestión de los reclamos y sugerencias presentados por los usuarios.

En el numeral 5, Contenido, del procedimiento indicado, el paso seis (6) descrito como “Consolidar y presentar información de reclamos, sugerencias, felicitaciones y agradecimientos”, la auditoría observa lo siguiente:

Observación de Auditoría N° 13.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

La auditoría al verificar el procedimiento observa que no se encuentran relacionados todos los informes que genera la oficina de atención al usuario.

Criterio:

1. Procedimiento Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos. Código ES-GIC-AU002..Pág 6.
2. Circular Externa 008 de 2018 Supersalud, Título VII Capítulo I Numeral 3 Sistema de Atención al Usuario.

Riesgo:

Omisión de la información del SIAU como insumo para el mejoramiento continuo.

Recomendación:

Actualizar el proceso con todos sus procedimientos según la normatividad vigente.

2.1.3. Monitoreo de la satisfacción del usuario. Código ES-GIC-AU003.

En el numeral 5, Contenido, del procedimiento indicado, el paso dos (2) descrito como: “Aplicar las encuestas”, la auditoría observa lo siguiente:

Observación de Auditoría N° 14.

La auditoría al revisar la cantidad de encuestas aplicadas observa que no se cumple con los parámetros de la muestra definida por el área de Estadística, además, estas no se encuentran diligenciadas completamente.

Criterios:

Procedimiento Monitoreo de la satisfacción del usuario. Código ES-GIC-AU003. Pág. 2.

Riesgo:

Información no confiable.

Recomendación:

1. Aplicar la encuesta a todos los pacientes que egresan del servicio.
2. Evaluar la posibilidad de que esta encuesta de satisfacción sea aplicada por personal de la oficina

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

de atención al usuario.

Observación de Auditoria N°15.

La auditoría al realizar visita de campo observa que la encuesta es aplicada en formato físico y posteriormente recogida por personal de la oficina de atención al usuario para la respectiva tabulación.

Criterios:

Procedimiento Monitoreo de la satisfacción del usuario. Código ES-GIC-AU003. Pág. 2.

Riesgo:

Pérdida de la información por el alto grado de manualidad.

Recomendación:

Usar las tecnologías de información para la aplicación de la encuesta que se encuentran disponibles.

Observación de Auditoria N° 16.

La auditoría al realizar visita de campo observa que la tabulación de la encuesta se ingresa en el aplicativo institucional "lime survey" de forma manual.

Criterios:

Procedimiento Monitoreo de la satisfacción del usuario. Código ES-GIC-AU003. Pág. 2.

Riesgo:

Pérdida de la información por el alto grado de manualidad.

Recomendación:

Uso de las tecnologías de información para la aplicación de la encuesta.

Observación de Auditoria N° 17

La auditoría al revisar las Generalidades del procedimiento donde se plantea la aplicación de la

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

encuesta anual, numeral 6.2.1., evidencia que en el año 2018 no se aplicó dicha encuesta debido a la falta de personal para la ejecución de esta actividad.

Criterio:

Procedimiento Monitoreo de la satisfacción del usuario. Código ES-GIC-AU003. Pág. 3, 6. Generalidades.

Riesgo:

Falta de información para alimentar otros indicadores.

Recomendación:

Aplicar la encuesta anual de satisfacción según el procedimiento.

III. PROCESOS INTERDEPENDIENTES.

El proceso de sistema de información y atención al usuario tiene los siguientes procesos interdependientes: Gestión humana, estadísticas y, otros servicios institucionales.

3.1. Gestión Humana

Observación de Auditoría N°18

La auditoría al realizar entrevista con la Jefe de Calidad y Planeación y la profesional de atención al usuario puede evidenciar que debido al desarrollo de la convocatoria 426 de 2016 de la CNSC, la oficina de atención al usuario no cuenta con un plan de sucesión para la entrega del cargo del profesional de atención al usuario, además, por ser un área tan pequeña no cuenta con un profesional que permita dar continuidad al cargo desempeñado.

Criterio:

1. Manual de Funciones.
2. Auditoría interna convocatoria 426 de 2016 de la CNSC.

Riesgo:

Pérdida del conocimiento y de la información del proceso.

Recomendación:

Evaluar la posibilidad que desde Gestión Humana se diseñe el plan de sucesión para el cargo de profesional universitario de atención al usuario.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Estudiar la viabilidad de crear otro cargo de profesional universitario que permita la efectividad para el cumplimiento de la norma.

3.2. Estadística

Observación de Auditoría N°19

La auditoría al revisar el procedimiento Monitoreo de la satisfacción del usuario, encuentra que no está definida la frecuencia del envío del tamaño mastral, para la aplicación de la encuesta en cada uno de los servicios o proceso objeto de evaluación.

Criterio:

Procedimiento Monitoreo de la satisfacción del usuario. Código ES-GIC-AU003. Pág. 2

Riesgo:

Información desactualizada.

Recomendación:

Revisar y actualizar el procedimiento monitoreo de la satisfacción del usuario definiendo la frecuencia del envío del tamaño muestral.

Observación de Auditoría N° 20

La auditoría al revisar el procedimiento Monitoreo de la satisfacción del usuario, encuentra que la consolidación de las encuestas según el tipo de usuario y frecuencia de aplicación, no es realizada por el área de estadística, esta actividad es ejecutada por la auxiliar administrativa de la oficina de atención al usuario.

Criterio:

Procedimiento Monitoreo de la satisfacción del usuario. Código ES-GIC-AU003. Pág. 2

Riesgo:

Información desactualizada.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Recomendación:

Revisar y actualizar el procedimiento monitoreo de la satisfacción del usuario.

3.3. Otras áreas y servicios

Observación de Auditoría N° 21

La auditoría al realizar visita de campo observa que uno de los motivos de acceso a la oficina de atención al usuario, por pacientes y familiares, es debido a la vulneración del derecho de estar informados ya que son direccionados desde los mismos servicios, sin que en estos se gestionen.

Criterio:

3. Manual de Funciones.
4. Manual de Información y orientación al usuario. Código: ES-GIC-AU001M01, Derechos y Deberes de los usuarios.

Riesgo:

Insatisfacción del usuario.

Recomendación:

Reforzar en directores y líderes de proceso, la divulgación e implementación de los derechos y deberes de los usuarios en su quehacer diario.

IV. ESTRUCTURA DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO

El equipo del proceso está conformado por los siguientes funcionarios:

Jefe de Calidad y Planeación	Yudy Alejandra Cadavid Londoño
Profesional Universitario	Sandra María Guerra Zapata
Auxiliar Administrativo	Ismayr Zea Valderrama

Observación de Auditoría N° 22

La auditoría al realizar visita de campo y evaluar las diferentes funciones y actividades desempeñadas por la profesional de atención al usuario, observa que esta realiza funciones y actividades que no se encuentran relacionadas en el manual de funciones ni en ninguno de los procedimientos descritos en el proceso SIAU.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Criterio:

Manual de Funciones.

Proceso Sistema de Información y Atención al usuario SIAU. Código ES-GIC-AU.

Ley 1474 de 2011. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. Capítulo VI. Artículo 73. Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

Riesgo:

Incumplimiento de la norma.

Recomendación:

Evaluar la posibilidad de reestructurar y fortalecer la oficina de atención al usuario.

V. CONSOLIDADO OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1. Relación de las observaciones.

Nº	Observación	Numeral
1	En visita de campo a la oficina de atención al usuario, la auditoría identifica que el espacio físico en el cual se brinda la atención al usuario es reducido, en él se encuentran dos personas dispuestas para la entrevista de los usuarios quienes además están acompañadas de personal en formación, condición que vulnera el derecho a la privacidad de los usuarios.	2.1.1
2	La auditoría encuentra como punto de control, con base en una muestra de doscientos cuarenta y tres (243), que para la atención a los usuarios existe el formato "Registro de usuarios atendidos" código: ES-GIC-AU001F01, el cual no se encuentra totalmente diligenciado, esta planilla es de apoyo a la gestión de la oficina para la ejecución de las actividades.	2.1.1
3	La auditoría al verificar el funcionamiento del Comité de Ética Hospitalaria y el conocimiento por parte de algunos funcionarios de las funciones del comité en la institución, evidencia que la Resolución 035G de 2017 de la Gerencia de la Entidad, se encuentra vigente, además que por su enfoque bioético este comité tiene como finalidad entre otras de: "Orientar la humanización en la atención de los pacientes, la calidad y la oportunidad en la atención de los pacientes...", sin embargo los funcionarios entrevistados (personal asistencial) desconocen el objetivo y la funciones del comité de ética hospitalaria.	2.1.1
4	La auditoría al revisar los canales de participación social como por ejemplo, la asociación de usuarios, no se encuentra que estos estén caracterizados de manera independiente, así como tampoco sus funciones.	2.1.1
5	La auditoría encuentra como punto de control, que para la atención a los usuarios	2.1.1

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

	existe el formato “Registro de usuarios atendidos” código: ES-GIC-AU001F01, el cual no permite identificar los derechos vulnerados a los usuarios.	
6	La auditoría observa que en la clasificación de las manifestaciones presentadas por los usuarios no se encuentran actualizadas según la normatividad vigente.	2.1.2
7	La auditoría al revisar el procedimiento, punto de control Instructivo Gestión del SIAU en Eurodoc. observa la manualidad en la ruta para el ingreso y registro de las diferentes manifestaciones presentadas por los usuarios, que comprenden actividades como: lectura de la manifestación, registro en el sistema de gestión documental Eurodoc (diligenciar campos mediante transcripción de la información depositada por el usuario), radicación que consiste en imprimir el código de barras y pegar el adhesivo en el documento, escaneo del documento con la aplicación Kodak capture pro software, indexación del documento nuevamente con el sistema de gestión documental Eurodoc, envío a los responsables mediante Workflow (función de Eurodoc) si es un usuario SAP o, vía correo electrónico si se trata de terceros o de funcionario sin usuario SAP; información que se consolida en una base de datos en Excel la cual se alimenta con el reporte que arroja Eurodoc y que por la limitación del desarrollo se debe editar para que coincidan los parámetros que estandarizan los datos.	2.1.2
8	La auditoría al verificar el procedimiento puede observar cómo el envío de las diferentes manifestaciones que llegan para ser gestionadas por las empresas tercerizadas, deben dejar el registro de la gestión de forma manual porque no tienen usuario asignado en el sistema de gestión documental Eurodoc.	2.1.2
9	La auditoría observa que uno de los canales enunciados para el acercamiento de la alta gerencia hacia la comunidad hospitalaria es el Boletín Pensamiento General. Es de anotar que este Boletín dejó de circular tanto en físico como en medio virtual, hace dos (2) años.	2.1.2
10	La auditoría al realizar visita de campo por los diferentes servicios y verificar el despliegue de las manifestaciones positivas presentadas por los usuarios, como agradecimientos y felicitaciones, los cuales son enviados a las respectivas áreas por medio de los líderes y directores, puede evidenciar que en el área asistencial estas manifestaciones son socializadas, sin embargo al preguntar en el área administrativa no se tiene evidencia del despliegue.	2.1.2
11	La auditoría al revisar la gestión registrada en Eurodoc y en los formatos manuales, puede evidenciar que la calidad de las respuestas no cumple con las directrices del procedimiento.	2.1.2
12	La auditoría al revisar la gestión registrada en Eurodoc y en los formatos manuales, puede evidenciar que la oportunidad de las respuestas no cumple con las directrices del procedimiento.	2.1.2
13	La auditoría al verificar el procedimiento observa que no se encuentran relacionados todos los informes que genera la oficina de atención al usuario.	2.1.2
14	La auditoría al revisar la cantidad de encuestas aplicadas observa que no se cumple con la muestra aportada por el área de Estadística, además, estas no se encuentran diligenciadas completamente.	2.1.3
15	La auditoría al realizar visita de campo observa que la encuesta es aplicada en formato físico y posteriormente recogida por personal de la oficina de atención al usuario para la respectiva tabulación.	2.1.3

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

16	La auditoría al realizar visita de campo observa que la tabulación de la encuesta se ingresa en el aplicativo institucional "lime survey" de forma manual.	2.1.3
17	La auditoría al revisar las Generalidades del procedimiento donde se plantea la aplicación de la encuesta anual, numeral 6.2.1., evidencia que en el año 2018 no se aplicó dicha encuesta debido a la falta de personal para la ejecución de esta actividad.	2.1.3
18	La auditoría al realizar entrevista con la jefe de calidad y planeación y la profesional de atención al usuario puede evidenciar que debido al desarrollo de la convocatoria 426 de 2016 de la CNSC, la oficina de atención al usuario no cuenta con un plan de sucesión para la entrega del cargo del profesional de atención al usuario, además, por ser un área tan pequeña no cuenta con un profesional par que permita dar continuidad al cargo desempeñado.	3.1
19	La auditoría al revisar el procedimiento Monitoreo de la satisfacción del usuario, encuentra que la muestra para la aplicación de la encuesta mensual la provee el área de Estadística. Esta información no llega oportunamente para ser entregada a los servicios.	3.2
20	La auditoría al revisar el procedimiento Monitoreo de la satisfacción del usuario, encuentra que la consolidación de las encuestas según el tipo de usuario y frecuencia de aplicación, no es realizada por el área de estadística, esta actividad es ejecutada por la auxiliar administrativa de la oficina de atención al usuario.	3.2
21	La auditoría al realizar visita de campo observa que uno de los motivos de acceso a la oficina de atención al usuario, por pacientes y familiares, es debido a la vulneración del derecho de estar informados ya que son direccionados desde los mismos servicios, sin que en estos se gestionen.	3.3
22	La auditoría al realizar visita de campo y evaluar las diferentes funciones y actividades desempeñadas por la profesional de atención al usuario, observa que esta realiza funciones y actividades que no se encuentran relacionadas en el manual de funciones ni en ninguno de los procedimientos descritos en el proceso SIAU.	4

Fig. Relación de las Observaciones.

5.2. Recomendaciones.

4.2.1. En el gobierno.

- 4.2.1.1. Crear indicadores de gestión, de oportunidad, de eficiencia, que permitan evaluar la efectividad de la oficina de atención al usuario y por ende de los procesos institucionales.
- 4.2.1.2. Divulgar por todos los medios existentes en la institución, el objetivo, las funciones y los canales de acceso al comité de ética hospitalario.
- 4.2.1.3. Se recomienda revisar y actualizar el proceso Sistema de Información y Atención al Usuario conforme a la normatividad vigente.
- 4.2.1.4. Actualizar y ajustar el procedimiento Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos. Código ES-GIC-AU002.conforme a la normatividad vigente.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- 4.2.1.5. Evaluar la posibilidad de generar aplicativo para que empresas que prestan servicios tercerizados puedan gestionar las manifestaciones bajo su responsabilidad, tras lo cual puedan posteriormente cargarse automáticamente al Sistema de Gestión Documental de la entidad.
- 4.2.1.6. Activar la estrategia comunicacional boletín Pensamiento General como herramienta que facilite el acceso a la información Institucional a todos los grupos de interés.
- 4.2.1.7. Crear indicadores de gestión, de oportunidad, de eficiencia, que permitan evaluar la efectividad de la oficina de atención al usuario y por ende de los procesos institucionales.
- 4.2.1.8. Promover el proceso en directores y líderes haciendo énfasis en la socialización y despliegue de las manifestaciones positivas presentadas por los usuarios.
- 4.2.1.9. Promover el proceso en directores y líderes haciendo énfasis en la calidad de los reclamos y sugerencias presentadas por los usuarios.
- 4.2.1.10. Evaluar la pertinencia de la creación de un indicador que mida la calidad de la respuesta a los reclamos y sugerencias presentadas por los usuarios.
- 4.2.1.11. Promover el proceso en directores y líderes con énfasis en la gestión con oportunidad de reclamos y sugerencias.
- 4.2.1.12. Actualizar el proceso con todos sus procedimientos según la normatividad vigente.
- 4.2.1.13. Estudiar la viabilidad de crear otro cargo de profesional universitario que permita la efectividad para el cumplimiento de la norma.
- 4.2.1.14. Generar la muestra oportunamente conforme a lo establecido en el procedimiento.
- 4.2.1.15. Evaluar la posibilidad de reestructurar y fortalecer la oficina de atención al usuario.

4.2.2. En el control.

- 4.2.2.1. Evaluar la posibilidad de implementar un sistema de atención por medio de digiturno que permita captar los datos básicos de cada uno de los usuarios atendidos.
- 4.2.2.2. Ajustar el formato “Registro de usuarios atendidos “código: ES-GTIC-AU001F01 de forma que permita identificar y clasificar los derechos vulnerados a los usuarios.
- 4.2.2.3. Se recomienda articular los aplicativos y sistemas de información existentes al sistema institucional de gestión documental.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- 4.2.2.4. Evaluar la pertinencia de la creación de un indicador que mida la calidad de la respuesta a los reclamos y sugerencias presentadas por los usuarios.
- 4.2.2.5. Aplicar la encuesta a todos los pacientes que egresan del servicio.
- 4.2.2.6. Evaluar la posibilidad de que esta encuesta de satisfacción sea aplicada por personal de la oficina de atención al usuario.
- 4.2.2.7. Aplicar la encuesta anual de satisfacción según el procedimiento.
- 4.2.2.8. Evaluar la posibilidad que desde Gestión Humana se diseñe el plan de sucesión para el cargo de profesional universitario de atención al usuario.
- 4.2.2.9. Reforzar en directores y líderes de proceso, la divulgación e implementación de los derechos y deberes de los usuarios en su quehacer diario.

4.2.3. En los riesgos.

- 4.2.3.1. Se recomienda evaluar la posibilidad de trasladar la oficina de atención al usuario para un espacio donde se pueda garantizar la privacidad al usuario y la seguridad para el funcionario.
- 4.2.3.2. Con base en la visión institucional el cual busca generar experiencias positivas en sus usuarios, se recomienda que sea una sola persona quien tenga como asignación la identificación de las necesidades de los usuarios mediante la escucha activa teniendo preferiblemente un perfil social.
- 4.2.3.3. Evaluar la posibilidad de buscar otro mecanismo que garantice la oportunidad y la calidad en la gestión de los reclamos y sugerencias presentados por los usuarios.
- 4.2.3.4. Usar las tecnologías de información para la aplicación de la encuesta que se encuentran disponibles.

VI. CICLO DE LA AUDITORÍA.

6.1. Posición del Auditado.

Una vez recibido el Informe el auditado, dispondrá de tres (3) días hábiles para manifestar su posición frente al mismo y para hacer la Evaluación del Auditor, en el formato correspondiente.

El informe de la auditoria al proceso de sistema de información y atención al usuario se socializó con la Jefe del Proceso y su equipo de trabajo, quiénes estuvieron de acuerdo con las observaciones y recomendaciones plasmadas en el mismo.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

6.2. Plan de Mejoramiento y Seguimiento.

Una vez aceptado el Informe, el auditado coordinará con su equipo de trabajo y con las áreas corresponsables, la formulación del Plan de Mejoramiento respectivo, en un término de diez (10) hábiles. Los responsables de las actividades del Plan harán el reporte de avance. La Oficina de Auditoría Interna hará seguimiento bimensual del Plan de Mejoramiento y presentará el Informe correspondiente.

6.3. Comunicación y Socialización del Informe Final.

En firme el Informe Final de la Auditoría será socializado en las siguientes instancias, con el fin de que definan las acciones a seguir:

- Comité Coordinador de Control Interno; y
- Junta Directiva del Hospital General de Medellín.

6.4. Valor Probatorio.

De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 9° de la Ley 1474 de 2011: “Los informes de los funcionarios de control interno tendrán valor probatorio en los procesos disciplinarios, administrativos, judiciales y fiscales cuando las autoridades pertinentes así lo soliciten”.

VII. CONCLUSIONES.

- 7.1. El proceso Sistema de Información y Atención al Usuario del Hospital General de Medellín cumple con el objetivo de brindar atención y orientación al usuario y su familia y demás partes interesadas, gestionando oportunamente sus requerimientos y satisfaciendo sus necesidades y expectativas.
- 7.2. El proceso Sistema de Información y Atención al Usuario se encuentra enmarcado en el objetivo estratégico N°5 “Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad”, en el programa estratégico: “Fortalecimiento del sistema de gestión integral de calidad”.
- 7.3. El proceso Sistema de Información y Atención al Usuario se encuentra articulado con el sistema de garantía de la calidad y es transversal a toda la Institución.
- 7.4. El proceso Sistema de Información y Atención al Usuario contribuye de manera importante al cumplimiento del modelo de atención Institucional y a la satisfacción de la experiencia del usuario.
- 7.5. El proceso Sistema de Información y Atención al Usuario es el cuarto (4) componente del Plan anticorrupción y atención al ciudadano.



OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Documento elaborado y revisado por:
Equipo de Trabajo de la **Oficina de Auditoría Interna.**

María Janeth Agudelo Arango Profesional de Auditoría Interna.
Carlos Uriel Lopez Ríos Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, Marzo de 2019.

