



FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Código:	Versión: 01	Fecha: Agosto 05-2014	Página 1 de 2
---------	-------------	-----------------------	---------------

Bello, 30 de Julio de 2021.

PARA: Doctor DIEGO ALFONSO MONTOYA GRAJALES
Gerente

Doctora
PAULA ANDREA GONZALES
Subgerente de Servicios de Salud

Doctor
ALEJANDRO ALZATE
Subgerente Administrativo y Financiero

DE: JAVIER ANTONIO LÓPEZ RESTREPO
Jefe de Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe de Evaluación al Proceso de Participación
Social y (PQRS) Vigencia 2021 Semestre I.

Cordial saludo.

Desde el Rol de Evaluación y Seguimiento que le confiere el Decreto 648 de 2017 a las Oficinas de Control Interno y en el entendido que la auditoría interna una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización y dando cumplimiento al artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, me permito hacer entrega, vía correo oficial, del informe de evaluación a la oficina de atención al usuario y la atención de las PQRS de la entidad en la vigencia 2021 primer semestre.

Una vez en firme el informe de evaluación, se recomienda elaborar el Plan de Mejoramiento respectivo con las acciones de mejora correspondientes a los hallazgos detectados.

Esta Oficina queda a espera de disposiciones al respecto y disponible para acompañar las acciones de mejora correspondientes.

Atentamente,

JAVIER ANTONIO LÓPEZ RESTREPO
Jefe de Oficina de Control Interno

Elaboró: Oficina de Control Interno	Revisó: Equipo de Calidad	Aprobó: Gerencia
Fecha:	Fecha:	Fecha:

FORMATO PLAN DE AUDITORÍA INTERNA

Código:	Versión: 01	Fecha: Agosto 05 - 2014	Página 2 de 2
---------	-------------	-------------------------	---------------

Proceso, Procedimiento o Área a Auditar	PROCEDIMIENTO TRAMITE DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS
Objetivo del Proceso, Procedimiento O Área	Tramitar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias manifestados por los usuarios de la E.S.E. BELLOSALUD.
Responsable del Procedimiento Auditado	DRA PAULA ANDREA GONZALES Subgerente de Servicios de Salud. DR ALEJANDRO ALZATE Subgerente Administrativo y Financiero
Complemento de Auditoría	Procedimiento de Archivo y Correspondencia Subgerencia Administrativa y Financiera
OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA	
Verificar y evaluar la efectividad en el desempeño del Sistema de Información de Atención al Usuario por parte de la ESE BELLOSALUD durante el primer semestre de la vigencia 2021.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA	
1. Realizar seguimiento constante a la oportunidad en la Respuesta de las PQRS instauradas a través de las oficinas de atención al usuario de la ESE BelloSalud.	
2. Verificar el cumplimiento de la Ley 1474 de 2011, en su artículo 76.	
3. Verificar el cumplimiento en términos de eficacia y oportunidad de los derechos de petición instaurados en la ESE BelloSalud a través de la ventanilla única.	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
La auditoría comprende la evaluación y verificación del cumplimiento de los procedimientos de, Trámite de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias, que comprenden las actividades del SIAU, por parte de la ESE BELLOSALUD, así como la verificación del cumplimiento en los trámites de respuesta, de los derechos de petición instaurados durante el segundo semestre de la vigencia 2019.	
CRITERIOS DE LA AUDITORÍA	1. Decreto 1757 de 1994 Modalidades y formas de participación ciudadana en la prestación de servicios de salud.
	2. Decreto 1876 de 1994
	3. Ley 1474 de 2011 Art. 76 Oficina de quejas, sugerencias y reclamos
	4. Ley 1755 de 2015, Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
	5. Ley 1712 de 2014 Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional
	6. Decreto 103 de 2015 se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014
	7. Ley 1437 de 2011
	8. Circular 008-2018 de la Supersalud

Código:

Versión: 01

Fecha: Agosto 05 - 2014

Página 3 de 2

INFORME DE OBSERVACIONES DETECTADAS.

1. En algunos trámites de quejas, no se detecta tratamiento de fondo, como lo requiere la Ley 1437 de 2011. Por ejemplo, en algunas quejas por maltrato, no se evidencia que se interviene al funcionario aludido o a la empresa empleadora, para el caso de personal tercerizado. El solo hecho de responderle al usuario que se tomarán las medidas del caso, no es una respuesta satisfactoria para el quejoso.
2. Se inició en el primer semestre de 2021, con el uso y disponibilidad de las PQRS, a través de la página web. Tal herramienta a disposición produjo un incremento considerable, en las expresiones de los ciudadanos y de algunas entidades, que lo están utilizando como medio de comunicación oficial con la ESE Bellosalud. Por omisión, no se consolidó el reporte de estas, con el registro de las PQRS de manera física, a través de los buzones y por consiguiente en el informe presentado por el Líder del proceso, no se reveló el informe del desempeño de este mecanismo.
Adicional, se evidenció la utilización de esta herramienta de las PQRS en la página web, para radicar notificaciones de procesos judiciales, como tutelas y ofertas de bienes y servicios. Estos radicados son enviados a la dependencia de gestión documental.
3. Se presentaron 3 quejas en las que los usuarios se manifiestan con respecto al servicio de teleconsulta, ya que deben trasladarse al hospital para pagar la cuota moderadora y en caso de requerirse, regresar por autorizaciones o fórmulas médicas. Incluso se presentó queja porque el usuario en el momento de la llamada telefónica del médico, no se encontraba en la casa, porque estaba pagando la cuota moderadora, pero el médico le llamó al teléfono fijo y por esto perdió la cita. Analizado el caso con los directivos, se encuentra que hay médicos con restricciones médicas, que deben trabajar en esta modalidad. Al respecto es importante entender y resaltar, que el servicio al usuario, es el propósito de la ESE y no es lógico, que ante los criterios de la Estrategia Antitrámites y de Gobierno Digital, se brinde al usuario una atención telefónica, pero éste deba trasladarse hacia las instalaciones del Hospital antes y/o después de la atención.
4. Se observa un inadecuado manejo de los documentos de archivo de las PQRS, ya que no se utiliza el membrete oficial y no se radican de manera oficial, las PQRS de respuesta. Lo anterior en contravía de la norma de gestión documental, Acuerdo 060 de 2001, emitido por el Archivo General de la Nación. Además, no se deja evidencia de la fecha en que el usuario, recibe la respuesta, solo queda un registro en Excel, que no garantiza ningún control en la efectividad de éstas. Otra debilidad observada en la gestión documental, es la actualización del formato para el registro de las PQRS, en el que se omitió la opción de registro del correo del usuario, sin que se pueda enviar la respuesta a éste. Existen documentos de respuesta en el que no se referencia el destinatario, tal como la PQRS R21-921 y la queja Z21-1073.
5. El Procedimiento documentado, para la gestión y trámite de las PQRS no contempla los riesgos y los controles, tal como debe aplicarse en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, establecido por el Decreto 1499 de 2017. Esta debilidad es reiterativa en todas las auditorías internas realizadas. Además al iniciar el trámite de las PQRS, a través de la página web, se debe actualizar el procedimiento con

Código:

Versión: 01

Fecha: Agosto 05 - 2014

Página 4 de 2

la interacción por este medio.

6. Se hace necesario destacar en la evaluación de seguimiento con respecto a la anualidad 2020, que en la distribución de las quejas a nivel de servicios, existen 2 de ellos que concentraron la mayor cantidad, siendo estos los de Admisiones y de Consulta Externa, los cuales en promedio contemplaron el 54% de éstas expresiones. En el primer semestre de 2021, el servicio de Admisiones, registra el primer lugar con un 28%, seguido de Citas médicas, con un 21,4%. Sigue siendo predominante el servicio de Admisiones en los registros de las quejas, que a pesar que disminuyen en cantidad y se ha realizado intervención, vía capacitación, sus resultados siguen mostrando necesidad de mejora en la atención al usuario.
7. Se observa aspecto a destacar en la evaluación de seguimiento, con respecto a las expresiones de los usuarios, de la cuales, 26 corresponden a felicitaciones por amabilidad y buen servicio; en su mayoría expresadas de manera general por sedes, destacándose el Hospital Rosalpí, con 12 manifestaciones, seguida del centro de salud Maruchenga con 6 y Playa Rica con 5. En cuanto a los servicios involucrados, se destacan 4 expresiones para el SIAU y 3 para el servicio de Admisiones, así como una expresión para el Coordinador Médico y otra para la Subgerente de Servicios de Salud. Se continúa resaltando la labor de la funcionaria ROCÍO HENAO, en la sede Maruchenga, por su esmero en el aseo y limpieza de este centro de salud.
8. Para el primer semestre de 2021, se continúa con la debilidad en la ausencia de controles con respecto a los radicados de las peticiones de información en la ventanilla de gestión documental, ya que se conservan y detectan los registros de entrada, pero no se lleva la trazabilidad de la eficacia y efectividad en los términos de respuesta. Al realizar verificación del procedimiento, no se establece ni se aplica política de operación o acción efectiva de control, que prevenga la materialización del riesgo de incumplimiento legal. Para evidencia de materialización del riesgo se observó que los oficios con radicado de salida 000423, se respondió a los 63 días calendario, oficio con radicado 000233, que se respondió con 39 días calendario y oficio con radicado 000080, que se respondió con 30 días calendario, siendo todas estas tramitadas con términos de extemporaneidad, según la Ley 1755 de 2015. Revisando el procedimiento documentado de trámite documental, se encuentra que existe el control de la correspondencia, a cargo del funcionario de archivo, pero éste no se cumple.
Se deja plasmado en el informe, que dentro del ejercicio de la auditoría, se da instrucción por parte del Subgerente Administrativo al personal de gestión documental, para darle aplicabilidad al control correspondiente.

RECOMENDACIONES GENERALES DE LA AUDITORÍA

1. Se recomienda actualizar el formato para el registro de las PQRS en el buzón, con la consignación del correo electrónico del usuario, ya que esto permite una comunicación efectiva en las respuestas o la interacción con el ciudadano. Además, permite dejar constancia de trámite, haciendo más ágil y efectivo el cierre del caso.



FORMATO PLAN DE AUDITORÍA INTERNA

Código:	Versión: 01	Fecha: Agosto 05 - 2014	Página 5 de 2
---------	-------------	-------------------------	---------------

2. Se recomienda implementar los controles efectivos en la administración de la correspondencia, tal como aparece en el procedimiento documentado, para ejercer el control a la oportunidad en los términos de respuesta que permitan garantizar el cumplimiento del objetivo del procedimiento de distribución documental y del proceso de gestión documental, en los que se definan los indicadores de efectividad en los términos de respuestas, dando aplicabilidad al artículo 8° del Acuerdo 060 de 2001, expedido por el Consejo Directivo del Archivo General de la Nación y cumplimiento a las disposiciones de la Ley 1755 de 2015.
3. Se recomienda intervenir los procedimientos y el recurso humano dedicado a la atención al usuario, en especial en los servicios que aparecen con mayor participación en las expresiones; teniendo en cuenta, no solo las quejas instauradas, sino también las felicitaciones para realizar los posibles reconocimientos en aras de fortalecer y aplicar las directrices emitidas en la Circular 008 de 2018 de la Supersalud, en lo que respecta al trato digno y atención efectiva para el usuario y el sistema de estímulos. Para ello, se recomienda acoger los lineamientos de la Política de Servicio al Ciudadano del MIPG, en articulación con los lineamientos de la Supersalud en la Circular referida.
4. Se sugiere realizar actualización del procedimiento de la gestión de las PQRS, teniendo en cuenta los registros de las expresiones a través de la página web. Como también se sugiere implementar el registro del control propuesto en el procedimiento de archivo.
5. Se recomienda fortalecer y mejorar la herramienta de registro de las PQRS en la página web, iniciando por consolidarlas dentro del informe de gestión y luego por incluir en la web, archivo instructivo y de fundamento legal, para que el usuario entienda, para que realmente se debe utilizar y no haga mal uso de ésta.
6. Se recomienda tomar medidas en materia de la política de servicio al ciudadano, en armonía con la política de Gobierno Digital, en lo concerniente al pago de las cutas moderadoras y entrega de autorizaciones u órdenes de exámenes, para que en los servicios de teleconsulta, no se obligue al paciente o su familia a desplazarse hacia las sedes de atención.

Responsables	Nombre	Fecha	Firma
Elaboró:	JAVIER A. LÓPEZ RTPO Jefe Oficina de Control Interno.	27/04/2021	

ANEXO DE EVALUACIÓN

ESTADÍSTICAS

Dentro de la evaluación de las PQRS, durante el segundo semestre de la vigencia 2020, se presentaron 56 expresiones, las cuales se distribuyen de la siguiente forma:

QUEJAS:	___ 28 ___	Para un	50%
FELICITACIONES:	___ 26 ___	Para un	46,5%
SUGERENCIAS:	___ 2 ___	Para un	3,5%
PETICIONES:	___ 0 ___	Para un	0%

QUEJAS POR TRATO ___ 15 ___ Para un 53.5% del total de las quejas

DISTRIBUCIÓN DE LAS EXPRESIONES POR SEDE

SEDES	QUEJAS	FELICIT.	SUGER.	PETIC	TOTAL
ROSALPI	18	12	1		31
ZAMORA	3	1			4
PARIS	2	1			3
MARUCHENGA	0	6	1		7
FONTIDUEÑO	1	0			1
PLAYA RICA	1	5			6
MIRADOR	3	1			4
TOTALES	28	26	2	0	56

DISTRIBUCIÓN DE LAS FELICITACIONES Y QUEJAS POR SERVICIOS

SERVICIOS	FELICITAC.	%	QUEJAS	%	SUGERENC	%
ADMISIONES	3	11,5%	8	28%		
ODONTOLOGÍA	2	7,6%				
PORTERÍA	1	3,8%	1	3,5%		
FARMACIA	1	3,8%	2	7,6%		
CITAS MÉDICAS			6	21,4%		
URGENCIAS			2	7,6%		
LABORATORIO			1	3,5%		
ATENCIÓN AL USUARIO	4	15,3%				
CONSULTA EXTERNA	1	3,8%	4	14,2%		

HOSPITALIZACIÓN	1	3,8%				
ENFERMERÍA			2	7,6%		
SERVICIOS GENERALES	1	3,8%				
GNRAL X SEDES O CARGOS	11	42,3%			2	100%
TOTALES	26		28		2	

DISTRIBUCIÓN DE LAS QUEJAS POR MOTIVO

CONCEPTO	CANTIDAD	%
Por trato	15	55%
Por accesibilidad	9	33%
Por oportunidad	3	11.1%
TOTALES	27	100%

CONTROL PREVENTIVO

Desde la Oficina de Control Interno, se adiciona al presente ejercicio de auditoría interna, para emitir control preventivo a fin de que se intervenga de manera efectiva el Talento Humano de la ESE, en especial, el personal que tiene relación directa con los usuarios. Lo anterior en virtud de los resultados que arrojan las expresiones de las PQRS, en el entendido de que la mitad de éstas, corresponde a quejas, pero mayor aún, es que el 55% de éstas se clasifican en la categoría de insatisfacción del usuario a causa del trato dado por nuestros colaboradores. Además, por ser reiterativo en los seguimientos a las PQRS de períodos anteriores, el que la mayor parte de las quejas se dan por trato.

Como valor agregado, del ejercicio de la auditoría, se sugiere implementar plan de intervención, en donde se promueva y se evalúen las competencias del personal en la atención con trato digno, dentro del marco de la política de servicio al ciudadano del Modelo y de la Circular 008 de 2018 de la Supersalud. Se resalta y se alude los lineamientos de la visión de la ESE Bellosalud, que se propone *para el año 2030 ser una empresa líder en la prestación de servicios de salud de baja complejidad en el Municipio de Bello y su área cercana, reconocida por el servicio humanizado y seguro para los usuarios y sus familias aportando al bienestar de la población Bellanita.* Esto aunado a la promoción de los valores corporativos, dentro de los cuáles se definió **EL HUMANISMO**, y su declaratoria de compromiso así: *Reconozco en cada usuario su dignidad humana, su valor intrínseco como persona y en consecuencia contribuyo a la realización de sus proyectos de vida, a la satisfacción de sus necesidades respetándolo como persona y con derechos y deberes como paciente.*

Evaluación realizada por:



JAVIER ANTONIO LÓPEZ RESTREPO.
Jefe de Oficina de Control Interno.