Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
María Upegui
HOMO



“Integridad y Compromiso”

Oficina de Control Interno

Informe de Auditoria

Información y Atención al Usuario

Octubre 12 del 2023

1. INTRODUCCIÓN

La oficina de Control Interno en desarrollo del Programa Anual de Auditorías aprobado para la vigencia 2023 por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la ESE HOMO, programó efectuar la auditoría interna al proceso de Información y Atención al Usuario, desde el 01 de enero de 2023 al 30 de septiembre de 2023 sin perjuicio de ampliar el alcance a períodos anteriores y otras áreas o dependencias de acuerdo a las circunstancias, labor que se adelantó en el marco de sus funciones como mecanismo de apoyo al cumplimiento de los objetivos de control establecidos en la ley 87 de 1993.

La auditoría estuvo orientada a identificar oportunidades de mejora para el Sistema de Control Interno Institucional en los procesos relacionados, a través del análisis de su objetivo, actividades y documentos anexos.

Para el desarrollo de esta, se tuvo en cuenta como marco normativo, las funciones encomendadas por la ley 87 de 1993, que define el Control Interno como un sistema integrado por el esquema de la organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la 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 y objetivos previstos.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Se examinó y evalúo la adecuada y eficaz aplicación del Proceso de INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO, permitiendo adoptar las acciones correctivas pertinentes que permitan orientar a los usuarios, acudientes y familiares en cuanto a inquietudes, necesidades y requerimientos en la prestación del servicio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Se verificó el cumplimiento al procedimiento de orientación y atención al usuario.
- Se verificó el cumplimiento al procedimiento de gestión de las manifestaciones del usuario.
- Se verificó el cumplimiento al procedimiento de satisfacción de los usuarios.
- Se verificó el cumplimiento de las políticas del proceso de información y atención al usuario.

3. ALCANCE:

Esta auditoría tuvo como propósito realizar un seguimiento al cumplimiento del proceso de información y atención al usuario, desde el 01 de enero al 30 de septiembre del año 2023, sin perjuicio de ampliar el alcance a períodos anteriores y otras áreas o dependencias de acuerdo a las circunstancias.

5. MARCO LEGAL.

- Procedimientos, riesgos, indicadores, puntos de control y demás criterios del proceso.
- Normograma establecido en el SIGC.

6. METODOLOGÍA:

Para el desarrollo de la presente auditoría se utilizarán la verificación y análisis de documentos a través de pruebas selectivas, además se utilizaran las siguientes Técnicas:

- **Observación:** Es una manera de inspección, se verificó la información soporte de las operaciones y la información dispuesta en los aplicativos para tal fin.

- **Indagación:** Se obtuvo información verbal mediante averiguación con los responsables de la información en el área encargada de operar el proceso.
- **Documental:** Se revisaron los procedimientos establecidos en el SIGC.
- **Muestreo:** Se seleccionó una muestra representativa de la población, es decir, que represente lo más fielmente posible a la población a la que se pretende evaluar.

7. DESARROLLO DEL INFORME.

A continuación, se relacionan los resultados obtenidos a partir de los criterios de auditoría definidos para el proceso de apoyo logístico y ambiental.

7.1 Mapa de Riesgos.

Se evidencia mapa de riegos con seguimiento a 30 de septiembre de 2023 y debidamente publicada en el SIGC.

7.2 Indicadores.

En el SIGC se observa publicados los indicadores del proceso de información y atención al usuario actualizados a 30 de septiembre de 2023.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

Código:PI - FR- 07 | Versión: Cuarta | Página 1 de 2

RESPONSABLE													
NOMBRE DEL INDICADOR	PROPORCION DE SATISFACCION GLOBAL												
DEFINICION OPERACIONAL	No. total de ptes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en la ips / Numero total de pacientes encuestados por la ips									X 100		**REPORTE MENSUAL**	
AÑO 2023													
	ENE	**FEB**	**MAR**	**ABR**	**MAY**	**JUN**	**JUL**	**AGO**	**SEP**	**OCT**	**NOV**	**DIC**	**TOTAL**
Pacientes satisfechos	281	275	272	271	276	271	272	270	269				2.457
Total pacientes encuestados	281	281	279	281	281	279	279	281	279				2.521
SATISFACCION 2023	100,00%	97,86%	97,49%	96,44%	98,22%	97,13%	97,49%	96,09%	96,42%				97,46
SATISFACCION 2022	94,50%	96,79%	93,55%	98,62%	96,33%	98,62%	96,37%	97,98%	98,38%	97,58%	97,98%	98,79%	97,17
SATISFACCION 2021	96,12%	96,60%	93,66%	96,12%	95,63%	96,59%	97,57%	96,12%	97,07%	96,31%	96,31%	97,70%	96,32
ESTANDAR	**95%**	**95%**	**95%**	**95%**	**95%**	**95%**	**95%**	**95%**	**95%**	**95%**	**95%**	**95%**	

RESPONSABLE													
NOMBRE DEL INDICADOR	OPORTUNIDAD EN RESPUESTA A QUEJAS												
DEFINICION OPERACIONAL	N° de Quejas respondidas entre 1 y 15 días / N° total de quejas									X 100		**REPORTE MENSUAL**	
AÑO 2023													
	ENE	**FEB**	**MAR**	**ABR**	**MAY**	**JUN**	**JUL**	**AGO**	**SEP**	**OCT**	**NOV**	**DIC**	**TOTAL**
NUMERADOR 2021	3	2	7	2	9	7	8	2	9				49
DENOMINADOR 2021	3	2	7	2	9	7	8	2	9				49
RESULTADO 2023	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0				100
RESULTADO 2022	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
RESULTADO 2021	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
ESTANDAR	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	

NOMBRE DEL INDICADOR	PROMEDIO DÍAS DE RESPUESTA A QUEJAS		
DEFINICION OPERACIONAL	SUMATORIA DÍAS DE RESPUESTA A QUEJAS / Nº total de quejas	X 100	REPORTE MENSUAL

AÑO 2023	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Valor del Numerador	28	7	53	19	50	66	9	3	7				242
Valor del denominador	3	2	7	2	9	7	8	2	9				49
RESULTADO 2023	9,33	3,50	7,57	9,50	5,56	9,43	1,13	1,50	0,78				4,94
RESULTADO 2022	5,50	4,50	0,83	7,60	7,83	4,50	4,40	6,50	8,00	6,20	8,83	10,00	5,93
RESULTADO 2021	7,00	5,00	6,00	6,00	5,00	6,33	5,83	5,00	6,86	2,50	5,00	4,00	5,64
ESTANDAR	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	

NOMBRE DEL INDICADOR	PROPORCION DE USUARIOS QUE RECOMENDARIAN EL HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA A FAMILARES Y AMIGOS		
DEFINICION OPERACIONAL	Número de usuarios que respondieron "definitivamente si" o probablemente si" la pregunta ¿Recomendaría a sus familiares y amigos el Hospital Mental de Antioquia? / Número de usuarios que respondieron la pregunta	X 100	REPORTE TRIMESTRAL

AÑO 2023			TRI I			TRI II			TRIM III			TRI IV	TOTAL
Valor del Numerador			7.144			7.140			7.140			7.140	28.564
Valor del denominador			7.392			7.391			7.391			7.391	29.565
2023			96,65			96,60			96,60			96,60	
2022			96,65			96,60			96,60			96,60	
2021			96,65			96,60			96,60			96,60	
Estandar	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95

RESPONSABLE	
NOMBRE DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE QUEJAS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO HUMANIZADOS
DEFINICION OPERACIONAL	Número de quejas y reclamos por prestación de servicios no humanizados / Total de quejas y reclamos presentados en el periodo
	X 100
	REPORTE MENSUAL

AÑO 2023	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Valor del Numerador	6	7	17	4	13	10	9	14	16				96
Valor del denominador	11	21	23	11	21	29	16	27	34				193
RESULTADO 2023	55%	33%	74%	36%	62%	34%							50%
RESULTADO 2022	25%	21%	48%	54%	86%	36%	35%	33%	47%	50%	39%	#¡DIV/0!	43%
RESULTADO 2021	100%	100%	18%	25%	40%	45%	53%	30%	33%	25%	25%	28%	44%
ESTANDAR	14%	14%	14%	14%	14%	14%	14%	14%	14%	14%	14%	14%	

7.3 Procedimiento de Orientación y Atención al Usuario.

Este procedimiento tiene por objetivo orientar a los usuarios, acudientes y familiares en cuanto a inquietudes, necesidades y requerimientos en la prestación del servicio y aplica a todos los procesos y empleados que reciben usuarios que requieren orientación sobre la prestación de servicios en la ESE Hospital Mental de Antioquia "María Upegui – HOMO".

Las inquietudes del usuario, acudiente o familia se identifican por medio de:

- Buzón de sugerencias: Los cuales se abren cada 3 días hábiles (Procedimiento SIGC); los buzones están ubicados en sitios estratégicos de la institución como son sala de espera de farmacia, en la sala de la entrada principal y cada servicio de hospitalización.
  Las inquietudes extraídas del buzón se clasifican en pregunta, queja, reclamo, sugerencia o felicitación, luego de la clasificación se sube al SAIA direccionando al responsable de la respuesta y se tiene un tiempo de respuesta de 3 días hábiles por parte del responsable de la respuesta y 15 días para dar respuesta al usuario. Se realiza un acta de apertura cuando se revisan buzón de sugerencias.

- Página web: las inquietudes se direccionan directamente al SAIA.

- Correo electrónico: Se clasifican en pregunta, queja, reclamo, sugerencia o felicitación, luego de la clasificación se sube al SAIA direccionando al responsable de la respuesta.

- Presencial (escucha activa): Se actúa inmediatamente.

- Telefónicamente: Se escucha el usuario y da solución inmediata.

- Chat: No es muy común.

Entre algunas actividades del procedimiento de orientación y atención al usuario tenemos:

- La verificación de seguridad social para la atención del paciente se realiza cuando existe alguna situación.

- No existe el comité anti trámites y cuando existía los gestionaba el área de planeación.

- Las donaciones son esporádicas y no se realiza ningún tipo de registro.

- Se educa a los usuarios de cómo sacar por medio de la página web los certificados médicos y si el certificado es con diagnostico lo expide gestión documental, pero solo es entregado al paciente o un ente de control.

7.4 Procedimiento de Gestión de las manifestaciones del Usuario.

El objetivo de este procedimiento es gestionar las quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y preguntas de los usuarios, familia y acudientes para lograr una atención integral.

Se realiza clasificación de las manifestaciones, se ingresan al SAIA cuando es el caso, se realiza el trámite de respuesta a la PQRS F través del SAIA realizando seguimiento dentro de los 3 días hábiles y se evidencia la respuesta al usuario dentro de los términos de ley.

Del sistema SAIA se puede evidenciar el consolidado de las PQRS F y el estado en que se encuentran. La líder de la oficina de orientación y atención al usuario se realiza informe mensual, trimestral y semestral de las PQRS F con indicadores y se envía a los líderes del proceso como son las Subgerencias, Gerencia y copia a Control Interno.

Cuadro 1: Manifestaciones gestionadas en el mes de septiembre de 2023

MES DE SEPTIEMBRE DE 2023								
CLASIFICACIÓN		CANAL DE INGRESO						
PQRS y F GESTIONADA	CANTIDAD	BUZÓN DE SUGERENCIAS	ESCUCHA ACTIVA (OFICINA SIAU)	CORREO ELECTONICO	CORREO CERTIFICADO	CHAT INST	LINEA INF. O TELÉFONO	PAGINA WEB
Quejas	9	5	1	0	0	0	0	3
Reclamos	25	18	2	1	0	0	0	4
Sugerencias	3	3	0	0	0	0	0	0
Felicitaciones	7	7	0	0	0	0	0	0
Solicitud de cita	45	4	0	18	0	0	0	23
Solicitud de información acerca de la institución	1	0	0	1	0	0	0	0
TOTAL MES	90	37	3	20	0	0	0	30

7.5 Procedimiento Satisfacción de los Usuarios

Este procedimiento es conocer el grado de satisfacción de los usuarios, acudientes y familiares con los servicios prestados, lo realizan todos los servicios prestados por la institución.

Cada trimestre se entregan 150 formatos para realizar las encuestas en cada servicio dejando evidencia de recibido, cada servicio realiza 3 o 4 encuestas diarias. El último día del mes se reciben las encuestas diligenciadas, en la oficina de atención al usuario, se verifica que estén debidamente diligenciadas, las auxiliares de información las ingresan a una planilla en Excel donde también tiene acceso la subgerencia de prestación de servicios y se realiza el consolidado mensual de estas; se envía informe a líderes del proceso y las encuestas físicas se guardan por un año.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN HOSPITALIZACIÓN

D D M M A A A A FECHA SERVICIO_____

Estimado Usuario:
Esta encuesta tiene como finalidad conocer su opinión sobre la atención que recibió en el Servicio de Internación (Hospitalización). Por favor de respuesta a la totalidad de las siguientes preguntas:
Marque con una "X" equis la respuesta que elija.

Municipio_____ EPS _____

A continuación, califique de **1** a **4** los siguientes aspectos, teniendo en cuenta que:
1= Malo **2**= Regular **3**= Bueno **4**= Excelente

PREGUNTA	Malo	Regular	Bueno	Excelente
1. Como considera el tiempo que la institución tardó en trasladarle del servicio de ingreso (urgencias, consulta externa) al servicio de hospitalización	1	2	3	4
2. El Trato y amabilidad que le brindó el personal de enfermería, fue:	1	2	3	4
3. El Trato y amabilidad que le brindó el personal médico (médico general y psiquiatra), fue:				
4. El Trato y amabilidad que le brindó el personal trabajo social fue:				
5. La identificación verbal y el porte de la escarapela por parte del personal de salud que lo atendió, fue:	1	2	3	4
6. La información brindada acerca de los Derechos y Deberes del usuario, la evalúa como:	1	2	3	4
7. Las Condiciones de privacidad y confidencialidad durante la hospitalización fueron:	1	2	3	4
8. La disposición y contacto visual de los profesionales en (psiquiatría, psicología, trabajo social, nutrición, enfermería) para atender las preguntas e inquietudes relacionadas con su estado de salud y tratamiento, fueron:	1	2	3	4
9. La atención realizada por el profesional (psiquiatra, psicólogo) durante la estancia hospitalaria, la evalúa como:	1	2	3	4
10. La información suministrada por los profesionales en (psiquiatría, psicología, trabajo social, nutrición, enfermería) sobre su problema de salud, plan de tratamiento y recomendaciones a seguir, las considera:	1	2	3	4
11. La limpieza, comodidad y seguridad del servicio de hospitalización, le parecieron:	1	2	3	4
12. La atención por parte del personal de vigilancia y/o servicios generales, la evalúa como:	1	2	3	4
13. La información suministrada sobre horarios de visita, manejo de pertenencias, manipulación y separación de basuras y que hacer en caso de emergencia, la considera como:	1	2	3	4
14. Como califica la alimentación que recibió durante la Hospitalización:	1	2	3	4
	SI	**NO**		
15. Usted recomendaría el hospital a un familiar o amigo	1	2		

Una atención con altos estándares de calidad y seguridad, es nuestra prioridad. Por favor, denos a conocer sus sugerencias o comentarios a continuación;

7.6 Políticas

A. Política de servicio al ciudadano:

Esta política tiene por objetivo garantizar a los usuarios de la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui-Homo, una atención digna, amable y respetuosa, a través de la aplicación de los valores institucionales: Honestidad, respeto, compromiso, justicia y diligencia, bajo el principio de humanización, con el fin de ofrecer un excelente servicio.

Se Observa que el horario de atención esta desactualizado, la atención es de 7:00 am a 5:00 pm, la líder del área manifiesta que se envió la actualización a calidad y no han realizado la publicación.

Se realiza capacitación permanente a usuarios y funcionarios en temas relacionados con: Atención al usuario, Humanización en la atención, Derechos y Deberes de los usuarios, Atención preferencial, el área presenta evidencias fotográficas de las capacitaciones.

B. Política de racionalización de tramites

La Política de Racionalización de Trámites tiene como objetivo facilitar el acceso de los ciudadanos a los trámites y otros procedimientos administrativos de manera más ágil y efectiva. Busca simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar los trámites existentes, acercando el ciudadano a los servicios que presta el Hospital.

Se realizar la priorización de trámites los cuales se reportan en el SUIT (Sistema único de información tramites) este es responsabilidad de la Dirección Técnica de Planeación, la oficina de atención al usuario colabora con la información a reportar.

C. Política de participación ciudadana en la gestión publica

Tiene por objetivo fomentar la participación ciudadana en la institución a través de la intervención y participación de los usuarios en la toma de decisiones con respecto a las acciones, servicios y recursos de la institución, generando un impacto en la atención a los mismos, teniendo en cuenta que es un derecho que tienen como usuarios a ser escuchados.

La institución fomenta la participación ciudadana mediante los siguientes:

- Asamblea de usuarios, se reúne cada dos meses.
- Rendición de cuentas. Se realiza anual.
- Asistencia a las reuniones programadas por al DLS del municipio de Bello.
- Participa del COPACO Municipal.
- Participación del Consejo Territorial Municipio de Bello.
- Asistencia a las reuniones programadas por la SSSA de Antioquia.
- Asistencia a las reuniones ordinarias con la Asociación de usuarios.
- Participación en reuniones de Junta Directiva por medio de un integrante de la asociación de usuarios.
- Participación en el comité de gestión.

D. Política de participación en salud

El objetivo de la política de participación en salud fomentar la Participación ciudadana en la institución, realizando funciones de control, gestión y fiscalización, con el fin de mejorar el desempeño en los servicios de salud, implementando planes que incorporen cambios de procesos respecto a la participación social, mecanismos de incentivos financieros y mecanismos de difusión e información.

Se realizan actividades educativas anuales con usuarios, asambleas, funcionarios de la institución y la dirección local de salud de Bello, se cuenta con evidencias fotográficas.

E. Política de atención preferencial

El objetivo de esta política es garantizar a los usuarios que se presentan a la institución a solicitar un servicio y que requieren atención preferencial, esto es prioridad en la atención, una atención humanizada, teniendo en cuenta sus necesidades y capacidades, contando con un puesto de atención especial, donde sean atendidos de forma ágil, rápida y oportuna.

Esta política es dada a conocer por medio de la página web en la inducción virtual que realiza los funcionarios y contratistas al ingresar a laborar en la institución.

ASPECTOS POSITIVOS:

- Buena disposición del personal para el desarrollo de la auditoria.
- Se realiza gestión al total de PQRS que llegan a la institución.
- Se evidencia cumplimiento en las actividades establecidas en los procedimientos y políticas.

RECOMEDACIONES

- Seguimiento a la publicación en el SICG de los documentos actualizados del proceso por parte del área de calidad.

- Ubicar una funcionaria de atención al usuario en la recepción principal del hospital para que realice las funciones de información y orientación a los usuarios.

- Analizar la posibilidad de ubicar el Call Center en las instalaciones del HOMO; ya que se observa que la principal manifestación de los usuarios es la dificultad para adquirir citas.

CONCLUSION

El proceso de Orientación y Atención al Usuarios se realiza con forme a lo establecido en los procedimientos, teniendo una gestión completa para el periodo auditado. Por tal motivo no se generan observaciones y hallazgos.

Atentamente,



Juan Guillermo Henao Gómez
Jefe Asesor Control Interno



María Camila Jiménez Jiménez
Abogada-Contratista



Luz Deisy Tamayo Palacio
Profesional Universitario (E)