



DIRECCIÓN TÉCNICA ANTE EL SECTOR SALUD

**AUDITORÍA DE CUMPLIMIENTO A LA RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.,
VIGENCIA 2022 Y 1ER. TRIMESTRE 2023
1400.19.01.23**

INFORME FINAL

**SANTIAGO DE CALI – D.E.
31 DE AGOSTO DE 2023**

PEDRO ANTONIO ORDÓÑEZ
Contralor General de Santiago de Cali

JEFFERSON ANDRÉS NUÑEZ ALBÁN
Subcontralor

MELBA LORENA AGUAS BASTIDAS
Directora Técnica ante el Sector Salud –
Supervisor

EQUIPO DE AUDITORÍA

STELLA VALENCIA VALLECILLA
Auditor Fiscal II - Líder de auditoría

FERNANDO QUINTANA DURÁN
Auditor Fiscal II

MIGUEL ALEXANDER VILLOTA DÍAZ
Profesional Universitario (E)

ANA LORENA ESCOBAR ARCILA
FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CASTILLO
JHON ALEXIS CASTRO ÁNGULO
Profesionales de Apoyo

ÍNDICE

Pág. #

GLOSARIO	5
1. CARTA DE CONCLUSIONES	7
1.1. OBJETIVO	8
1.2. FUENTES DE CRITERIO DE AUDITORÍA	8
1.3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA	9
1.4. LIMITACIONES DEL PROCESO	9
1.5. CONCLUSIONES GENERALES Y CONCEPTO DE LA EVALUACIÓN REALIZADA	9
1.6. CONCEPTO SOBRE LA CALIDAD Y EFICIENCIA DEL CONTROL FISCAL INTERNO	10
1.7. CONCEPTO SOBRE LA EFECTIVIDAD DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	11
1.8. RELACIÓN DE HALLAZGOS	11
1.9. PLAN DE MEJORAMIENTO	11
2. HECHOS RELEVANTES	12
3. MUESTRA DE AUDITORÍA	13
3.1.1. Objetivos Específicos	14
3.1.2. Criterios	14
4. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	15
4.1. RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO N° 115	15
4.1.1. OBJETIVO ESPECÍFICO N°1:	15
4.1.1.1. <i>Criterio de evaluación 1</i>	15
4.2. RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO N° 219	19
4.2.1. OBJETIVO ESPECÍFICO N°2	19
4.2.1.1. <i>Criterio de evaluación 2</i>	19
5. CONCLUSIONES	31
6. RELACIÓN DE HALLAZGOS	33
7. ANEXOS	34

CUADROS

	Pág. #
Cuadro N° 1 – Muestra por atributo y criterios Vigencia 2022-2023.....	13
Cuadro N° 2 - Reparación/Adecuación - Vigencia 2023.....	24
Cuadro N° 3 - Relación de Hallazgos.....	33

GRÁFICAS

	Pág. #
Gráfica N° 1 - IPS Encuestadas Vigencia 2023.....	20
Gráfica N° 2 – Servicios Utilizados Vigencia 2023	20
Gráfica N° 3 – Motivo de selección de la IPS Vigencia 2023	21
Gráfica N° 4 - Tiempo de Espera para la atención Vigencia 2023	21
Gráfica N° 5 – Percepción frente al Trato Vigencia 2023	22
Gráfica N° 6 – Percepción frente a la atención Vigencia 2023	22
Gráfica N° 7 – Percepción frente a la satisfacción Vigencia 2023.....	23

GLOSARIO

Atención de salud: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

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.

Capacidad Instalada: Son los recursos habilitados con los que cuenta una IPS para prestar un servicio de salud entre ellos el recurso humano, insumos médicos, equipos biomédicos, capacidad administrativa, sistema de información, estructura física entre otros recursos dependiendo el servicio que se vaya a prestar.

Capacidad Resolutiva de Sistemas Locales de Salud: Medida en que los sistemas o redes de servicios de un área geográfica definida está resolviendo los problemas de salud más frecuentes de la población. La capacidad de respuesta se entiende como la potencialidad del sistema de absorber las necesidades de atención de salud de su población.

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficio son las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud

EPS: Entidad Promotora de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar de manera directa o indirecta, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados

Georreferenciación: Es el posicionamiento espacial de un objeto en un sistema de coordenadas

PQRSF: es la sigla que recoge las 5 expresiones típicas que un usuario hace sobre su percepción del servicio. Corresponde a la abreviatura de Petición, Queja, Reclamo, Sugerencia y Felicitación.

Petición: Mediante la cual una persona por motivos de interés general o particular solicita la intervención de la entidad para la resolución de una situación, la

prestación de un servicio, la información o requerimiento de copia de documentos, entre otros.

Queja: Manifestación de una persona, a través de la cual expresa inconformidad con el actuar de un funcionario de la entidad.

Reclamo: A través del cual los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud por parte de un actor del Sistema de Salud o solicita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud.

Sugerencias: Es una propuesta que formula un usuario o institución para el mejoramiento de los servicios de la Entidad.

Felicitación: Es la manifestación positiva de un usuario, o paciente acerca de los servicios y atención que le brinda la IPS.

PQR con Riesgo de Vida: Aquellas que involucran una situación que representa riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas. Toda PQR que se realice en el marco del acceso, la atención o la prestación del servicio de salud tiene una múltiple connotación de derecho fundamental, pues convergen en ella la protección constitucional y legal del derecho fundamental de petición, y del derecho fundamental a la salud, que a su turno involucra otros derechos fundamentales como la vida misma, la dignidad y la intimidad.

REPS: Sigla utilizada para referirse al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Herramienta de información donde se encuentra registrados los profesionales en salud, IPS públicas y privadas habilitados y brinda datos acerca de la capacidad instalada.

SIAU: El Servicio de Información y Atención al Usuario es una herramienta diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social para mejorar la prestación de servicios, tomando como fuente la información del usuario mediante quejas, reclamos y sugerencias haciendo uso de sus derechos y deberes.

SICO: Sistema Integrado de Comunicaciones, plataforma tecnológica de última generación y un software innovador que permite, al personal especializado en atención prehospitalaria, definir la complejidad de la situación, es exclusivo para el traslado de pacientes y la cobertura de eventos.

SIHOS: software adquirido por la entidad con el objetivo de integrar y hacer más eficientes los procesos en las IPS y facilitar el trabajo en Red.

1. CARTA DE CONCLUSIONES

Doctor:
JAVIER ARÉVALO TAMAYO
Gerente
Red de Salud del Oriente E.S.E.
Ciudad

Respetado doctor:

Con fundamento en las facultades otorgadas por el Artículo 267 de la Constitución Política, la Contraloría General de Santiago de Cali realizó auditoría de cumplimiento sobre la prestación del servicio de salud en cobertura, accesibilidad y calidad, en la Red de Salud del Oriente E.S.E., vigencia 2022 y primer trimestre vigencia 2023, de conformidad con lo estipulado en los procedimientos internos debidamente adaptados y documentados, que reglamentaron la Guía de Auditoría Territorial – GAT, en el marco de las Normas Internacionales ISSAI; para el ejercicio de control fiscal en el Distrito de Santiago de Cali.

Es responsabilidad de la Red de Salud del Oriente, el contenido en calidad y cantidad de la información suministrada, así como con el cumplimiento de las normas que le son aplicables a su actividad institucional en relación con el asunto auditado.

Es obligación de la Contraloría General de Santiago de Cali, expresar con independencia una conclusión sobre el cumplimiento de las disposiciones aplicables en la prestación del servicio de salud en cobertura, accesibilidad y calidad en la Red de Salud del Oriente E.S.E., vigencia 2022 y primer trimestre vigencia 2023, conclusión que debe estar fundamentada en los resultados obtenidos en la auditoría realizada.

Este trabajo se ajustó a lo dispuesto en los principios fundamentales de auditoría y las directrices impartidas para la auditoría de cumplimiento, conforme a lo establecido en el Procedimiento Auditoría de Cumplimiento, en concordancia con las Normas Internacionales ISSAI¹.

Estos principios requieren de parte de la Contraloría General de Santiago de Cali, la observancia de las exigencias profesionales y éticas que requieren de una planificación y ejecución de la auditoría destinadas a obtener garantía limitada, de que los procesos consultaron la normatividad que le es aplicable.

¹ ISSAI: The International Standards of Supreme Audit Institutions.

La auditoría incluyó el examen de las evidencias y documentos que soportan el proceso auditado y el cumplimiento de las disposiciones legales y que fueron remitidas por las entidades consultadas.

Los análisis y conclusiones se encuentran debidamente documentados en papeles de trabajo, los cuales reposan en el archivo de gestión de la Dirección Técnica ante el Sector Salud

La auditoría se adelantó en la Dirección Técnica ante el Sector Salud. El período auditado tuvo como fecha de corte primer trimestre de la vigencia 2023 y abarcó el período comprendido entre el 1 de enero a diciembre 31 de 2022 y el primer trimestre del 2023.

Los hallazgos se dieron a conocer oportunamente a la entidad dentro del desarrollo de la auditoría, las respuestas fueron analizadas y en este informe se incluyen los hallazgos que la Contraloría General de Santiago de Cali consideró pertinentes.

1.1. OBJETIVO

Emitir un concepto sobre los criterios de evaluación determinados para verificar la prestación del servicio de salud en cobertura, accesibilidad y calidad en la Red de Salud del Oriente E.S.E., vigencia 2022 y primer trimestre vigencia 2023.

1.2. FUENTES DE CRITERIO DE AUDITORÍA

De acuerdo con el objeto de la evaluación, el marco legal sujeto a verificación fue:

- Constitución Política de Colombia
- La Resolución 1552 de 2013 reglamenta parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto Ley 019 de 2012 – conocido mejor como ley anti-tramites, y exige a las EPS y a su red de prestadores tener agendas abiertas para la asignación de citas.
- 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.
- Ley 1438 de 2011 (enero 19) por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

1.3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

En este ejercicio auditor se determinó como alcance la implementación de herramientas administrativas y los sistemas de control, que la entidad aplica para la atención oportuna de los usuarios que utilizan los servicios de la Red de Salud del Oriente E.S.E., durante el 1 de enero al 31 de diciembre de la vigencia 2022 y el primer trimestre vigencia 2023.

Los criterios de evaluación para el ejercicio de esta auditoría son los siguientes:

- a) Aplicación y desarrollo de procedimientos, actividades y/o mecanismos para garantizar la calidad en la prestación del servicio de salud.
- b) Cobertura, oportunidad y accesibilidad, en la prestación del servicio de salud

1.4. LIMITACIONES DEL PROCESO

En el trabajo de auditoría se presentaron las siguientes limitaciones que afectaron el alcance de la auditoría: se programaron realizar 500 encuestas a los usuarios de las diferentes IPS y solo se lograron realizar 247 debido a la destitución del gerente, además de los cambios de personal administrativo.

1.5. CONCLUSIONES GENERALES Y CONCEPTO DE LA EVALUACIÓN REALIZADA

1.5.1 Fundamento del concepto

Producto de la evaluación de los procedimientos para la atención de los servicios de salud en cuanto a cobertura, accesibilidad y calidad de las citas en los diferentes servicios (odontología, pediatría, medicina general, ginecología, laboratorio, urgencias, entre otros), se establecieron deficiencias en el cumplimiento de los mismos y en el seguimiento, control, inspección y vigilancia del responsable del SIAU para garantizar la cobertura y oportunidad en la prestación de los servicios de salud.

1.5.2 Concepto de la evaluación

Con reserva. Sobre la base del trabajo de auditoría efectuado, la Contraloría General de Santiago de Cali considera que, salvo en lo referente a la aplicación de los procedimientos para asignación de citas, orientación y seguimiento a los usuarios por parte del SIAU, uso de la capacidad instalada, seguimiento y vigilancia a la aplicación de las encuestas de satisfacción, control y vigilancia del Call Center, la información acerca de la materia controlada en la entidad auditada resulta conforme, en todos los aspectos significativos, con los criterios aplicados.

Materialidad Cualitativa: la inexistencia de un procedimiento o el incumplimiento en la aplicación del mismo son factores cualitativos que afectan la prestación del servicio en salud, en tal sentido las deficiencias encontradas se consideraron materiales en el tema o asunto auditado.

1.6. CONCEPTO SOBRE LA CALIDAD Y EFICIENCIA DEL CONTROL FISCAL INTERNO

En cumplimiento del numeral 6° del artículo 268 de la Constitución Política de Colombia², la Contraloría General de Santiago de Cali – CGSC evaluó los riesgos y controles establecidos por el sujeto de control conforme a los parámetros mencionados en la Guía de Auditoría Territorial en el Marco de las Normas Internacionales de Auditoría ISSAI.

Teniendo en cuenta, que los resultados obtenidos en la evaluación al diseño del control se estableció un resultado de parcialmente adecuado; y que la evaluación a la efectividad de los controles arrojó un resultado, **con deficiencias**; la CGSC teniendo en cuenta la siguiente escala de valoración establecida en la GAT:

Rangos de ponderación CFI	
De 1.0 a 1.5	Efectivo
De > 1.5 a 2.0	Con deficiencias
De > 2.0 a 3.0	Inefectivo

Determina el control fiscal interno con deficiencias, dado que, de acuerdo a los criterios establecidos, la eficiencia y calidad arrojaron una calificación de 1,7, como se ilustra en el siguiente cuadro:

Componentes de Control Interno (10%)	Riesgo Combinado (Riesgo inherente* Diseño del control)	Valoración del Diseño de Controles-Eficiencia (20%)	Valoración Efectividad de los Controles (70%)	CALIFICACION SOBRE LA CALIDAD Y EFICIENCIA DEL CONTROL FISCAL INTERNO INTERNO
ADECUADO	ALTO-CRÍTICO	PARCIALMENTE ADECUADO	CON DEFICIENCIAS	1,7
				CON DEFICIENCIAS

Lo anterior por deficiencias relacionadas con los controles en el Servicio de Atención al Usuario – SIAU- para advertir posibles fallas que afectan tanto la toma de decisiones por parte de la entidad, como la oportunidad y accesibilidad para la atención en los servicios en salud de la ciudadanía, así como debilidades en la gestión documental (carpetas de encuestas sin foliar, en lápiz, con lapiceros de distintos colores, expediente de seguimiento sin características de archivo, entre otros) que afecta la confiabilidad en la información suministrada por el sujeto de control y no permite soportar la evaluación realizada por este Organismo de Control, en razón a la falta de mecanismos que aseguren las características con

² Sobre la atribución del Contralor General de la República, de conceptuar sobre la calidad y eficiencia del control interno fiscal, y como parte de éste, la Contraloría General de Santiago de Cali.

las que debe contar toda la información que se genera en la entidad y la cual se entrega o reporta a los diferentes órganos de control.

1.7. CONCEPTO SOBRE LA EFECTIVIDAD DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Durante el proceso de evaluación de la auditoría no se contempló el seguimiento de plan de mejoramiento, debido a que la entidad no tiene ningún plan de mejoramiento suscrito relacionado con el tema a auditar.

1.8. RELACIÓN DE HALLAZGOS

Como resultado de la auditoría, la Contraloría General de Santiago de Cali constituyó diez (10) hallazgos administrativos

1.9. PLAN DE MEJORAMIENTO

Como resultado de la presente auditoría, la Red de Salud del Oriente debe elaborar, y presentar el Plan de Mejoramiento, con acciones y metas de tipo correctivo y/o preventivo, para responder a cada una de las debilidades detectadas por el equipo de auditoría; en tal sentido elaborará el cronograma para su implementación y los responsables de su desarrollo que permitan solucionar las deficiencias comunicadas en el informe.

Tanto el Plan de Mejoramiento como los avances del mismo, deberán ser reportados a través del aplicativo SIA, diligenciando el anexo del Formato PM_01 CGSC que se encuentra disponible en el Link “Guía para la rendición de formatos” ubicado en la página WEB de la Contraloría General de Santiago de Cali, www.contraloriacali.gov.co, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al recibo del informe, de acuerdo con la Resolución N° 0100.24.03.21.018 de julio 30 de 2021, modificada por la Resolución N° 0100.24.03.21.020 de agosto 24 de 2021.

Santiago de Cali, 31 de agosto de 2023

Atentamente,



MELBA LORENA AGUAS BASTIDAS
Directora Técnica ante el sector Salud
Contraloría General de Santiago de Cali

2. HECHOS RELEVANTES

La CGSC ha determinado que las cuestiones que se describen a continuación son hechos relevantes de esta auditoría:

Durante la auditoría, el Alcalde emitió el Decreto N°. 4112.010.20032 de 2023 el 31 mayo de 2023 declarando la insubsistencia del Gerente de la Red de Salud del Oriente E.S.E., lo cual generó retrasos en la entrega de información y la interrupción de las mesas de trabajo en fase de ejecución. Además, la falta de personal y recursos afectó la realización de las encuestas programadas, lo que podría sesgar los resultados, en tal sentido se suspendieron las encuestas y de las 500 programadas se alcanzaron a realizar 247, lo que representa el 49% de la actividad proyectada.

El 13 de junio se realizó visita al área de urgencias donde se logró evidenciar la ausencia de uno de los médicos de turno y la sala estaba colapsada, al indagar al respecto se pudo determinar que el médico tuvo que acompañar a un paciente que debió ser trasladado a otro hospital de mayor nivel, la E.S.E. Oriente solicitó al SICO una ambulancia medicalizada, es decir con médico abordó para este caso, sin embargo, la ambulancia llegó básica. Ante esta situación acudimos al SICO para averiguar al respecto, encontrando que no hay claridad sobre los servicios solicitados por la entidad y los enviados por el SICO, por lo anterior se solicitará una actuación Especial de Fiscalización que permita evaluar el cumplimiento de los servicios que presta este operador.

3. MUESTRA DE AUDITORÍA ³

La muestra fue determinada de acuerdo con los criterios de evaluación de la auditoría, seleccionándose por: Atributo Satisfacción del Usuario, Atributo Oportunidad en la asignación, Atributo accesibilidad al servicio, Criterio Capacidad Instalada, de acuerdo con la información proporcionada por la entidad, quedando de la siguiente manera:

Atributo Satisfacción del Usuario

En la ejecución de la presente Auditoría y de acuerdo con la información suministrada por el área de estadística, se determinó que, en el período comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2022, la Red realizó 19.196 encuestas, cantidad que se tomó como universo para realizar la evaluación de la satisfacción de los usuarios, en tal sentido se aplicaron 247 encuestas utilizando el mismo cuestionario que tiene establecido la entidad.

Atributo Oportunidad en la asignación

De la base de datos de agendamiento denominada “Reporte de Citas del Sistema SIHOS”, entregada por la entidad, la cual cuenta con 313.786 registros vigencia 2022 y 343.372 para la vigencia 2023, se tomó una muestra de 172.209 registros para la vigencia 2022 y 186.099 registros para la vigencia 2023.

Atributo accesibilidad al servicio

De la base de datos entregada por el Call Center denominada “Usuarios en espera de asignación de citas de especialistas” la cual contiene 3.659 registros, se tomó como muestra 3.659 registros, es decir se analizó el 100% de la base de datos.

Criterio Capacidad Instalada

Para la muestra de la capacidad instalada se utilizó la información del portafolio de servicios, los horarios de atención y se realizó la auditoría de campo para verificar y validar la información suministrada por las diferentes coordinaciones de servicios.

Cuadro N° 1 – Muestra por atributo y criterios Vigencia 2022-2023.
Red de Salud del Oriente E.S.E.

Atributo	Cantidad registros 2022	Cantidad registros 2023
Encuesta de Satisfacción	0	247
Reporte de Citas SIHOS	172.209	186.099
Usuarios en espera Call Center	0	3.659
PQRSF	20	70

³ El muestreo, es la aplicación de los procedimientos de auditoría a un porcentaje inferior al 100% de los elementos de una población relevante para la auditoría, de forma que todas las unidades de muestreo tengan posibilidad de ser seleccionadas con el fin de proporcionar una base razonable para alcanzar conclusiones respecto al total de la población a partir de pruebas sobre una muestra de esta.

Atributo	Cantidad registros 2022	Cantidad registros 2023
Usuarios en prueba de recorrido	0	10

Fuente: Red de Salud del Oriente E.S.E.

3.1.1. Objetivos Específicos

Los Objetivos Específicos para el ejercicio de esta auditoría son los siguientes:

- Evaluar el cumplimiento de los procedimientos, actividades y/o mecanismos que tiene la E.S.E., para garantizar la calidad en la prestación del servicio de salud, durante la vigencia 2022 y el primer trimestre del 2023.
- Verificar la cobertura, oportunidad y accesibilidad, en la prestación del servicio de salud de la Red de Salud del Oriente E.S.E., durante la vigencia 2022 y primer trimestre de 2023

3.1.2. Criterios

- Aplicación y desarrollo de procedimientos, actividades y/o mecanismos para garantizar la calidad en la prestación del servicio de salud.
- Cobertura, oportunidad y accesibilidad, en la prestación del servicio de salud.

4. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

4.1. RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO N° 1

4.1.1. OBJETIVO ESPECÍFICO N°1:

Evaluar el cumplimiento de los procedimientos, actividades y/o mecanismos que tiene la E.S.E., para garantizar la calidad en la prestación del servicio de salud, durante la vigencia 2022 y el primer trimestre del 2023

4.1.1.1. Criterio de evaluación 1

Es criterio de evaluación para esta auditoría la aplicación y desarrollo de procedimientos, actividades y/o mecanismos para garantizar la calidad en la prestación del servicio de salud.

Procedimiento de asignación de citas

Atender al usuario, solicitar el documento de identidad, validar derechos en la Base de Datos, brindar orientación, registrar los datos en SIHOS, ofrecer la disponibilidad de citas, agendar la cita para el mismo día o programada hasta cinco (5) días, imprimir ticket

Procedimiento de confirmación de citas programadas

Usuario debe llegar 30 minutos antes, solicitar el documento de identidad, validar los derechos en la Base de Datos, cerrar factura o código de autorización, imprimir la factura y el paciente la debe firmar, orientar al paciente al servicio correspondiente.

Procedimiento confirmación citas programadas de pacientes por evento

Usuario debe llegar 30 minutos antes, solicitar el documento de identidad y la autorización, verificar que el nombre coincida con la orden y que este asignada a la Red de Salud del Oriente, revisar que la fecha de autorización este vigente (dentro de los 3 meses), revisar SIHOS, verificar tipo de régimen subsidiado o contributivo para realizar el cobro del copago de ser necesario.

Procedimiento Orientación, Información e Intermediación

Orientar a los usuarios sobre el Portafolio de Servicios con los que se cuenta en la Red de Salud del Oriente y de acuerdo a su georreferenciación dónde se encuentran ubicados y en qué IPS se prestan. Brindar información clara, precisa y oportuna acerca de los servicios que se tienen contratados con la Red, cuáles de

ellos requieren autorización y cómo pueden gestionar estas ante la EAPB. Coordinar con los líderes de proceso o servicio generador de la necesidad en salud o insatisfacción del usuario, la resolución de forma inmediata o mediata de las mismas, buscando con ello favorecer el goce efectivo de los derechos y deberes en salud de los usuarios. Realizar diariamente rondas por las áreas y servicios de las IPS durante las jornadas de atención para identificar contingencias que se puedan presentar por parte de los profesionales de la salud.

Diligenciar diariamente formato de reporte de eventos en los servicios que generan barreras en la prestación de los servicios. Plantear correctivos con líderes de los servicios para subsanar las contingencias presentadas durante el día de manera oportuna y efectiva.

Procedimiento para la gestión de PQRSF (peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones)

Recepción de PQRSF a través de los diferentes medios: oficina SIAU, correo electrónico, página web, buzones de sugerencias, ventanilla única, línea telefónica. Apertura de buzones de sugerencia semanalmente, diligenciar un acta, donde se relaciona el número total de solicitudes a gestionar, lectura de solicitudes, análisis y clasificación de las mismas. Registro de las solicitudes en el aplicativo PQRSF en el sistema SIHOS. Clasificación de las mismas según el tipo de solicitud, atributo de calidad que afecta, servicio generador, medio de recepción e impacto. Direccionamiento de las solicitudes PQRSF a los líderes de proceso. Gestión de las solicitudes radicadas, Redacción de la respuesta Contacto y notificación de las respuestas dadas a los usuarios. Cierre de las solicitudes y seguimiento. Análisis causal de las PQRSF (mensual, trimestral, semestral y anual) Con base en el análisis causal de las PQRSF se definen acciones de mejoramiento, responsable y fecha de ejecución, socialización de informes sobre las PQRSF recepcionadas a través de la página web de la Red de Salud del Oriente y en reunión con las asociaciones de usuarios.

Como resultado de la auditoría se detectaron las siguientes situaciones de incumplimiento, validadas como hallazgos.

Hallazgo administrativo N°1 Procedimiento asignación de citas

Se evidenció que la Red de Salud del Oriente presenta las siguientes debilidades:

- Se agendan citas mayores a los cinco (5) días establecidos
- La impresión del ticket es ilegible
- Deficiencias en la orientación al paciente al servicio correspondiente.
- No se implementa la cultura de georreferenciación dónde se encuentran ubicados los usuarios para la asignación de citas.
- Citas facturadas que no aparecen en la agenda del médico.

- Citas canceladas después de 1 mes de asignadas.

Desconociendo lo establecido en el procedimiento con código PR-113-03 versión 001 con fecha de aprobación 2019-06-21 “Procedimiento asignación y confirmación Citas consulta Externa”, el cual establece las actividades a realizar desde que el usuario/acudiente solicita atención hasta la confirmación de la cita.

Lo anterior por debilidades en el seguimiento y control de los procedimientos, conllevando a la insatisfacción de los usuarios y desgaste administrativo por la concentración de pacientes en un solo sitio.

Hallazgo administrativo N°2 Procedimiento Orientación, Información e Intermediación

Se evidenció que no se diligenció diariamente el formato de seguimiento-Reporte de eventos en los servicios que generan barreras en la prestación de los servicios de salud, en los SIAU ubicados en la Comuna 13 CS Diamante, Comuna 14 CS Marroquín Cauquita, CS Manuela Beltrán, Comuna 15 CS Vallado CS Llano Verde Comuna 21 CS Potrero Grande CS Desepaz, la entidad solo aportó el seguimiento del Hospital Carlos Holmes Trujillo, de la vigencia 2022 y el primer trimestre del 2023

Desconociendo lo establecido en el procedimiento con código MA-112-01 versión 010 con fecha de aprobación 2021-11-25 “Manual de Procesos y Procedimientos para la Gestión del SIAU”, numeral 4.2 INTERMEDIACIÓN que establece:

*“...Realizar diariamente rondas por las áreas y servicios de las IPS durante las jornadas de atención para identificar contingencias que se puedan presentar por parte de los profesionales de la salud.
Diligenciar diariamente formato de reporte de eventos en los servicios que generan barreras en la prestación de los servicios...”*

Lo anterior se presenta por debilidades de control y seguimiento al procedimiento, generando afectación en la toma de decisiones que mejoren la oportunidad y accesibilidad de los servicios de salud.

Hallazgo administrativo N°3. Seguimiento a los servicios y programas de salud-Hospital Carlos Holmes Trujillo.

Se evidenció que la Red de Salud del Oriente – Hospital Carlos Holmes Trujillo utiliza un formato para identificar contingencias, y seguimiento diario de las rondas por áreas y servicios a las IPS, el cual presenta las siguientes deficiencias:

Vigencia 2022:

- En el formato no hay la posibilidad de identificar el nombre del responsable de la ronda.
- No se identifica las novedades del servicio de urgencias, hospitalización, partos, vacunación y observación.
- Se evidenciaron casillas sin diligenciar en las novedades y el funcionario que informa
- Se evidenció falta de estandarización o normalización en el formato que permita la unidad de criterio de la información.
- No se hace precisión del servicio que presenta la novedad

Vigencia 2023:

- No se evidencia seguimiento diario a los servicios y los programas
- No se identifica las novedades del servicio de laboratorio, caja, rayos x, odontología, terapias y vacunación.
- Se evidenciaron casillas sin diligenciar respecto a la gestión del SIAU, las observaciones y el seguimiento
- Se evidenció falta de estandarización o normalización en el formato que permita la unidad de criterio de la información.

Desconociendo lo establecido en el procedimiento con código MA-112-01 versión 010 con fecha de aprobación 2021-11-25 “Manual de Procesos y Procedimientos para la Gestión del SIAU”, numeral 4.2 INTERMEDIACIÓN que establece:

“...Realizar diariamente rondas por las áreas y servicios de las IPS durante las jornadas de atención para identificar contingencias que se puedan presentar por parte de los profesionales de la salud.

Diligenciar diariamente formato de reporte de eventos en los servicios que generan barreras en la prestación de los servicios...”:

Además, del artículo 2.8.2.5.6., del Decreto 1080 de 2015, la política de Gestión Documental en el Estado Colombiano “... es un conjunto de estándares para la gestión de la información en cualquier soporte, una metodología general para la creación, uso, mantenimiento, retención, acceso y preservación de la información, independiente de su soporte y medio de creación”.

Lo anterior por debilidades en el control y seguimiento de la información reportada en el formato por parte del responsable del SIAU, lo que genera que no se tomen acciones oportunas para las novedades presentadas en los diferentes servicios de salud.

4.2. RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO N° 2

4.2.1. OBJETIVO ESPECÍFICO N°2

Verificar la cobertura, oportunidad y accesibilidad, en la prestación del servicio de salud de la Red de Salud del Oriente E.S.E., durante la vigencia 2022 y primer trimestre de 2023.

4.2.1.1. Criterio de evaluación 2

Es criterio de evaluación para esta auditoría la cobertura, oportunidad y accesibilidad, en la prestación del servicio de salud.

Para medir la satisfacción de los usuarios la entidad realiza la medición de la satisfacción y de la experiencia de la atención de los pacientes a través de una encuesta de satisfacción, que tiene como fin monitorear la calidad en salud mediante la aplicación de estas a los pacientes, en relación a la atención brindada por la Red de Salud del Oriente E.S.E.

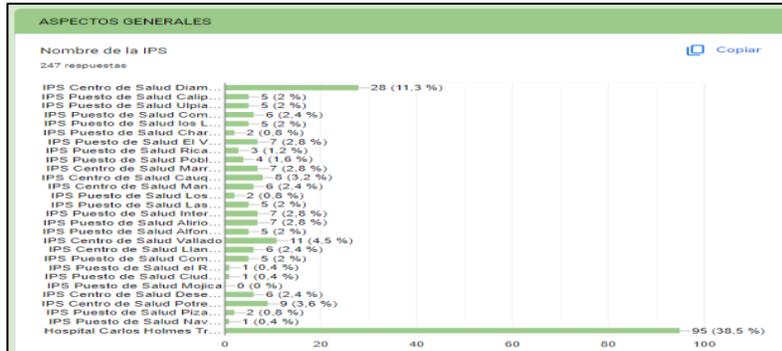
El instrumento elaborado por la Red de Salud del Oriente E.S.E. consta de tres partes, que tienen un conjunto de preguntas con respuestas cerradas. Los aspectos centrales para medir están relacionados con los atributos de calidad establecidos para este nivel de atención, conteniendo 13 preguntas, con respuestas que buscan que el usuario defina posturas polares (Definitivamente, probablemente, bueno - malo o sí – no y la posibilidad de no responder), en la III parte se deja abierta la posibilidad de dar opiniones y/o sugerencias. (Se anexa la ficha técnica de la encuesta).

Teniendo en cuenta que a través de la aplicación de la encuesta, se realiza el reporte de los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud de acuerdo a las fichas de indicadores, según Resolución 0256 de 2016 impartida por el Ministerio de Salud y la Protección Social, se pudo establecer que la manera en que la entidad aplica las encuestas no permite contar con la veracidad de la información ya que las mismas son realizadas por el personal del SIAU, quien llena la encuesta con las respuestas que le entrega el usuario, igualmente se evidenció que no se cuenta con mecanismos de gestión documental para archivar, organizar y custodiar las encuestas realizadas, se encontró que el número de encuestas archivadas no es coherente con el número de encuestas registradas en el aplicativo SIHOS, se realiza análisis a 2 de las 13 preguntas de la encuesta y las demás no se tienen en cuenta, ni existe pronunciamiento al respecto.

La CGSC realizó de manera presencial las encuestas en cada una de las 26 IPS que tiene la entidad, de las 13 preguntas se realiza el análisis de 7, ya que las

otras 6 son datos estadísticos de género, edad, escolaridad, entre otros; los resultados obtenidos se muestran a continuación:

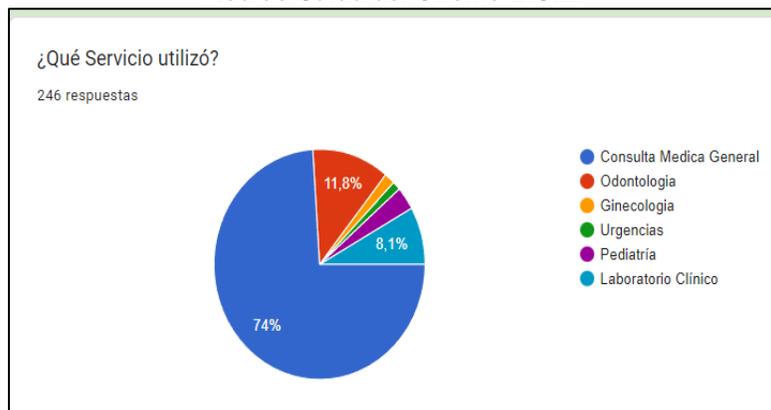
Gráfica N° 1 – IPS Encuestadas Vigencia 2023
Red de Salud del Oriente E.S.E.



Fuente: Comisión de auditoría CGSC

La gráfica N°1 nos indica que el 38,5% de las encuestas fueron aplicadas en el Hospital Carlos Holmes Trujillo, seguido del Centro de Salud el Diamante con el 11,3%, en las demás IPS el porcentaje aplicado fue menor al 4%, debido a la afluencia de usuarios que se encontraban presentes al momento de realizar las encuestas.

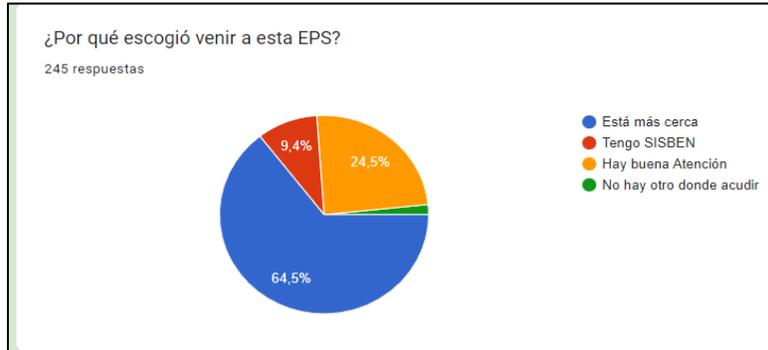
Gráfica N° 2 – Servicios Utilizados Vigencia 2023
Red de Salud del Oriente E.S.E.



Fuente: Comisión de auditoría CGSC

En este punto el resultado obtenido indica que el 74% de los encuestados utilizó el servicio de consulta médica general, el 29% consulta odontológica, seguido de Laboratorio Clínico con el 8,1%, los demás servicios tuvieron una utilización por debajo del 2%

Gráfica N° 3 – Motivo de selección de la IPS Vigencia 2023
Red de Salud del Oriente E.S.E



Fuente: Comisión de auditoría CGSC

En la gráfica se puede evidenciar que el 64,55% de los usuarios acude a la IPS porque se encuentra más cerca de su casa, el 24% asiste por la buena atención y el 9,4% porque tiene SISBEN.

Gráfica N° 4 - Tiempo de Espera para la atención Vigencia 2023
Red de Salud del Oriente E.S.E



Fuente: Comisión de auditoría CGSC

El 71,3% de los usuarios considera que el tiempo de espera para ser atendido es adecuado, el 24,3% le parece que es mucho, los entrevistados expresaron que el tiempo que les toca esperar es más por la tramitología en la entrada al sitio, la facturación, realmente en sala de espera es poco el tiempo.

Gráfica N° 5 – Percepción frente al Trato Vigencia 2023
Red de Salud del Oriente E.S.E.



Fuente: Comisión de auditoría CGSC

En la gráfica N°5 se puede visualizar que el nivel de buen trato representa el 95,5%, los usuarios explican que los médicos y el personal de enfermería expresan buen trato hacia los pacientes, que se presentan algunos altibajos con personal del SIAU.

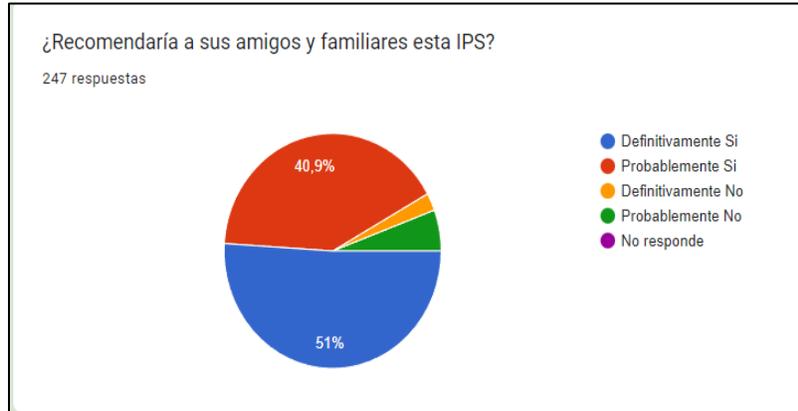
Gráfica N° 6 – Percepción frente a la atención Vigencia 2023
Red de Salud del Oriente E.S.E.



Fuente: Comisión de auditoría CGSC

La percepción de satisfacción de la Red de Salud del Oriente se encuentra en un 89,4%, resultado de sumar la calificación de muy buena y buena, el 10,1 se encuentra en un nivel de satisfacción regular y están insatisfechos el 0,5%

Gráfica N° 7 – Percepción frente a la satisfacción Vigencia 2023
Red de Salud del Oriente E.S.E.



Fuente: Comisión de auditoría CGSC

El 91,9% de los encuestados recomendaría a sus amigos y familiares las IPS de la Red de Salud del Oriente.

Infraestructura – condiciones físicas de calidad

Daños en las paredes de los consultorios, humedad, puertas dañadas, escupideras selladas, nevera dañada, las cuales una vez se indagó por la falta de gestión fueron solucionadas por la entidad, en tal sentido no se generó hallazgo al respecto, ya que se evidenció el beneficio del control fiscal.





Cuadro N° 2 - Reparación/Adecuación - Vigencia 2023
Red de Salud del Oriente E.S.E

Sede	Reparación/Adecuación
Bonilla Aragón	Reparación y pintura de una área del cielo falso en sala de espera
Marroquín	Reparación y pintura de pared consultorio 111
Marroquín	Reparación y pintura de pared consultorio 112
Marroquín	Reparación Marco de puerta de Terapia Ocupacional
Marroquín	Reparación de nevera para paquetes fríos fisioterapia
Los naranjos	Reparación de gaveta en consultoría de odontología
Los Lagos	Reparación y pintura de una área del cielo falso en sala de espera
Poblado 2	Reparación y pintura de una área del cielo falso en sala de espera
Diamante	Reparación y pintura de una área del cielo falso en laboratorio y toma de muestras
Diamante	Habilitación de escupideras de las unidades odontológicas

Fuente: Comisión de auditoría CGSC

Como resultado de la auditoría se detectaron las siguientes situaciones de incumplimiento, que determinan los siguientes hallazgos:

Hallazgo administrativo N°4. Instructivo-encuesta de satisfacción

El instructivo “Diligenciamiento encuesta de satisfacción Red de Salud del Oriente” para la aplicación de la encuesta, no se encuentra normalizado y por lo tanto no está socializado.

Desconociendo lo establecido en el procedimiento con código MA-112-01 versión 010 con fecha de aprobación 2021-11-25 “Manual de Procesos y Procedimientos para la Gestión del SIAU”, numeral 4.4.2. METODOLOGÍA que establece: Se cuenta con un formato de Encuesta de satisfacción estandarizado (Cód. E.AI.113.10.02 Versión 1.) con su respectivo instructivo de diligenciamiento. huploads/staff/assets/user1080/encuesta_de_satisfaccion.pdf

Lo anterior por debilidades en el control de los documentos requeridos para unificar criterios en la aplicación de la encuesta por parte del proceso de calidad, lo que genera que no se cuente con la veracidad en la información recolectada.

Hallazgo administrativo N°5. Buzones PQRSF

Se evidenció que la Red de Salud del Oriente presentó las siguientes debilidades y/o inconsistencias frente al manejo de los buzones PQRSF en las diferentes IPS:

- Apertura de los buzones no se realiza con la periodicidad que se indica en el procedimiento de la entidad.
- Las actas de apertura no registran la información completa del mes ni contienen el respectivo consecutivo.
- Actas con registros de PQRS sin los formatos soporte
- Buzones de sugerencia sin llave de seguridad
- En los buzones no se encontraron lapicero y formatos

El numeral 4.3-Procedimiento para la gestión de PQRSF (peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones) del Manual de Procesos y Procedimientos para la Gestión del SIAU establece como método: “la apertura de buzones de sugerencias se realiza semanalmente, contando con el acompañamiento de un miembro de la asociación del usuario o en su defecto con algún usuario que se encuentre en la sala de espera. Como consecuencia de lo anterior, se diligencia un acta, donde se relaciona el número de total de solicitudes a gestionar”.

Lo anterior por debilidades en el control al cumplimiento de los manuales aprobados por la entidad por parte de los responsables del SIAU, lo que genera que no cuenten con información completa y veraz de los datos recolectados para el análisis y gestión de los mismos.

Hallazgo administrativo N°6. Muestra encuesta de satisfacción

Se evidenció que la cantidad de encuestas de satisfacción aplicadas por el Servicio de Información al Usuario – SIAU a los pacientes en la vigencia 2022 y el primer trimestre del 2023, no corresponde a la muestra calculada por el área de estadística de la entidad. Tal como se muestra a continuación:

Vigencia	Muestra estadística	Muestra aplicada SIAU	Diferencia
2022	23.556	19.176	4.380
2023 (1er° trimestre)	7.338	4.998-	2.300

El punto 4.4.2 metodología del Manual de Procesos y Procedimientos para la Gestión del SIAU-MA-112-01 indica que: “el seguimiento a la calidad en atención en salud, mediante la aplicación de las encuestas de satisfacción se realiza de manera mensual, contando con una muestra de encuestas para aplicar por cada IPS y servicio, establecida por el área de estadística”.

Lo anterior por deficiencia en el seguimiento y control al procedimiento determinado para la medición de la satisfacción y experiencia de la atención de los

pacientes por parte de los responsables del SIAU, lo que genera un monitoreo inadecuado a la calidad de la atención en salud brindada a los pacientes por parte de la Red de Salud del Oriente.

Hallazgo administrativo N°7. Respuesta a las quejas de los usuarios

Se evidenció que la Red de Salud del Oriente, no da respuesta oportuna a las quejas interpuestas por los usuarios en la vigencia 2022 y primer trimestre del 2023 como se indica en el siguiente cuadro:

Ítem	Fecha	Cedula:	fecha de respuesta	Tiempo de respuesta/Días
1	16/05/2023	31893xxx	11/07/2023	56
2	24/05/2023	1113962xxx	11/07/2023	48
3	08/02/2023	31944xxx	12/07/2023	154
4	28/04/2023	16781xxx	12/07/2023	75

Desconociendo lo establecido en el artículo 14. “Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones”, contemplado en la Ley 1755 del 2015.

Lo anterior por debilidades de control y seguimiento a las PQRSF, generando demoras en las respuestas a las peticiones, quejas y/o reclamos de los usuarios, quienes podrían realizar acciones legales si la petición les llega a causar un daño o perjuicio.

Hallazgo administrativo N°8. Accesibilidad Especialistas

Revisado el agendamiento para citas con especialistas por parte del Call Center de la Red de Salud del Oriente E.S.E. hasta el 30 de junio de 2023, se pudo evidenciar que se contaba con una base de datos de 3.659 usuarios en espera de asignación de cita desde la vigencia del 2022, de los cuales 1.785 corresponden a solicitudes de consulta por primera vez con una tardanza hasta de 7 meses, tal como se muestra a continuación:

Especialidad	Fechas de las Solicitudes	Tiempo de espera en meses	Total Usuarios en Espera de Asignación de Cita	Total Usuarios Primera Vez	Porcentaje de Usuarios Primera Vez
Psiquiatría	Septiembre 2022 a Abril 2023	7	717	293	41%
Nutrición y Dietética	Octubre de 2022 a Abril 2023	6	1074	690	64%
Medicina Interna	Noviembre 2022 a Abril 2023	5	540	257	48%
Fisiatría	Noviembre 2022 a Abril 2023	5	561	156	27%

Especialidad	Fechas de las Solicitudes	Tiempo de espera en meses	Total Usuarios en Espera de Asignación de Cita	Total Usuarios Primera Vez	Porcentaje de Usuarios Primera Vez
Trabajo Social	Noviembre 2022 a Abril 2023	5	312	186	60%
Medicina Familiar	Febrero 2023 a Abril 2023	2	78	46	59%
Pediatría	Febrero 2023 a Abril 2023	2	377	157	42%
Total			3.659	1.785	

El punto 8, del Numeral 5. Anexos del Procedimiento Asignación y Confirmación Citas Consulta Externa, indica que: “agenda cita para el mismo día o programada hasta cinco (5) días (fecha, hora, profesional, # de consultorio e IPS”.

Los numerales “(...) 1. Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud (...)” del artículo 2.5.1.2.1 capítulo 2 del Decreto 780 del 2016.

Lo anterior, por deficiencias en la gestión para la consecución del recurso humano asistencial especializado suficiente por parte de la alta gerencia, lo que ocasiona inconformidad en la comunidad, aumento en las quejas, crecimiento de los índices de enfermedades de interés en salud pública por inoportunidad en la atención a la población de la zona de influencia y mala imagen institucional.

Hallazgo administrativo N°9 Oportunidad en la Prestación de Servicio

De acuerdo a la información entregada por la Red de Salud del Oriente del reporte de citas de los servicios de consulta externa de los usuarios atendidos por primera vez en las vigencias 2022 y 1er trimestre del 2023, se evidenció que el número de días entre la fecha en que el paciente solicita la cita y la fecha de la atención, sobrepasa los tiempos estipulados para la atención del paciente.

Vigencia 2022:

Consulta Médica General por Primera Vez		
Rango en Tiempo de Asignación de la Cita	Cantidad de Usuarios Asignados	Promedio Tiempo de Asignación de La Cita
0-3 Días	13.486	1 Día
4 O Más Días (Hasta 99 Días)	9.554	17 Días
Total de Citas Asignadas	23.040	7 Días
Consulta de Odontología por Primera Vez		
Rango en Tiempo de Asignación de la Cita	Cantidad de Usuarios Asignados	Promedio Tiempo de Asignación de la Cita
0-3 Días	5.614	1 Día

4 O Más Días (Hasta 10 Días)	5.664	7 Días
Total de Citas Asignadas	11.278	4 Días

Vigencia 2023:

Consulta Médica General por Primera Vez		
Rango en Tiempo de Asignación de la Cita	Cantidad de Usuarios Asignados	Promedio Tiempo de Asignación de la Cita
0-3 Días	6.478	1 Día
4 O Más Días (Hasta 99 Días)	12.655	15 Días
Total de Citas Asignadas	19.133	11 Días
Consulta de Odontología por Primera Vez		
Rango en Tiempo de Asignación de la Cita	Cantidad de Usuarios Asignados	Promedio Tiempo de Asignación de la Cita
0-3 Días	3.755	1 Día
4 O Más Días (Hasta 10 Días)	7.637	9 Días
Total De Citas Asignadas	11.392	6,4 Días
Consulta de Pediatría por Primera Vez		
Rango en Tiempo de Asignación de la Cita	Cantidad de Usuarios Asignados	Promedio Tiempo de Asignación de la Cita
0-5 Días	150	2 Días
6 O Más Días	505	13 Días
Total de Citas Asignadas	655	11 Días

El Parágrafo 3. Indica que *“La asignación de las citas de odontología general y medicina general, no podrá exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud, salvo que el paciente las solicite de manera expresa para un plazo diferente. Dichas entidades en el momento en que reciban la solicitud, informarán al usuario la fecha para la cual se asigna la cita, sin que les sea permitido negarse a recibir la solicitud y a fijar la fecha de la consulta requerida”*, contenido en el artículo 1 de la Resolución 1552 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Así como, el numeral 18, de la Resolución 408 del 2018 de MINSALUD, indica que: el tiempo promedio de espera para la asignación de la cita de pediatría estándar para cada año debe ser \leq a 5 días.

Lo anterior, por debilidades en el control y seguimiento al sistema de información y a los indicadores de gestión de la entidad por parte de los responsables del proceso, planeación y la alta gerencia, lo que no permite toma de decisiones oportunas, generando incumplimiento en los tiempos de atención, inconformidad en la comunidad, aumento en las quejas y mala imagen institucional.

Hallazgo administrativo N°10 Capacidad instalada

Se evidenció que no existe coherencia entre la información reportada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud- REPS, con la información

rendida al Ministerio de Salud y Protección Social y las evidencias obtenidas en la visita de campo realizada por el Ente de Control, tal como se evidencia en el siguiente cuadro:

Sede	Consultorios Consulta Externa		
	Reporte REPS	Reporte Res.2193 Red Oriente	Reporte Contraloría visita /Funcionamiento
CENTRO DE SALUD DIAMANTE	18	21	19
PUESTO DE SALUD RICARDO BALCÁZAR	6	6	4
PUESTO DE SALUD LOS LAGOS	7	7	5
PUESTO ULPIANO LLOREDA	6	7	3,5
PUESTO COMUNEROS 2	4	7	3,5
PUESTO POBLADO 2	5	4	1,5
PUESTO DE SALUD EL VERGEL	5	5	2,5
PUESTO DE CHARCO AZUL	12	15	4
CENTRO DE SALUD MARROQUÍN CAUQUITA	16	23	14
CENTRO DE SALUD MANUELA BELTRÁN	17	26	11
PUESTO DE SALUD ALFONSO BONILLA	6	6	4
PUESTO DE SALUD ALIRIO MORA BELTRÁN	5	5	5
PUESTO DE SALUD PUESTO DE SALUD INTERVENIDAS	6	7	7
PUESTO DE SALUD PUESTO NARANJOS	5	8	5,5
CENTRO DE SALUD DECEPAZ	21	25	20,5
PUESTO DE SALUD PIZAMOS	8	8	3,5
CENTRO DE SALUD EL VALLADO	20	25	22,5
PUESTO DE SALUD COMUNEROS I	6	8	6,5
PUESTO DE SALUD EL RETIRO	5	5	3
PUESTO DE SALUD CIUDAD CÓRDOBA	5	5	3
PUESTO DE SALUD NAVARRO	3	4	2,5
CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE	21	28	18
PUESTO DE CALIPSO	7	9	6,5
PUESTO DE SALUD ORQUÍDEAS	5	5	4
CENTRO DE SALUD LLANO VERDE	19	24	13,5

El artículo 12-indica que “Novedades. Los prestadores de servicios de salud están en la obligación de reportar las novedades que aquí se enuncian, ante la respectiva secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS publicado en la página web de cada entidad territorial y, cuando sea el caso para su verificación anexará los soportes definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”,

contenido en el Capítulo 13 de la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Lo anterior, por debilidades en el control y seguimiento de los servicios habilitados y la capacidad instalada de los mismos, de igual manera por deficiencias de planeación y gestión de la alta gerencia, lo que conlleva a una disminución en la prestación de los servicios de salud por el uso ineficiente de la capacidad instalada.

5. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta auditoría evidencian la percepción general de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de Consulta Externa de la E.S.E. que permite ver una relación directa entre la satisfacción expresada por el usuario, y la calidad percibida por el mismo. Al realizar el análisis de los procedimientos auditados, las encuestas realizadas y la visita a cada una de las 26 IPS que tiene la entidad se puede concluir lo siguiente respecto a los servicios de salud que presta:

- En concordancia con uno de los objetivos, se pudo identificar que los aspectos con mayor grado de inconformidad según lo percibido por los pacientes fueron en su orden: El tiempo de espera para ser atendidos en centro de atención telefónica, y tiempo de espera entre la solicitud de la cita y la atención médica, los cuales hacen parte del atributo de oportunidad.
- Se presentaron falencias en cuanto al tiempo prolongado de espera para ser atendido por el Call Center al solicitar una cita de medicina general por consulta externa.
- Se evidenciaron fallas en el software de asignación de citas que retrasaban la solicitud y el cual no cuenta con la información real desde el momento que el usuario pide la cita, la fecha en que se le asigna y la fecha en que lo atienden.
- Incumplimientos de horarios de llegada y atención por parte del personal de salud, lo cual afecta la puntualidad y cumplimiento de las citas diarias asignadas a los usuarios.
- No se cuenta con una herramienta que controle la atención de las citas médicas generales por consulta externa de pacientes atendidos por fuera del tiempo establecido para cita.
- No se cuenta con un análisis documentado que dé cuenta del período de tiempo entre la solicitud de la cita y la atención médica
- Errores por parte del personal de asignación, se evidencia poca capacitación o inducción del personal en el software, alta rotación del personal de facturación y SIAU que son contratados por agremiación.
- El malestar generalizado se evidencia en las quejas y reclamos que a diario interponen los ciudadanos, las cuales se concentran en la oportunidad y la restricción en el acceso a los servicios de salud.
- Debilidades en el seguimiento y evaluación permanente de los procesos y procedimientos, cumplimiento de normas, la atención humanizada, la

capacitación continua y la calidad en la prestación de los procesos; todo esto enfocado a garantizar la satisfacción real de los usuarios.

- En cuanto a la atención médica, se cuenta con el personal médico asistencial idóneo que cumplen con los requisitos establecidos.
- La infraestructura, cumplen los criterios básicos y específicos para la prestación del servicio de consulta externa general, existe comodidad en sala de espera y privacidad en la atención en los consultorios, bien dotados y cuentan con espacios físicos con las condiciones ambientales y de higiene de acuerdo con la norma.

6. RELACIÓN DE HALLAZGOS

Cuadro N° 3 - Relación de Hallazgos

Tipo de Hallazgo	Cantidad	Valor en Pesos
Administrativos	10	N/A
Con incidencia Disciplinaria	0	N/A
Con incidencia Penal	0	N/A
Con incidencia Fiscal	0	\$
Solicitud sancionatoria	0	N/A

Fin del Informe

MELBA LORENA AGUAS BASTIDAS
Directora Técnica ante el Sector Salud

	Nombre	Cargo	Firma
Proyectó	Equipo Auditor	Audidores	
Revisó	Melba Lorena Aguas Bastidas	Directora Técnica ante el sector Salud	
Aprobó	Melba Lorena Aguas Bastidas	Directora Técnica ante el sector Salud	

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma.

7. ANEXOS

	
CONTRALORÍA GENERAL DE SANTIAGO DE CALI	
Auditoría de Cumplimiento A la Red de Salud Oriente E.S.E, Vigencia 2022 y 1er. trimestre 2023	
FICHA TÉCNICA	
Ficha Técnica de la Encuesta	
Naturaleza	Cuantitativa
Diseño de la muestra	Muestreo aleatorio
Técnica	Entrevista personal con aplicación de cuestionario estructurado
Grupo Objetivo	Usuarios que solicitaron la prestación de los servicio en los días de junio de 2020
Número de Encuestas	247
Distribución de la Muestra	Consulta externa, odontología, laboratorio, ginecología, urgencias, Pediatría
Lugar de Aplicación de las Encuestas	26 IPS
Fecha de recolección de la Información	Junio y Julio 2023
Funcionario que Realizó la Encuesta	Comisión de auditoría CGSC