INFORME DE GESTION DE LAS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y COMPONENTE ATENCIÓN AL CIUDADANO

SEGUNDO SEMESTRE 2019

OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN

31 ENERO 2020

Alcaldía de Medellín

CONTENIDO

1 PRESENTACIÓN 3
2 GENERALIDADES 3
2.1 Objetivo 3
2.2 Alcance: 4
2.3 Criterios: 4
3 METODOLOGÍA 4
3.1 Instrumentos para utilizar: 5
4 RESULTADOS 5
4.1 Estructura Administrativa y de Direccionamiento Estratégico 5
4.2 Canales de comunicación 6
4.3 Adecuación de espacios físicos 7
4.4 Talento Humano 7
4.5 Componente normativo y procedimental 7
4.6 Relacionamiento con el ciudadano 8
4.7 Gestión de las Expresiones de los usuarios 8
4.7.1 Evaluación de la Gestión de las Expresiones de los Usuarios 9
4.7.2 Resultados de la Gestión de las PQRSD 9
4.7.3 Planes de Mejoramiento 17
4.8 Evaluación De La Satisfacción Del Usuario 18
4.8.1 Estructura 18
4.8.2 Evaluación de los servicios 20
RECOMENDACIONES 26
CONCLUSIONES 27

1 PRESENTACIÓN

La Entidades públicas deben "establecer mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano: Centrar sus esfuerzos en garantizar el acceso de los ciudadanos a los trámites y servicios de la Administración Pública conforme a los principios de información completa, clara, consistente, con altos niveles de calidad, oportunidad en el servicio y ajuste a las necesidades, realidades y expectativas del ciudadano".

Es responsabilidad de las oficinas de control interno en toda entidad pública, el realizar evaluación semestral de la gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) presentadas por los usuarios de los servicios de acuerdo al mandato de la Ley 1474 del 2011 en su artículo 76 … "La oficina de control interno deberá vigilar que la atención se preste de acuerdo con las normas legales vigentes y rendirá a la administración de la entidad un informe semestral sobre el particular. En la página web principal de toda entidad pública deberá existir un link de quejas, sugerencias y reclamos de fácil acceso para que los ciudadanos realicen sus comentarios"[1].

El presente informe presenta los resultados de la evaluación de la gestión de las PQRSD, consolidada en el año 2019. Adicional se presentan los resultados de la evaluación de la satisfacción de los usuarios con los servicios, el cumplimiento de los demás requerimientos establecidos en el mismo artículo de la ley 1474 de 2011, el componente del plan anticorrupción y a de atención al ciudadano y las políticas del MIPG relacionadas con la participación ciudadana, rendición de cuentas y servicio al ciudadano.

Se incluyen conclusiones y recomendaciones como aporte al mejoramiento de la gestión.

2 GENERALIDADES

2.1 Objetivo

Evaluar la gestión de las manifestaciones y el grado de satisfacción de los usuarios, el cumplimiento de los requerimientos legales aplicables al componente de atención al ciudadano de acuerdo con los lineamientos de la normatividad vigente, identificando oportunidades de mejora al procedimiento.

---

[1] DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO FUNCION PÚBLICA. Guía Estrategias para la construcción plan anticorrupción V2. 2018

2.2 Alcance:

La gestión de las expresiones y evaluación de la satisfacción de los usuarios de la ESE Metrosalud en la vigencia 2019.

Verificación del cumplimiento del componente de atención al ciudadano de acuerdo con la Ley 1474 de 2011 y del plan anticorrupción y atención al ciudadano de acuerdo a la guía Estrategias para la construcción plan anticorrupción V2 de la Función Pública.

2.3 Criterios:

Ley 1474 de 2011 Artículo 76. Oficina De Quejas, Sugerencias Y Reclamos.

Ley 1712 de 2014 Transparencia y acceso a la información, Art. 9 obliga la publicación del plan anticorrupción y atención al ciudadano.

Decreto 1649 de 2014 Modifica la estructura del DAPRE, Art. 15 señala los estándares que deben cumplir las dependencias de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.

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"

Decreto 1081 de 2015 Establece el plan anticorrupción y atención al ciudadano que hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Guía Estrategias para la construcción plan anticorrupción V2 de la Función Pública. 2018

3 METODOLOGÍA

Para la realización de la evaluación se realiza revisión de la documentación existente en la ESE, la normatividad vigente, los informes generados por la oficina de Participación Social y entrevista con la profesional Dioselina Vergara responsable de la oficina.

Para la realización de la evaluación se hace análisis comparativo de los resultados de la gestión de las expresiones y evaluación de la satisfacción del usuario de las vigencias 2018-2019.

Se toman imágenes y datos publicados en la página web de la ESE Metrosalud.

3.1 Instrumentos para utilizar:

- Análisis comparativo de los informes de las expresiones de los usuarios 2018 y 2019

- Análisis comparativo de la evaluación de la satisfacción de los usuarios con los servicios 2018 y 2019

- Formato Verificación de Procedimientos o Instructivos

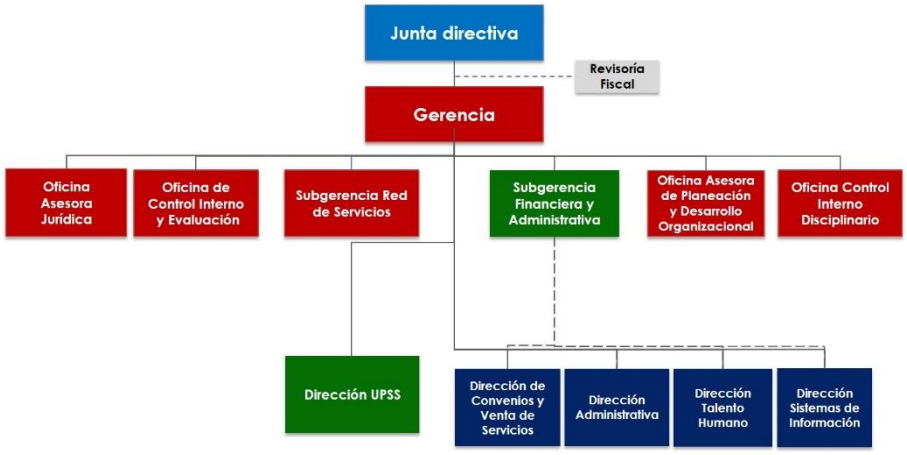
- Herramienta gestión para peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias.

4 RESULTADOS

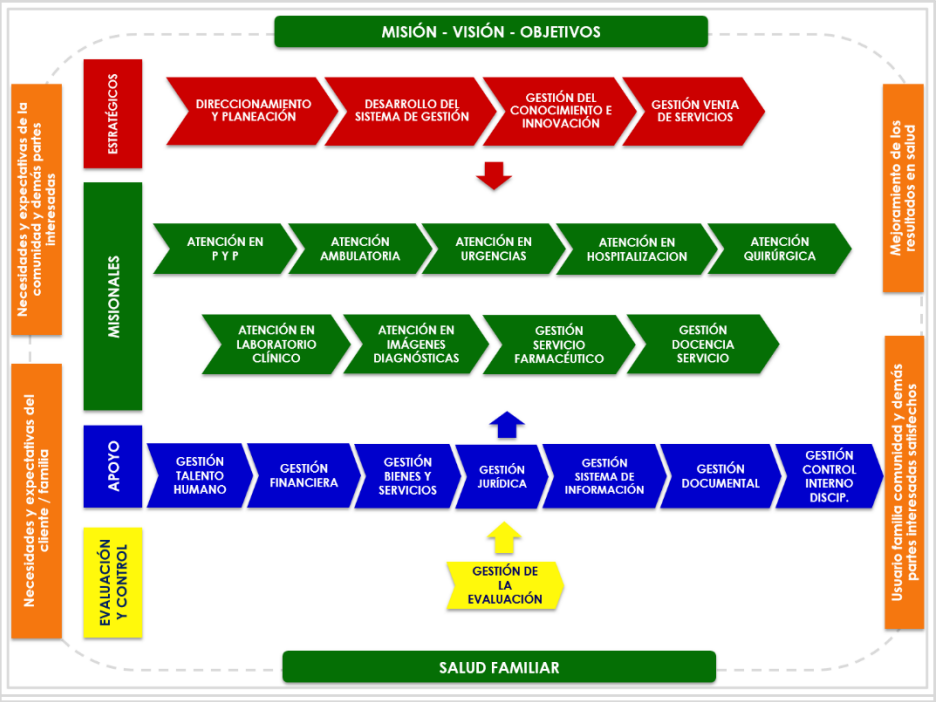
4.1 Estructura Administrativa y de Direccionamiento Estratégico

El componente atención al ciudadano no cuenta con una estructura física y administrativa de acuerdo con lo recomendado por la guía Estrategias para la construcción plan anticorrupción V2 de la Función Pública. 2018, en "Mecanismos Para Mejorar La Atención Al Ciudadano" y los lineamientos del MIPG.

En la estructura organizacional no de identifica el área de atención al ciudadano, que según las recomendaciones de la guía estrategias para la implementación de plan anticorrupción y atención al ciudadano "Institucionalizar una dependencia que lidere la mejora del servicio al ciudadano al interior de la entidad y que dependa de la Alta Dirección".



En la transición al nuevo modelo de gestión y su mapa de procesos, las actividades de atención al ciudadano no quedaron vinculadas a ningún proceso lo cual se ve reflejado en la estructura documental alojada en el software Almera. Para la profesional responsable tampoco es claro a cuál proceso esta vinculadas las actividades de atención al usuario. Ver mapa de procesos.



4.2 Canales de comunicación

La ESE cuenta con varios canales de comunicación con el usuario de los cuales en orden de frecuencia de utilización están: buzones de sugerencias, página web, correo electrónico, presencial y teléfono.

La Entidad tiene una línea telefónica 018000 contratada con la empresa UNE, la cual está vinculada con el conmutador en horario diurno y con el 123 salud en nocturnos y festivos.

El número de la línea no está publicado en la página web, ni se encuentra evidencia de su socialización con los usuarios y el personal de manera que sea utilizada efectivamente y se compense el costo invertido.

4.3 Adecuación de espacios físicos

En la ESE no se ha realizado la adecuación física de los espacios para la atención al usuario de acuerdo con los lineamientos normativos, no se ha realizado la aplicación del diagnóstico de los espacios físicos que evidencien las falencias de accesibilidad tomando como referencia la norma NTC 6047.

A futuro se debe implementar instrumentos y herramientas para garantizar la accesibilidad a la página web de la entidad implementando la norma NTC 5854 y Convertic), cualificar a los servidores en su uso de lenguaje de señas colombiana, para garantizar la accesibilidad de las personas sordas a los servicios de la entidad.

4.4 Talento Humano

El área de atención al ciudadano a nivel central cuenta con una profesional universitaria y una auxiliar administrativa que a la vez es la operadora del conmutador.

En las UH se cuenta con el recurso de trabajadoras sociales, pero su disponibilidad es mayormente con el apoyo a los servicios de hospitalización y urgencias. Hacen la radicación de las expresiones y presentan informes a los comités técnicos.

No se encuentra evidencia del cálculo de personal necesario para la implementación del componente de atención al ciudadano.

Del análisis realizado a las quejas la causa más frecuente es por el trato recibido, se han realizado acciones para fomentar la atención humanizada, pero se hace necesario implementar acciones sistemáticas para fortalecer el talento humano en materia de sensibilización, cualificación, vocación de servicio y gestión que vayan más allá de las conferencias, sino que se reflexione en las causas profundas de su comportamiento.

4.5 Componente normativo y procedimental

El cumplimiento normativo se cumple aceptablemente de acuerdo con los lineamientos de la Ley 1474 de 2011.

La implementación de los lineamientos del MIPG frente al componente de atención al ciudadano va más allá de la gestión de las expresiones y la medición de la satisfacción del usuario, incluye además los componentes de participación comunitaria, servicio al ciudadano, participa en la gestión de trámites y rendición de cuentas.

Como se referenció en la estructura administrativa la documentación de atención al ciudadano se encuentra en la estructura documental de la intranet referenciada por el tipo de documento, en el software Almera no se encuentra completa y no es claro a qué proceso está vinculada.

La implementación de los componentes del MIPG se encuentra en proceso se han documentado los autodiagnósticos y se formularon planes de acción con el apoyo de la Oficina Asesora De Planeación y Desarrollo Organizacional.

Se debe fortalecer en el personal responsable el conocimiento claro de estos componentes y su integración con los demás sistemas implementados en la Entidad, adicional que se haga por ellos el seguimiento al plan de acción porque se asume que este lo hace la oficina de planeación.

4.6 Relacionamiento con el ciudadano

Este componente da cuenta de la gestión de la entidad para conocer las características y necesidades de su población objetivo, así como sus expectativas, intereses y percepción respecto al servicio recibido.

La Entidad ha realizado un ejercicio de caracterización de los usuarios de salud, pero no se han incluido otros grupos de interés como lo recomienda la guía de caracterización de usuarios, con el fin revisar la pertinencia de la oferta, canales, mecanismos de información y comunicación empleados por la entidad.

Se cuenta con un proyecto de participación comunitaria dentro de la linea 2 del plan de acción, como actividades desarrolladas están las relacionadas con la asociación de usuarios, mensualmente se participa en las reuniones de la asociación. Se conservan copia de las actas en la Oficina de Participación social.

En este componente se incluye la evaluación de la percepción del usuario con la calidad de los servicios, la cual se realiza semestralmente en la entidad cuyos resultados se presentan más adelante en este informe.

4.7 Gestión de las Expresiones de los usuarios

Para la evaluación de la gestión de las expresiones se tomó la información consolidada de la vigencia 2019 y se realizó un análisis comparativo con la vigencia 2018.

4.7.1 Evaluación de la Gestión de las Expresiones de los Usuarios

Se aplicó la herramienta gestión de peticiones quejas, reclamos y denuncias (PQRSD) diseñada por planeación nacional para evaluar la gestión y cumplimiento de requisitos que deben cumplir las entidades con relación a la gestión de las PQRSD obteniendo un cumplimiento del 78%.

Se identifican como debilidades:

1. el procedimiento no establece las acciones a tomar cuando hay desistimiento tácito o explícito de la petición, lo cual implica además la generación de un acto administrativo por parte de la Gerencia.

2. El procedimiento no es explícito en que se debe dar prioridad a las peticiones presentadas por periodistas, relacionadas con salud, seguridad personal y las presentadas por niños, niñas y adolescentes.

3. A pesar de tener reglamentada la gestión de las peticiones por medio del Acuerdo de Junta Directiva 330 de 2017, este no ha sido reglamentado, no se ha implementado completamente la ventanilla única para la recepción, radicación y tramite de todas las peticiones que lleguen a la entidad de manera que no queden sin tramite dentro de los tiempos legales establecidos.

4. El procedimiento no es explícito en las acciones a seguir cuando se niegue una solicitud de información por ser reservada, lo cual obliga un acto administrativo.

5. Las respuestas a los usuarios se realizan verbalmente dejando un registro de la respuesta en una planilla consolidada de la gestión realizada. Las respuestas a los usuarios deben ser por escrito, sean físicas o magnéticas.

4.7.2 Resultados de la Gestión de las PQRSD

Se analiza los resultados de la información disponible de la gestión de las PQRSD de las vigencias 2018 -2019.

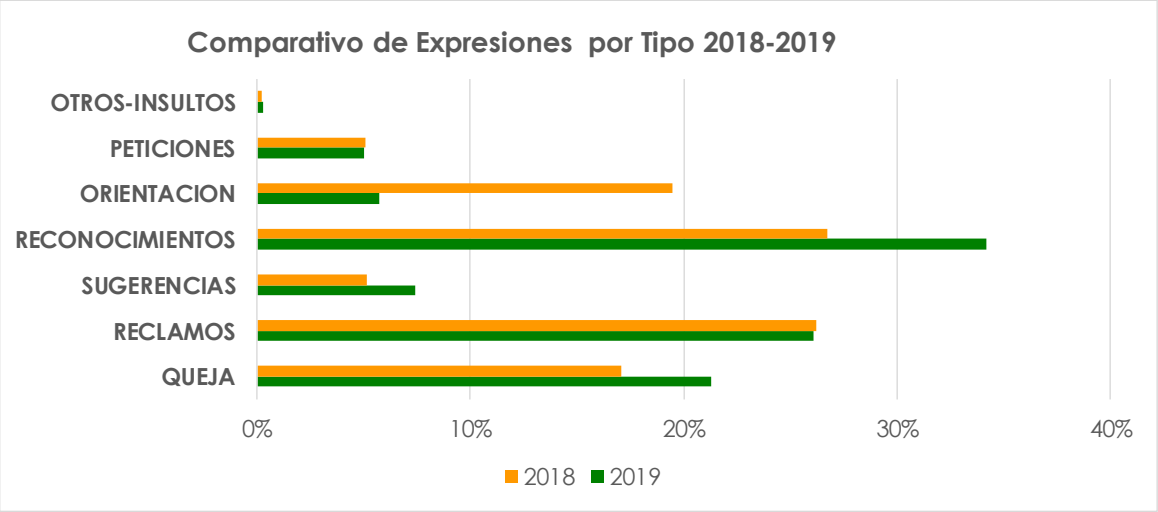
Total, de expresiones por tipo.

	2018		2019	
TIPO DE MANIFESTACIÓN	N°	%	N°	%
QUEJA	1004	17%	1201	21%
RECLAMOS	1540	26%	1470	26%
SUGERENCIAS	301	5%	418	7%
RECONOCIMIENTOS	1572	27%	1926	34%
ORIENTACION	1146	20%	323	6%
PETICIONES	299	5%	282	5%
OTROS-INSULTOS	14	0%	15	0%
TOTALES	5876	100%	5635	100%

Se identifica como fortaleza el incremento en un 7% los reconocimientos.

El total de expresiones en el 2019 se redujeron en un 4%.

Las quejas se incrementaron en un 5%.



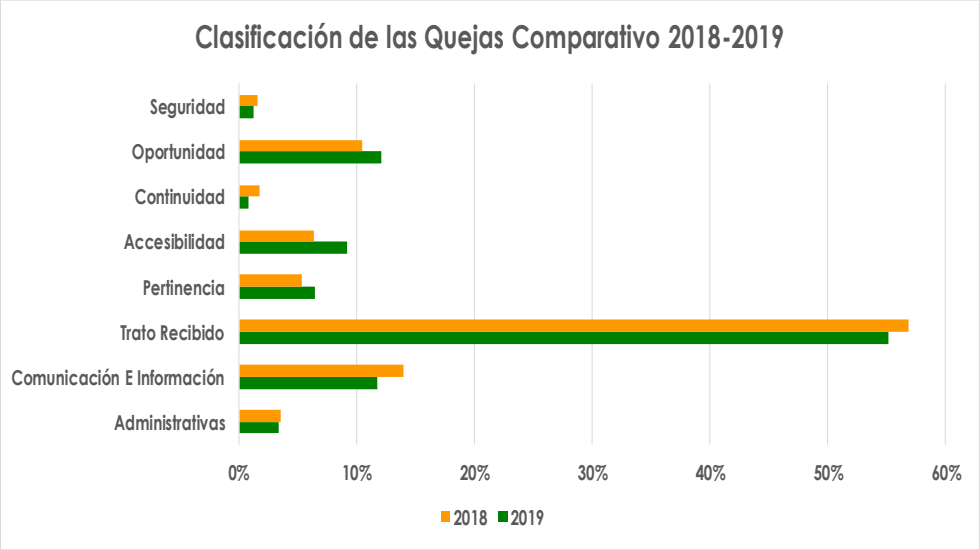
La distribución de las expresiones por servicio de origen muestra que la mayoría siguen siendo de las áreas administrativas.

	2018		2019	
AREA - SERVICIO	N°	%	N°	%
Urgencias	477	8%	610	11%
Consulta Externa Medica	473	8%	554	10%
Consulta en Subprogramas	278	5%	287	5%
Consulta Externa Especialista	163	3%	117	2%
Consulta Optometra	43	1%	5	0%
Consulta Odontologica	228	4%	259	5%
Higiene Oral	10	0%	7	0%
Farmacia	276	5%	405	7%
Imagenologia (RX - ECOS)	35	1%	43	1%
Laboratorio Clinico	53	1%	57	1%
Cirugia	15	0%	11	0%
Traslado en Ambulancia	10	0%	12	0%
Hospitalización	662	11%	675	12%
Porterias-Vigilancia	69	1%	76	1%
Areas Administrativas	1032	18%	1573	28%
Call Center - Servicios WEB	447	8%	205	4%
Disciplinas Apoyo:Nutric-Sico-Trab. Social	33	1%	29	1%
No Pertinente a Metrosalud	542	9%	62	1%
Centro de Atención en General	877	15%	464	8%
Otras - Sin dato	153	3%	184	3%
TOTALES	5876	100%	5635	100%

Quejas

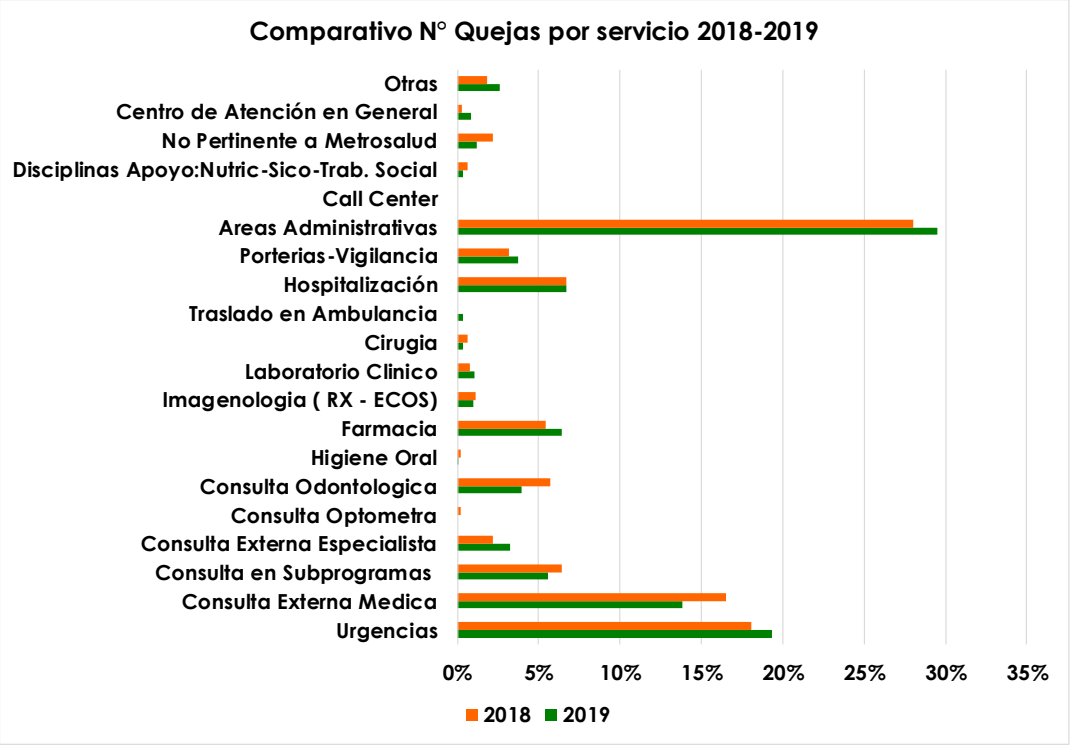
La clasificación de las quejas presentadas en las vigencias 2018-2019 muestra que las relacionadas por el trato recibido siguen siendo las más frecuentes, aunque en el 2019 presenta un leve descenso del 2%.

	2018		2019	
CLASIFICACIÓN QUEJAS	N°	%	N°	%
Administrativas	36	4%	41	3%
Comunicación E Información	140	14%	141	12%
Trato Recibido	571	57%	662	55%
Pertinencia	54	5%	77	6%
Accesibilidad	64	6%	110	9%
Continuidad	18	2%	10	1%
Oportunidad	105	10%	145	12%
Seguridad	16	2%	15	1%
Totales	1004	100%	1201	100%



Los servicios de los cuales se presentan más volumen de quejas siguen siendo urgencias, y consulta externa médica y áreas administrativas en las dos vigencias.

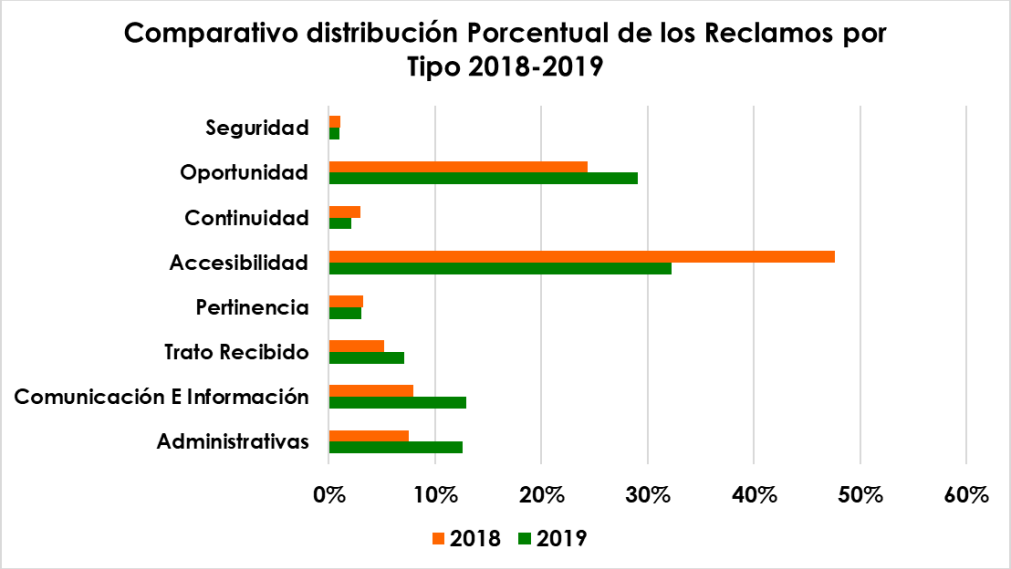
	2018		2019	
QUEJAS POR AREA - SERVICIO	N°	%	N°	%
Urgencias	181	18%	232	19%
Consulta Externa Medica	165	17%	166	14%
Consulta en Subprogramas	64	6%	67	6%
Consulta Externa Especialista	22	2%	39	3%
Consulta Optometra	2	0%	0	
Consulta Odontologica	57	6%	47	4%
Higiene Oral	2	0%	1	0%
Farmacia	54	5%	77	6%
Imagenologia (RX - ECOS)	11	1%	12	1%
Laboratorio Clinico	8	1%	13	1%
Cirugia	6	1%	4	0%
Traslado en Ambulancia	0		4	0%
Hospitalización	67	7%	80	7%
Porterias-Vigilancia	32	3%	45	4%
Areas Administrativas	280	28%	354	30%
Call Center	0		0	
Disciplinas Apoyo:Nutric-Sico-Trab. Social	6	1%	4	0%
No Pertinente a Metrosalud	22	2%	14	1%
Centro de Atención en General	3	0%	10	1%
Otras	18	2%	31	3%
TOTALES	1000	100%	1200	100%



Reclamos

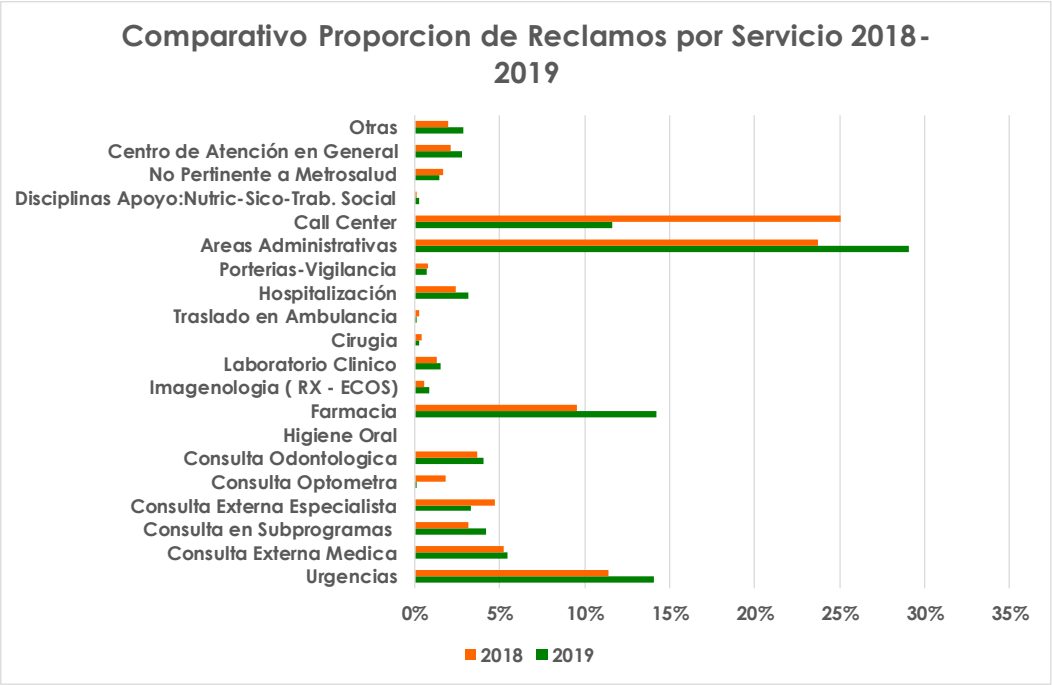
Durante las vigencias 2018 y 2019 siguen siendo por las mismas causas: accesibilidad y oportunidad.

	2018		2019	
CLASIFICACIÓN RECLAMOS	N°	%	N°	%
Administrativas	116	8%	185	13%
Comunicación E Información	122	8%	190	13%
Trato Recibido	80	5%	104	7%
Pertinencia	50	3%	45	3%
Accesibilidad	733	48%	474	32%
Continuidad	46	3%	31	2%
Oportunidad	375	24%	427	29%
Seguridad	17	1%	14	1%
	0		0	
TOTALES	1539	100%	1470	100%



Los servicios que presentan mayor número de reclamos son del área administrativa y el call center en las 2 vigencias, seguidos por los servicios de urgencias y farmacia con un 14% en ambos servicios.

	2018		2019	
RECLAMOS POR SERVICIO	N°	%	N°	%
Urgencias	176	11%	207	14%
Consulta Externa Medica	80	5%	80	5%
Consulta en Subprogramas	49	3%	62	4%
Consulta Externa Especialista	72	5%	48	3%
Consulta Optometra	28	2%	1	0%
Consulta Odontologica	57	4%	59	4%
Higiene Oral	0		0	
Farmacia	147	10%	209	14%
Imagenologia (RX - ECOS)	9	1%	13	1%
Laboratorio Clinico	20	1%	22	1%
Cirugia	6	0%	4	0%
Traslado en Ambulancia	4	0%	2	0%
Hospitalización	37	2%	46	3%
Porterias-Vigilancia	12	1%	10	1%
Areas Administrativas	366	24%	428	29%
Call Center	386	25%	171	12%
Disciplinas Apoyo:Nutric-Sico-Trab. Social	2	0%	4	0%
No Pertinente a Metrosalud	26	2%	21	1%
Centro de Atención en General	33	2%	41	3%
Otras	30	2%	42	3%
TOTALES	1540	100%	1470	100%



Las expresiones clasificadas por cada sede presentan la misma distribución que los resultados consolidados de toda la red.

4.7.3 Planes de Mejoramiento

Se revisa el plan de mejoramiento general a las PQRSD y se confronta con la profesional responsable de la oficina de Participación Social y se evidencia que las acciones realizadas no le apuntan a las causas raíz de los problemas. Se evidencia que en las unidades que se toman acciones puntuales a resolver la queja o el reclamo en forma individual por ello se perpetúan en el tiempo los mismos problemas.

En el plan de mejoramiento institucional no se evidencian acciones a los motivos de quejas y reclamos. Lo cual se confronta con la profesional de la oficina de planeación.

En la carpeta compartida del plan de acción se encuentran los planes de mejoramiento de las UPSS donde se registran los planes de mejoramiento a la gestión de PQRSD y evaluación de la satisfacción del usuario. A pesar de estar en su mayoría ejecutados no se ve reflejada la eficacia de las acciones frente a los resultados de la evaluación cuando en su mayoría se deterioraron los valores en la vigencia 2019.

De las 10 UPSS 4 no tienen formulados planes de mejoramiento a la gestión de las PQRSD y evaluación de la satisfacción del usuario: Nuevo Occidente, San Antonio De Prado, San Cristóbal y San Javier.

4.8 Evaluación De La Satisfacción Del Usuario

4.8.1 Estructura

La ESE Metrosalud, realiza semestralmente evaluación de la satisfacción del usuario, de acuerdo con el instructivo "la aplicación de encuesta de satisfacción IN1422010114 del 25 abril de 2014", para la evaluación se realiza contratación externa con encuestadores los cuales son entrenados por la profesional universitaria líder del programa de participación social.

La muestra se obtiene del promedio mensual de la producción de los servicios en el periodo evaluado, con un nivel de confianza del 90% y un nivel de error del 10%, aunque el instructivo establece el 80/10.

Se verifica la muestra definida y la realmente realizada, evidencia que en promedio se aplica el 88% de la muestra definida. Algunos servicios realizan una muestra por encima del 100% definido.

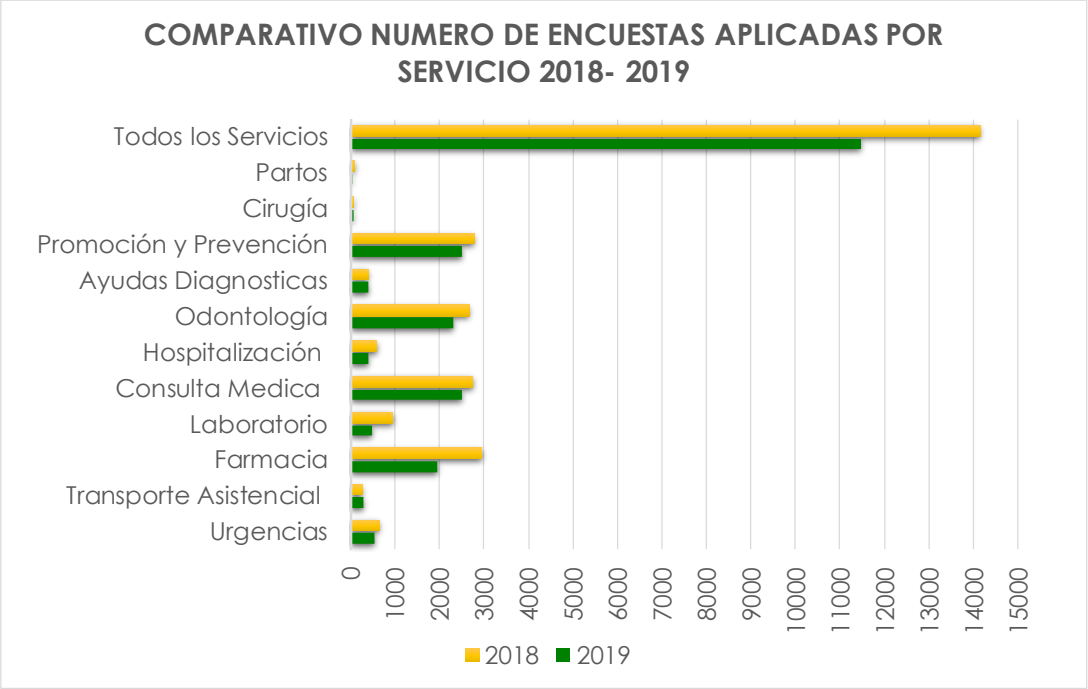
SERVICIOS	N° ENCUESTAS 2019		DIFERENCIA
	DEFINIDAS	REALIZADAS	%
Urgencias	690	526	76%
Transporte Asistencial	265	281	106%
Farmacia	2892	1958	68%
Laboratorio	577	486	84%
Consulta Medica	2725	2512	92%
Hospitalización	462	386	84%
Odontología	2654	2310	87%
Ayudas Diagnosticas	516	402	78%
Promoción y Prevención	2840	2492	88%
Cirugía	60	67	112%
Partos	69	51	74%
Todos los Servicios	13750	11471	83%

El presente informe toma los datos generados por el Auxiliar Salud Estadístico de la Dirección Operativa Sistemas Información y el consolidado anual de la evaluación de la satisfacción ya que no se presenta la información discriminada para el segundo semestre.

En promedio se tiene una reducción del 19% del número de encuestas en el 2019 comparado con el 2018.

Los servicios con una reducción mayor son en partos, laboratorio, hospitalización y farmacia.

SERVICIOS	Nº ENCUESTAS		VARIACIÓN
	2019	2018	
Urgencias	526	656	-20%
Transporte Asistencial	281	253	11%
Farmacia	1958	2952	-34%
Laboratorio	486	947	-49%
Consulta Medica	2512	2751	-9%
Hospitalización	386	597	-35%
Odontología	2310	2669	-13%
Ayudas Diagnosticas	402	391	3%
Promoción y Prevención	2492	2770	-10%
Cirugía	67	62	8%
Partos	51	107	-52%
Todos los Servicios	11471	14155	-19%

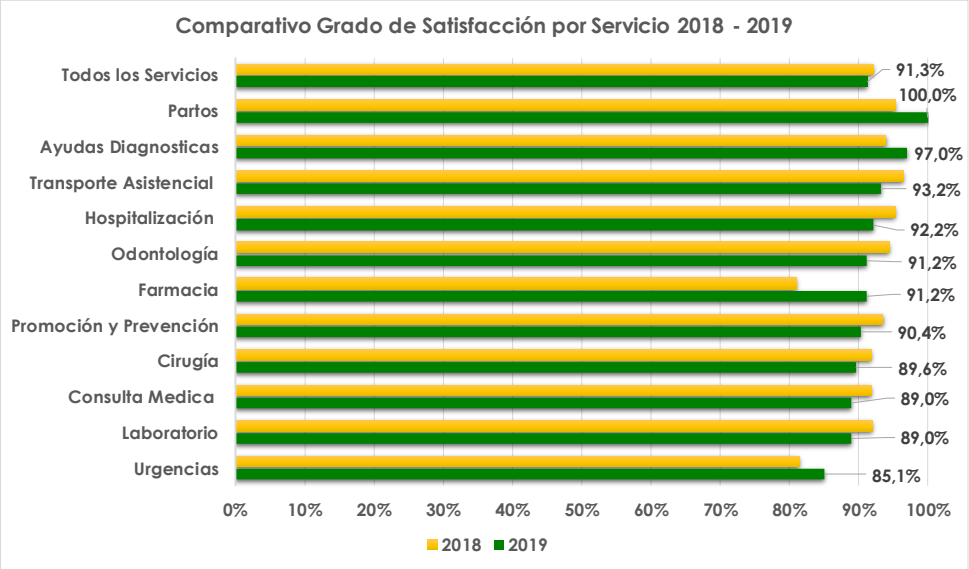


4.8.2 Evaluación de los servicios

La satisfacción de los servicios en toda la red de Metrosalud es del 91,3% en promedio para la vigencia 2019. Los servicios de urgencias y farmacia mantienen un nivel de insatisfacción por debajo de la meta del 90%, aunque se destaca la farmacia que mejoro su nivel de satisfacción con relación al año 2018.

En el plan de mejoramiento se definió "medir la adherencia al protocolo de triage y tiempos de atención en el servicio de urgencias", en las UH de Belén, Castilla y San Javier que son las que presentan menor nivel de satisfacción, la cual se ha cumplido según el mismo plan en un 70%. La acción tomada no identifica un análisis causal a fondo que permita identificar porque hay demora en la atención en el servicio de urgencias lo cual lleva a que el mejoramiento no sea lo eficaz que se requiere.

METROSALUD	% SATISFACCION	
	2019	2018
Urgencias	85,1%	81%
Laboratorio	89,0%	92%
Consulta Medica	89,0%	92%
Cirugía	89,6%	92%
Promoción y Prevención	90,4%	94%
Farmacia	91,2%	81%
Odontología	91,2%	95%
Hospitalización	92,2%	95%
Transporte Asistencial	93,2%	96%
Ayudas Diagnosticas	97,0%	94%
Partos	100,0%	95%
Todos los Servicios	91,3%	92,1%



Los servicios de urgencias y farmacia en promedio en toda la ESE presentan mejoramiento de su nivel de satisfacción, cuando se analiza en detalle cada unidad solo la UH Nuevo Occidente tiene una calificación del 100% para urgencias, lo cual mejora el promedio, a pesar de esto no se cumple la meta del 90%.

A continuación, se presenta el resultado comparativo de la evaluación de la satisfacción en las UH por servicio en los años 2018 y 2019.

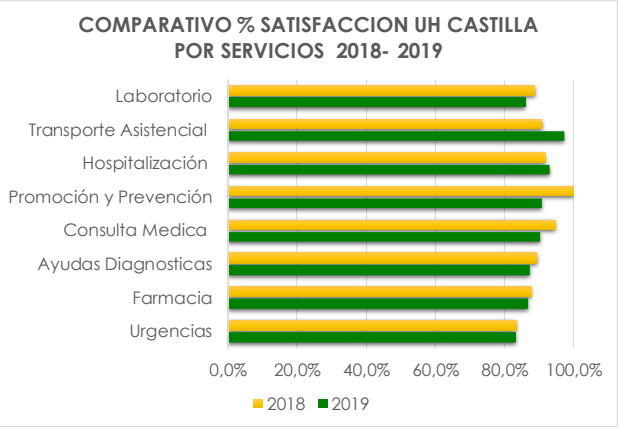
UH Belén

UH BELEN	% SATISFACCION	
	2019	2018
Urgencias	71,4%	71,9%
Cirugía	80%	
Odontología	93%	94,6%
Promoción y Prevención	94,8%	91,8%
Laboratorio	100,0%	86,5%
Consulta Medica	100,0%	88,1%
Farmacia	100,0%	87,0%
Transporte Asistencial	100,0%	100,0%
Ayudas Diagnosticas	100,0%	88,9%
Hospitalización		98,1%
Partos		96,3%
Todos los Servicios	93,3%	90,3%

En la UH de Belén el servicio de Urgencias continúa siendo el que tiene menor nivel de satisfacción. En el año 2019 no se evaluaron los servicios de hospitalización y partos.

UH Castilla

CASTILLA	% SATISFACCION	
	2019	2018
Urgencias	70,4%	73,3%
Farmacia	74,6%	88,9%
Ayudas Diagnosticas	83,3%	83,3%
Consulta Medica	86,8%	87,8%
Promoción y Prevención	87,5%	89,3%
Hospitalización	90%	95,0%
Transporte Asistencial	90,9%	100,0%
Laboratorio	93,2%	92,0%
Odontología	97%	90,9%
Todos los Servicios	86,1%	88,9%

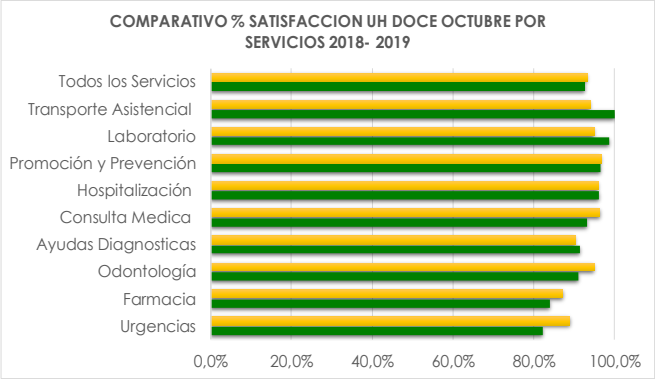


En esta unidad el nivel de satisfacción consolidado no cumple la meta en los 2 años evaluados, se destacan los servicios de urgencias, farmacia, ayudas diagnósticas, consulta médica y promoción y prevención por el bajo cumplimiento del nivel de satisfacción, el cual se intensifica en el año 2019.

UH Doce de Octubre

En las dos vigencias evaluadas se mantiene el nivel de satisfacción por debajo de la meta en los servicios de urgencias y de farmacia, aunque en promedio de todos los servicios se cumple con la meta. Igualmente, no se evidencian acciones de mejoramiento a estos resultados específicos.

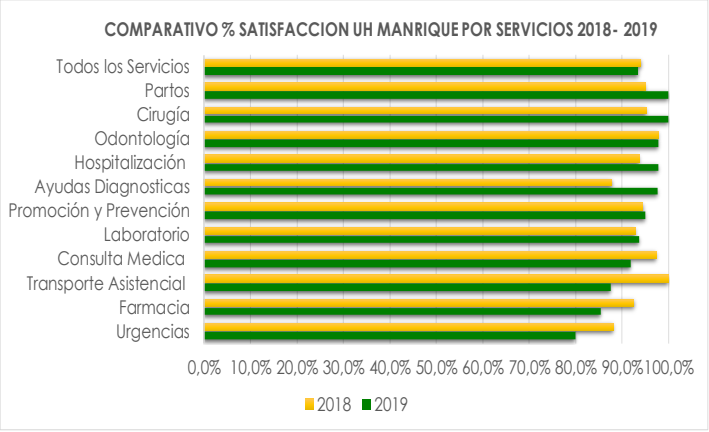
DOCE DE OCTUBRE	% SATISFACCION	
	2019	2018
Urgencias	82,3%	89%
Farmacia	84,0%	87%
Odontología	91%	95%
Ayudas Diagnosticas	91,5%	90%
Consulta Medica	93,2%	96%
Hospitalización	96%	96%
Promoción y Prevención	96,6%	97%
Laboratorio	98,7%	95%
Transporte Asistencial	100,0%	94%
Todos los Servicios	92,6%	93,3%



U H Manrique

En esta Unidad el servicio de urgencias es el que presenta menor nivel satisfacción, desmejorando en el año 2019 con relación al 2018.

MANRIQUE	% SATISFACCION	
	2019	2018
Urgencias	80,0%	88,1%
Farmacia	85,4%	92,5%
Transporte Asistencial	87,6%	100,0%
Consulta Medica	92,0%	97,3%
Laboratorio	93,8%	92,9%
Promoción y Prevención	95,1%	94,5%
Ayudas Diagnosticas	97,7%	87,8%
Hospitalización	98%	93,7%
Odontología	98%	97,9%
Cirugía	100%	95,2%
Partos	100,0%	95,0%
Todos los Servicios	93,4%	94,1%

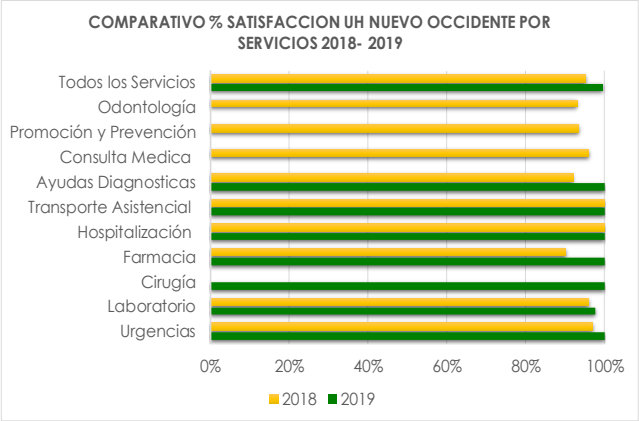


UH Nuevo Occidente

En esta Unidad el nivel de satisfacción del servicio de urgencias se mantiene por encima de la meta en los 2 años evaluados llegando al 100% en el año 2019.

En el año 2019 no se evaluaron los servicios de consulta médica, promoción y prevención y odontología.

NUEVO OCCIDENTE	% SATISFACCION	
	2019	2018
Urgencias	100,0%	97,0%
Laboratorio	97,6%	96,0%
Cirugía	100%	
Farmacia	100,0%	90,0%
Hospitalización	100%	100,0%
Transporte Asistencial	100,0%	100,0%
Ayudas Diagnosticas	100,0%	92,0%
Consulta Medica		96,0%
Promoción y Prevención		93,4%
Odontología		93,0%
Todos los Servicios	99,7%	95,3%

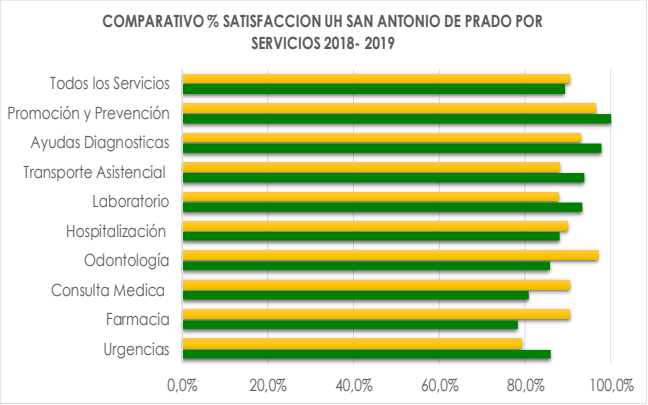


UH San Antonio de Prado

Los resultados de la evaluación de la satisfacción global y en los servicios de urgencias, farmacia, consulta médica, odontología y hospitalización se encuentran por debajo de la meta, con desmejoramiento de los resultados en el año 2019 con relación al año 2018. El servicio de farmacia es el que presenta el nivel más bajo de satisfacción de los usuarios.

No se evidencian acciones de mejoramiento a estos resultados.

SAN ANTONIO DE PRADO	% SATISFACCION	
	2019	2018
Urgencias	85,9%	79,1%
Farmacia	78,3%	90,4%
Consulta Medica	80,8%	90,4%
Odontología	86%	97,0%
Hospitalización	88%	90,0%
Laboratorio	93,3%	87,9%
Transporte Asistencial	93,8%	88,0%
Ayudas Diagnosticas	97,7%	93,0%
Promoción y Prevención	100,0%	96,4%
Todos los Servicios	89,3%	90,2%



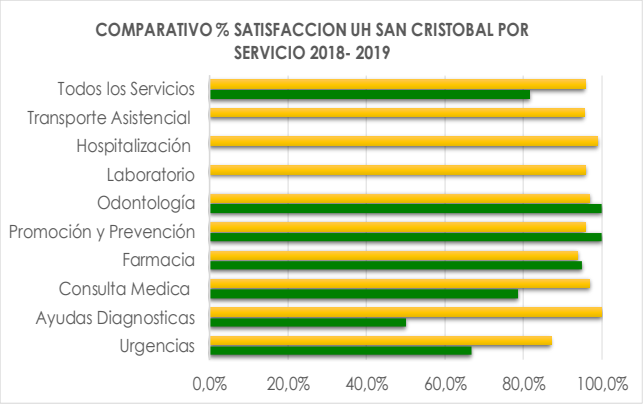
UH San Cristóbal

En esta unidad se evidencia el desmejoramiento de los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario en el año 2019 con relación al 2018 en forma global, y especifico en los servicios de urgencias, ayudas diagnósticas y consulta médica.

Relevante que la satisfacción del servicio de ayudas diagnosticas en el año 2019 se redujo en un 50% con relación al año 2018.

En el año 2019 no se evaluaron los servicios de laboratorio, hospitalización y transporte asistencial.

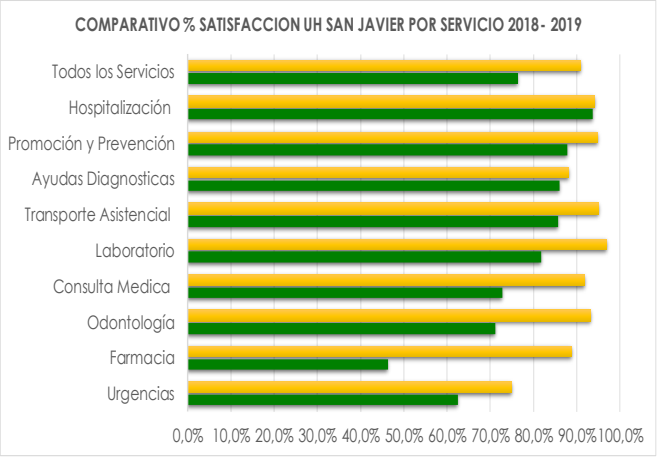
SAN CRISTOBAL	% SATISFACCION	
	2019	2018
Urgencias	66,7%	87,0%
Ayudas Diagnosticas	50,0%	100,0%
Consulta Medica	78,6%	97,0%
Farmacia	95,0%	94,0%
Promoción y Prevención	100,0%	95,8%
Odontología	100%	97,0%
Laboratorio		96,0%
Hospitalización		99,0%
Transporte Asistencial		95,5%
Todos los Servicios	81,7%	95,7%



UH San Javier

En esta Unidad el único servicio que cumple la meta de satisfacción es hospitalización, los demás servicios presentan una reducción promedio del 16%, más relevante en los servicios de farmacia con una reducción del 48%, odontología 24% y consulta médica 21%. No se evidencian acciones de mejoramiento a estos resultados.

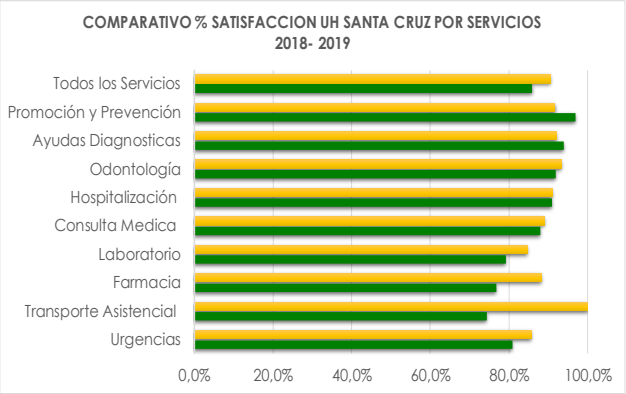
SAN JAVIER	% SATISFACCION		
	2019	2018	DIFERENCIA
Urgencias	62,5%	75,0%	-17%
Farmacia	46,3%	88,8%	-48%
Odontología	71%	93,2%	-24%
Consulta Medica	72,9%	91,8%	-21%
Laboratorio	81,8%	96,9%	-16%
Transporte Asistencial	85,7%	95,0%	-10%
Ayudas Diagnosticas	86,0%	88,2%	-2%
Promoción y Prevención	87,9%	94,9%	-7%
Hospitalización	94%	94,0%	0%
Todos los Servicios	76,4%	90,9%	-16%



UH Santa Cruz

La Unidad presenta una leve disminución en la satisfacción global, se destacan como origen de este resultado los servicios de urgencias, transporte asistencial, farmacia, laboratorio y consulta médica. No se evidencian acciones de mejoramiento a estos resultados.

SANTA CRUZ	% SATISFACCION	
	2019	2018
Urgencias	80,9%	85,7%
Transporte Asistencial	74,3%	100,0%
Farmacia	76,8%	88,2%
Laboratorio	79,3%	84,6%
Consulta Medica	87,9%	89,1%
Hospitalización	91%	91,0%
Odontología	92%	93,3%
Ayudas Diagnosticas	93,9%	92,0%
Promoción y Prevención	96,9%	91,7%
Todos los Servicios	85,9%	90,6%



RECOMENDACIONES

1. Revisar el enfoque por procesos de la Entidad de manera que todas las actividades que se realicen en el componente de atención al ciudadano estén vinculadas a un proceso y estén en armonía con la estructura organizacional teniendo en cuenta las recomendaciones de la guía para las estrategias del plan anticorrupción y atención al ciudadano.

2. Reglamentar el acuerdo 330 de 2017 relacionado con la gestión de las peticiones en la ESE con el fin de dar claridad de esta gestión cuyo incumplimiento tiene consecuencias importantes para la ESE y para el servidor responsable.

3. Definir y socializar el mecanismo y los criterios cuando una queja es susceptible de proceso disciplinario, con los directores de UH de manera que no quede a su criterio sino con base en la norma vigente.

4. Actualizar el instructivo para la aplicación de encuestas de satisfacción de acuerdo con los criterios utilizados actualmente.

5. Fortalecer el entrenamiento en los responsables de los procesos y sus equipos de trabaja en la adecuada toma de acciones las cuales se basen en un análisis causal a profundidad de manera que se garantice razonablemente la eficacia de estas.

6. Revisar el procedimiento de gestión de las PQRSD adecuándolo a los lineamientos del modelo de mejoramiento establecido en la ESE.

7. Presentar la información por semestre y consolidada con el fin de evidenciar el mejoramiento de un periodo a otro.

8. Considerar incrementar la muestra de la evaluación de la satisfacción a la atención de partos y hospitalización, especialmente obstétrica, por lo sensible a una atención humanizada y segura, teniendo en cuenta los resultados de los indicadores materno-perinatales. Al tener los usuarios dentro de la institución se podrían cubrir cerca del 100% de ellos.

9. Dada la periodicidad de la evaluación de la satisfacción del usuario a solo dos veces al año, es recomendable hacer el esfuerzo de evaluar todos los servicios en las dos oportunidades de manera que la información sea lo más cercana a la realidad.

CONCLUSIONES

1. La estructura física, administrativa y logística para el desarrollo del componente de atención al usuario presenta algunas debilidades que deben subsanarse en el corto plazo para disminuir el riesgo de incumplimiento legal.

2. El modelo de operación por procesos no incluye las acciones que realiza la dependencia de participación social, la documentación existente no está vinculada a un proceso del nuevo modelo de gestión.

3. El análisis de las causas llevada al detalle es lo que permite la toma de acciones eficaces que lleven al mejoramiento continuo, el cual debe registrarse en los planes de mejoramiento, hacer seguimiento a su cumplimiento y a la eficacia de las acciones cerrando el ciclo de mejoramiento continuo.

4. El tiempo de respuesta está en 1,4 días lo cual se logra por una solución puntual de los problemas individuales de cada usuario, pero no porque se haga una investigación de las causas que los originan y se tomen acciones eficaces, lo que implica como se evidencia en la información que los problemas se perpetúen en el tiempo generando reprocesos y desgaste administrativo.

5. La respuesta a las expresiones de los usuarios deben hacerse por escrito sea físico o magnético lo cual favorece la trazabilidad de las acciones tomadas, le dé al usuario la posibilidad de la reposición y apelación cuando así lo considere y se cuente con soportes validos en caso de nuevos requerimientos.

6. Los servicios de urgencias en las UH de la ESE excepto Nuevo Occidente es el que presenta incumplimiento de la meta de satisfacción establecida, seguido por los servicios farmacéuticos, consulta médica principalmente. No se encuentra evidencia de la toma de acciones que busquen el mejoramiento continuo de esta situación.

Elaborado por:

Nicolás Albeiro Duque Cano

Jefe Oficina de Control Interno y Evaluación

Claudia Regina González González

Profesional Especializado Oficina Control Interno y Evaluación