

INFORME DE SEGUIMIENTO AL PROCESO DE GESTIÓN DE ATENCIÓN AL
USUARIO Y SU FAMILIAS. E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA JULIO-
DICIEMBRE– 2023.

E.S.E SALUD DEL TUNDAMA
ANDREA LILIANA ARIAS PERDOMO
GERENTE

ANDRÉS JULIÁN ALFONSO PÉREZ
Asesor Oficina Control Interno

Edición
ENERO 2024.

INFORME DE SEGUIMIENTO AL PROCESO DE GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIAS. E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA JULIO-DICIEMBRE- 2023.

1. OBJETIVO

Evaluar la gestión integral adelantada por la E.S.E. Salud del Tundama de Gestión Administrativa, en cuanto al cumplimiento normativo vigente, las directrices establecidas por la Junta Directiva, procedimientos, instructivos, manuales y formatos relacionados con el proceso descrito.

2. ALCANCE

Seguimiento a actividades realizadas en el proceso de gestión de atención al usuario y su familia en lo atinente a aplicación de manual MGAUFSIAUP01-140 - tramite de peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias.

3. PROCESOS INVOLUCRADOS

En la elaboración del informe se encuentra involucrado el Proceso Gestión de gestión de atención al usuario y los subprocesos de sistema de información y atención al usuario.

4. SOPORTE LEGAL

La Oficina Asesora de Control Interno, en ejercicio de las facultades legales otorgadas por la ley 87 de 1993, modificada por la Ley 1474 de 2011, el Decreto 2145 de 1999 y sus modificaciones, los Decretos 1537 de 2001, 2482, 2641 de 2012 y 943 del 21 de mayo de 2014; así como los lineamientos establecidos en la Guía de Auditoria para entidades públicas del DAFP, que establece la función de realizar la evaluación independiente al Sistema de Control Interno, a los procesos, procedimientos, actividades y actuaciones de la administración, con el fin de determinar el cumplimiento y la efectividad de la gestión institucional y de

“DUITAMA PARA TODOS”

Calle 28 No. 15 -120 - Teléfono 7601640 - 7629612. www.saludtundama.gov.co
Duitama. Boyacá.

los objetivos de la entidad, generando recomendaciones para asesorar al representante legal de la entidad, en busca del mejoramiento continuo.

En cumplimiento al programa general de auditorías aprobado para la vigencia 2023, por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, el asesor de control interno adelanta el presente informe de seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones.

5. DESARROLLO

5.1. METODOLOGÍA

Para el seguimiento al cumplimiento normativo relacionado con el trámite de recepción y contestación a las PQRSF se solicitó información previamente a la líder del proceso MONICA FERNANDEZ, a su correo institucional y la misma se revisó en su totalidad.

De igual forma se hizo la revisión de la documentación del proceso que reposa en el Software institucional respecto del proceso.

La auditoría incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan el área de GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA y a disposiciones legales; los estudios y análisis se encuentran debidamente documentados en papeles de trabajo, los cuales reposan en los archivos de esta Oficina Asesora de Control Interno.

De los análisis hechos y de la información encontrada se harán las respectivas recomendaciones.

5.2. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.

5.2.1. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN AL PROCESO DE GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA.

Se comienza por analizar la apertura de buzones, las cuales se realizaron dentro de los tiempos y con los procedimientos pertinentes, como lo es el diligenciamiento del formato de Apertura de Buzones, código MGAUFSIAUf11-140 y se encontró todo en su lugar, al respecto se sugiere continuar con esta buena práctica.

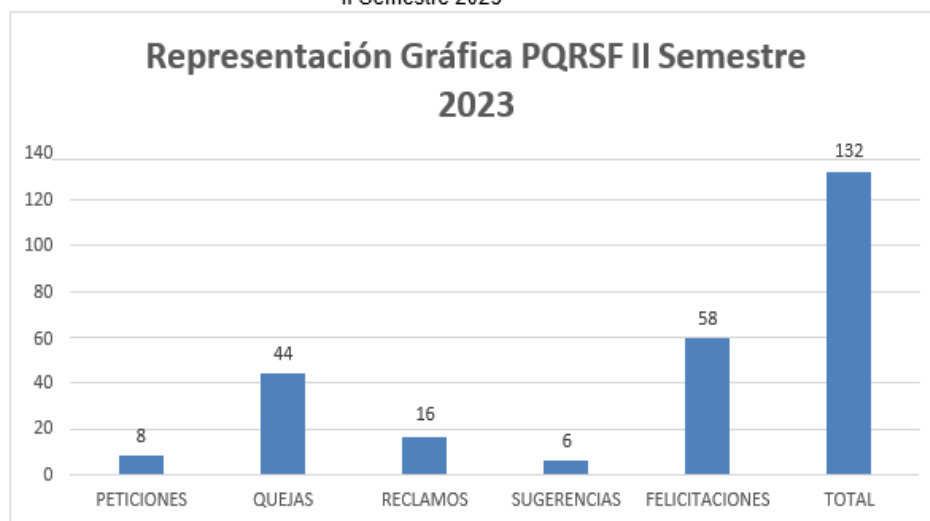
Respecto de las PQRSF internas, se observa que dentro del semestre los canales de comunicación como lo son el buzón de sugerencias y el correo electrónico fueron canales que tuvieron poca socialización o retroalimentación con los colaboradores.

También se observó que de las PQRSF, internas se debe realizar los respectivos planes de mejora.

Por otra parte, se observa que existe un correo electrónico también para las PQRSF pero de los usuarios cuya dirección es siau@saludtundama.gov.co a lo que dentro de la información reportada no se evidencia que hayan ingresado PQRSF, por este medio o simplemente no se menciona por lo que se debe buscar como oportunidad de mejora plantear la alternativa de cambiar la dirección electrónica dado la baja afluencia de los usuarios y destinar una que clarifique el nombre de las PQRSF, pero además se deberá fortalecer dicho canal para que los usuarios lo conozcan de manera masiva.

Respecto de la información presentada a esta oficina referente a lo corrido de este semestre en lo que tiene que ver PQRSF se extrae la siguiente, con el fin de analizar algunos aspectos relevantes;

Gráfico 1. Representación gráfica Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicidades
II Semestre 2023



Fuente. Archivo Sistema de Información y Atención al Usuario

Para destacar de la anterior gráfica el ejercicio visible de informar con claridad las cifras, para mejorar se podría comparar en relación con las cifras del anterior semestre para saber si nos encontramos frente a los mismos motivos, mismos procesos y si aumentaron o disminuyeron frente al semestre actual. Esto permitirá tomar nuevas medidas o nuevas decisiones.

Es de destacar también que frente a estas PQRSF los tiempos de respuesta se miden por un indicador el cual arroja un resultado promedio en las respuestas de siete (7) días.

“DUITAMA PARA TODOS”

Calle 28 No. 15 -120 - Teléfono 7601640 - 7629612. www.saludtundama.gov.co
Duitama. Boyacá.

y el seguimiento a las respuestas a los usuarios se verificaron en físico algunas de manera aleatoria, para evidenciar en primer lugar, que el tiempo de contestación esté dentro de lo establecido en la ley y en nuestros procedimientos, encontrando que; Se maneja una carpeta física A-Z la cual contiene la PQRS, mas el proceso de investigación y la respuesta.

Al respecto es necesario referir que se revisaron solicitudes de los meses anteriores y se ajustaron a los términos las respuestas, sin embargo, se debe recomendar tener en cuenta que los términos de respuesta cuentan a partir del día siguiente hábil en que se dejó la respectiva PQRS.

También se deberá recomendar que en la carpeta donde constan las PQRS y las respuestas se adjunte pantallazo del envío de la respuesta al usuario, lo cual se viene adelantando únicamente en el correo electrónico que tienen registrado para tal efecto.

Se indagó posteriormente por las acciones que desde la entidad se tomaron frente a los siguientes motivos de PQRS, los cuales fueron los que se evidenciaron para este semestre.

- Optimizar prestación del servicio de Whatsapp y callcenter para la asignación de citas.
- Optimizar la prestación de servicio de servicio farmacéutico.
- Optimizar la prestación de servicio de módulos de facturación

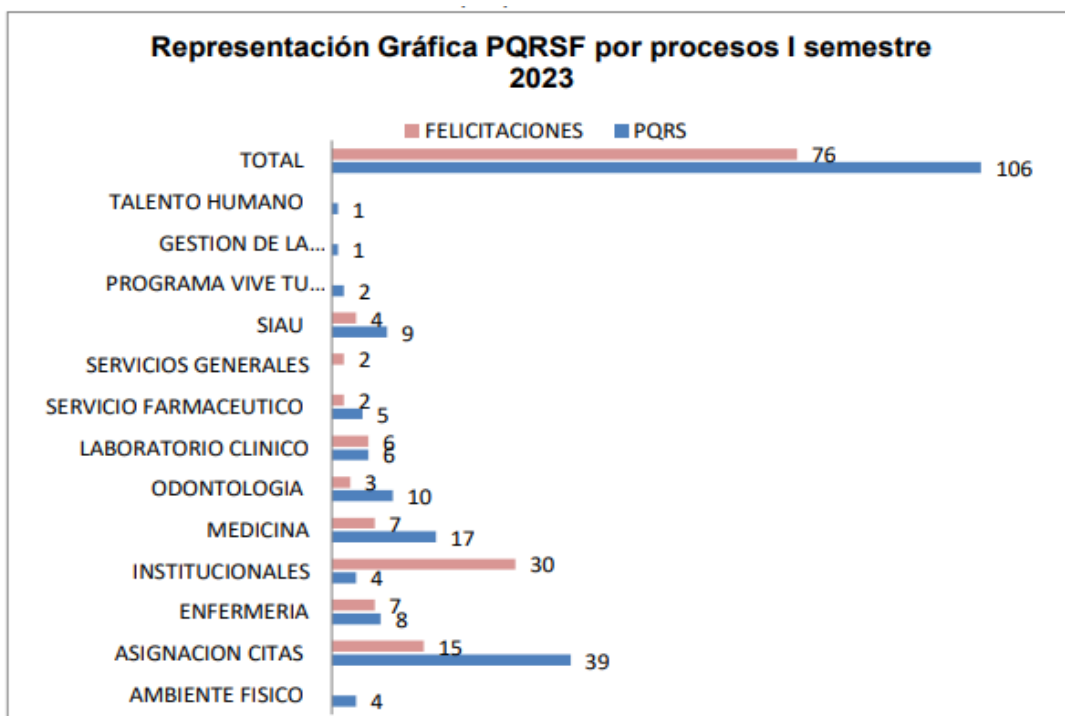
- Percepción de aglomeraciones y congestión en las filas de facturación que tuvieron como consecuencia la pérdida de citas de los usuarios peticionarios.
- Retrasos en la atención de servicio de laboratorio clínico y servicio farmacéutico.
- Mejorar la higiene y aseo en los baños de los usuarios.
- Inconformidad por la asignación de una cita por mes de medicina y odontología.
- Actitud inadecuada y/o percepción de trato irrespetuoso por parte del profesional y/o colaborador que realizó la prestación del servicio al usuario.
- Optimizar la prestación del servicio de facturación de citas, haciendo uso de los 5 módulos disponibles en el proceso.
- Realizar seguimiento a los tiempos de espera en sala, teniendo en cuenta que al usuario se le indica estar 20 minutos activando servicios, pero las consultas se retrasan en ocasiones más tiempo.
- Mejorar el cuidado de las instalaciones de los baños de los usuarios de la institución.
- Garantizar la atención preferencial de los usuarios en el servicio de facturación.
- Garantizar el uso adecuado de la fila de usuario notable
- Garantizar la atención a usuario notable en el servicio de laboratorio

“DUITAMA PARA TODOS”

Se encontró que se han atendido cada una de las inquietudes a través de planes de mejora y se han realizado las acciones, pues se revisaron los ID formulados, los cuales cumplen con las acciones de mejora.

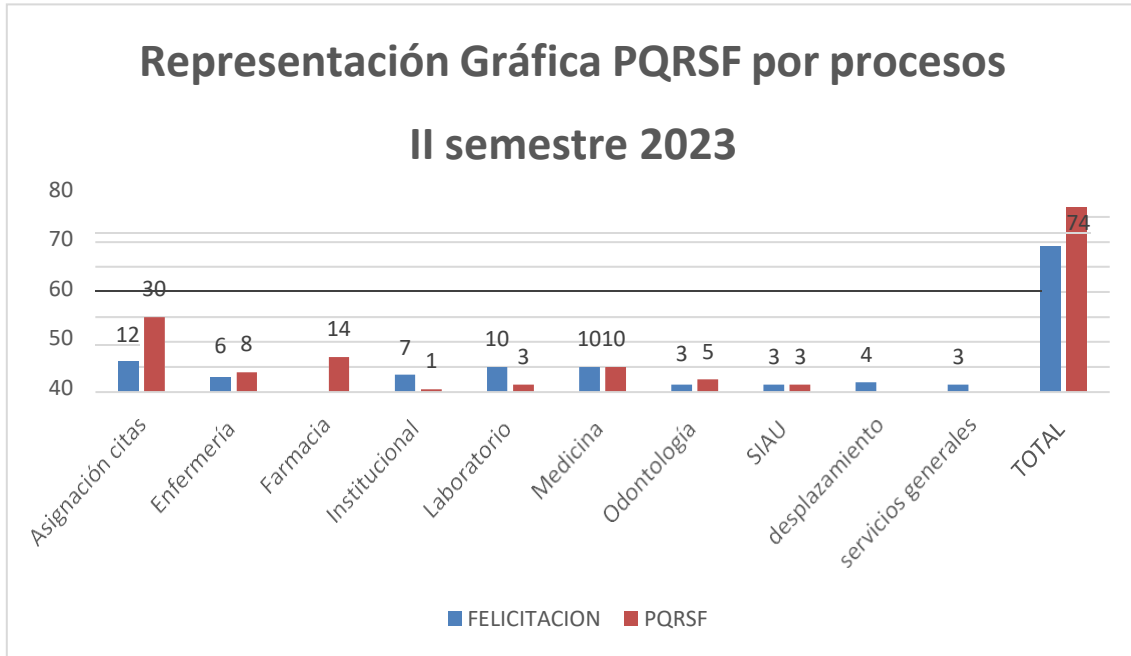
A continuación, se reflejará y comparará con relación al anterior semestre el número de PQRSF por procesos.

Gráfico 2. Representación gráfica Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones I Semestre 2023 por procesos institucionales



Fuente. Archivo Sistema de Información y Atención al Usuario

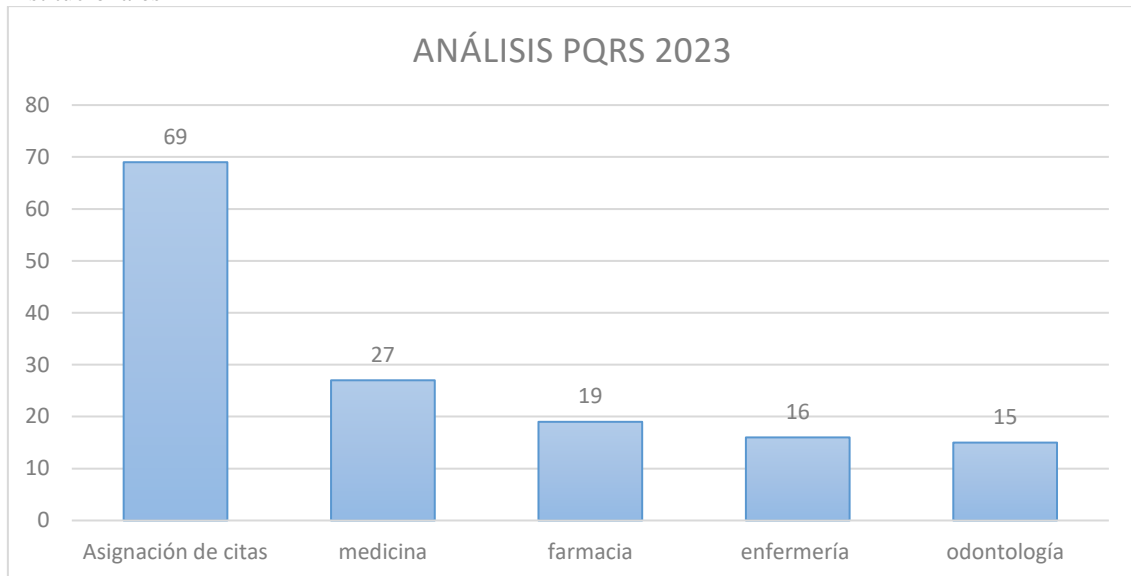
Gráfico 3. Representación gráfica Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones II Semestre 2023 por procesos institucionales.



Fuente. Archivo Sistema de Información y Atención al Usuario

De las anteriores gráficas podemos analizar que para el 2023 el comportamiento en lo que tiene únicamente que ver con las PQRS, queda de la siguiente manera.

Gráfico 4. Representación gráfica Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias vigencia 2023 por procesos institucionales



Fuente. Oficina de Control Interno.

De la presente gráfica, se extrae que los procesos que durante el primer y segundo semestre presentaron más PQRS encontramos a Asignación de citas con 69, medicina 27, farmacia con 19, enfermería 16 y odontología 15.

Lo anterior evidencia que continúan algunos procesos con PQRS reiterativas y con un número elevado, por lo que se deberá considerar el hecho de entrar a analizar si realmente existe la adherencia de los colaboradores en dichos servicios frente a los planes de mejora que se han ejecutado.

Adicionalmente, a pesar de existir los planes de mejora se siguen evidenciando el mismo tipo de quejas, reclamos y sugerencias donde se siguen de cierta forma vulnerando los derechos a los usuarios en la calidad y calidez del servicio principalmente, lo cual, repercute sobre las metas de la entidad y puede hacerlo sobre el proceso de acreditación con el que cuenta la institución. Por esto serán necesarias las recomendaciones que al respecto se puedan generar desde esta oficina.

Plan de mejoramiento producto de la auditoría de primer semestre.

Producto del informe de auditoría de control interno al proceso de gestión de atención al usuario y sus familias se reporta que el plan de mejoramiento generado bajo el ID 4029, se cumplió a cabalidad en un 100% destacando así el esfuerzo de la líder del proceso.

Acciones de mejoramiento propuestas (5)	Inicio	Terminación	Seguimiento
<u>Acciones de mitigación que puedan dar lugar a la disminución de las quejas, peticiones y reclamos y que reposen dentro de los informes que presentan.</u> <i>mfernandez</i>	2023-09-08	2023-11-30	100%
<u>Actualización del manual MGAUFSIAUP01-140 de trámite de peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias, ajustado a la normatividad que establece la ley 1755 de 2015.</u> <i>mfernandez</i>	2023-09-08	2023-10-10	100%
<u>Contemplar como riesgo el incumplimiento de términos para la entrega de respuestas de las PQR en la matriz de riesgos</u> <i>mfernandez</i>	2023-09-08	2023-10-30	100%
<u>Proponer modificar los tiempos de apertura de Buzones de sugerencias, para evitar incumplimiento en los tiempos de respuesta.</u> <i>mfernandez</i>	2023-09-08	2023-10-30	100%
<u>Plantear la viabilidad de una acción dentro del POA 2024 encaminada a publicar los servicios de citas y los números de atención.</u> <i>mfernandez</i>	2023-09-08	2023-11-30	100%
Avance ponderado: 100,00%			

El avance de las actividades y las evidencias corresponden a lo acordado en el plan de mejoramiento.

Algunas de las acciones evidenciadas fueron las siguientes;

“Teniendo en cuenta sugerencia recibida por control interno: Realizar una capacitación, charla, taller u otra actividad relacionada con la buena atención al usuario, humanización del servicio, manejo de estrés y comunicación asertiva a los tres 3 servicios que tuvieron mayor número de quejas, sugerencias y reclamos, con su respectiva evaluación de adherencia. Se realiza capacitación para línea de frente, asignación de citas, servicio farmacéutico por parte de ARL con temas como atención al cliente y riesgo público.”

Ahora bien, en tanto a las felicitaciones, se invita a seguir promoviendo esta estrategia que realza el espíritu de servir y atender con calidad y calidez a nuestros usuarios.

Como acción de mejora se propondría seguir planteando internamente la mejora de los estímulos para el reconocimiento a los colaboradores del semestre.

“DUITAMA PARA TODOS”

Calle 28 No. 15 -120 - Teléfono 7601640 - 7629612. www.saludtundama.gov.co
Duitama. Boyacá.

Adjunto a este informe quienes se destacaron en sus servicios para resaltar el esfuerzo hecho por ellos y por el proceso que ejerció la líder en este segundo semestre.

“DUITAMA PARA TODOS”

Calle 28 No. 15 -120 - Teléfono 7601640 - 7629612. www.saludtundama.gov.co
Duitama. Boyacá.

Imagen. Entrega de reconocimiento a colaboradores II semestre 2023



Fuente. Banco de fotos institucional

Frente a todo lo anteriormente expuesto se determinan por parte de la oficina de control interno hará las siguientes;

“DUTAMA PARA TODOS”

Calle 28 No. 15 -120 - Teléfono 7601640 - 7629612. www.saludtundama.gov.co
Duitama. Boyacá.

6. RECOMENDACIONES

1. Socializar por parte de la líder el presente informe dentro del comité de ética e integridad hospitalaria.
2. Proponer el cambio de dirección del correo electrónico siau@saludtundama.gov.co donde se reciben las PQRSF externas, por otra dirección que incluya las siglas PQRSF y hacer la socialización a través de los distintos medios de comunicación e información de la entidad en caso de ser aprobado el cambio.
3. Seguir fomentado los canales de PQRSF internas y externas por parte de las líderes encargadas, utilizando en las internas, además las redes sociales.
4. Realizar los dos planes de mejora a las PQRSF de los colaboradores que están pendientes y a las que se presenten.
5. Proponer el ajuste de los diseños de los encabezados de los avisos de los buzones de sugerencias de la entidad y consolidar la acción para que queden mencionando las palabras “Petitionen, quejas, reclamos y felicitaciones” PQRSF y que estos buzones conlleven de alguna forma también los logos de la Institución.
6. Tener en cuenta que los términos para contestar las PQRS, deben contar a partir del día siguiente hábil en que se registró la misma y que no se puede contar a partir de la apertura del buzón.
7. Que en la carpeta o A-Z donde constan las PQRS y las correspondientes respuestas, se adjunte el denominado “pantallazo o print de pantalla” que evidencie el envío de la respuesta al usuario.
8. Frente a los procesos con mayor caso de PQRS evidenciados en el presente informe, se recomienda a la líder del proceso solicitar y/o realizar las siguientes actividades;
 - Solicitar al líder de humanización que se dicten las charlas acerca de humanización del servicio y/o las que considere pertinentes desde su profesión y labor para concientizar a los colaboradores de la importancia que tiene para la Entidad atender de una manera excelente a cada uno de los usuarios que requieren de los servicios que ellos brindan.
 - Informar a los servicios con más PQRS registrados en este informe, a los supervisores, a los líderes y total de colaboradores involucrados, las cifras de PQRS que tuvieron en el año y la clasificación en la que se encuentran.

“DUIITAMA PARA TODOS”

9. Informar por escrito, de acuerdo a la relevancia los casos donde se presenten quejas recurrentes del mismo servicio, por las mismas causas o motivos, así como los casos de gravedad; esto ante el supervisor designado por la entidad, o a Gerencia según sea el tipo de vinculación del colaborador. Tenga en cuenta que cuando se trate de trabajadores vinculados por empresa de servicios temporales informará al supervisor que tiene designado esta entidad (líder misional). Si se trata de algún colaborador que no tiene supervisor como lo es personal de planta, o personal de planta temporal lo adelantará ante la Gerencia para que desde allí agoten los procedimientos que ordenan la ley y los contratos.
10. Dar inicio a la revisión de la adherencia de los procesos, respecto de los acciones que se han adelantado en los planes de mejora, esto dentro del comité de ética e integridad hospitalaria para determinar si la falla puede estar en las medidas implementadas o si puede haber falta de adherencia en los colaboradores. El análisis deberá servir de insumo a la gerencia para la toma de cualquier otro tipo de decisiones.

Cordialmente,

ANDRÉS JULIÁN ALFONSO PÉREZ
Asesor Control Interno
ESE Salud del Tundama.

Con copia a la líder del proceso Gestión de atención al usuario y su familia.