



Fecha:	Febrero 2019
Nombre:	Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano-Participación Social y Atención al Ciudadano
Responsable	Constanza Díaz Peña – Profesional Universitario
Objetivo:	Verificar el cumplimiento de la Política de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, conforme la implementación de MIPG
Alcance:	Revisión de los soportes del último trimestre de 2018, relacionados con la Política.
Metodología	Mediante oficio No. 201803510143733 se solicita los soportes, se realiza revisión documental; evaluando el acceso, comunicación y orientación contenida en la Política de Participación Social y servicio al Ciudadano para satisfacer las expectativas del mismo.
Normatividad	Decreto 1499 de 2017, Ley 87 de 1993, Ley 1755 de 2015, Decreto 371 de 2010, Ley 1438 de 2011.

I. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA

La política está alineada al direccionamiento estratégico promoviendo la participación y movilización comunitaria en el marco del Modelo Integral en Salud. Facilitando el acceso y exigibilidad de los usuarios, familia y comunidad, con estrategias de comunicación y orientación en los canales dispuestos por la institución, generando mejoramiento continuo para lograr la satisfacción ciudadana.

1. *"Orientar de manera adecuada, oportuna, con calidad y calidez a los usuarios familia y comunidad para que puedan acceder de manera efectiva a los servicios de salud y reconocer sus derechos y cumplir sus deberes"*

Meta: El 80% de los usuarios le han brindado información sobre sus derechos y deberes según la encuesta de satisfacción, con periodicidad de medición mensual

- Según los soportes entregados se evidencia que en los informes mensuales de la encuesta de Satisfacción, se incluye la información de socialización de los derechos y deberes a los asistentes en los servicios. Es un porcentaje global, que cumple con el indicador de la Política.

2. *"Identificar el grado de percepción de satisfacción de los usuarios sobre los servicios prestados"*

Meta: El 90% de los usuarios encuestados están satisfechos con los servicios prestados

- En el último trimestre de 2018, se realizaron 8648 encuestas en las unidades de la Subred Sur, siendo 8512 usuarios satisfechos con la atención, equivalente al 98%.

Se evidencia el cumplimiento del objetivo de la Política.

3. *Dar respuesta al 100% de los requerimientos presentados por la ciudadanía con los atributos de calidad establecidos: oportunidad, claridad, coherencia, pertinencia.*

Meta: 100% de PQRS con respuestas en los tiempos establecidos por la Ley .



- Se mantiene el cumplimiento de la Ley 1755 del 2015, para tramitar la respuesta dentro de los 15 días siguientes a su recepción, mediante la revisión del sistema SDQS a diario por el personal encargado. Sin embargo se exponen casos especiales, donde se requiere la realización de respuestas parciales, cuando no se reciben las respuestas oportunas de las áreas implicadas y/o no satisfacen los criterios de calidad para dar respuesta de fondo al peticionario.

4. Promover de forma permanente la Participación Ciudadana incidente, a través de asesoría y asistencia técnica a las formas de Participación Social en Salud (Asociación de usuarios, Juntas Asesoras Comunitarias, COPACOS, Comité de Ética, Veedurías en salud) fortaleciendo los procesos comunitarios en salud a nivel institucional, local y distrital.

Meta: 100% de formas de Participación activas

Mediante la implementación de MIPG (Decreto 1499 de 2017), se debe contar con la Política de Servicio al ciudadano y la Política de Participación ciudadana a la Gestión Pública, realizar los respectivos seguimientos de autoevaluación, para lograr un mayor grado de cualificación y optimización más allá de los mínimos legales exigidos en la normatividad; Ley 1437 de 2011 y la Ley 1474 de 2011.

II. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

Se evidencia en el seguimiento a los Planes de Mejoramiento del Proceso, la revisión periódica mediante el aplicativo institucional por la persona encargada, sin embargo es de anotar que los numerales 628, 656, 834, 733, 841 y 842, se encuentran abiertos, y mediante mesa de trabajo se incluirán los soportes correspondientes para realizar el cierre de ciclo de mejoramiento.


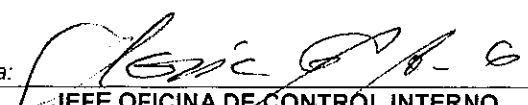
III. OBSERVACIONES

1. Las oportunidades de mejora de los subprocesos implicados en el informe de satisfacción, no se han intervenido ni remitido a la oficina de Participación Comunitaria dificultando realizar el cierre del ciclo de mejoramiento continuo.
2. El número de encuestas aplicadas (8648) a los usuarios no son significativas de acuerdo a las atenciones realizadas en cada una de las unidades.
3. Se evidencia actas de reunión con el Comité de Ética Hospitalaria, las cuales no registran seguimiento a los compromisos establecidos en el acta anterior, sin fecha de realización y hora de inicio y finalización. La asistencia de los integrantes no es regular, como lo exige la Resolución 955 de 2017. De otra parte no se reciben actas de articulación con Gestión Clínica Excelente y Segura.
4. Entregan evaluación y apropiación del Procedimiento y se realiza en la página web de la Subred Sur.
5. Instructivo de cierre de derechos de petición sin normalizar por el área de calidad
6. Se observa en los objetivos específicos de la Política, en el numeral 3, invertidas las casillas de nombre del indicador, fórmula; en el numeral 4 revisar desde la formulación del objetivo
7. En el seguimiento a las respuestas de la Rendición de Cuentas realizada en noviembre de 2018, la persona con C.C. 5159890x, al atender la llamada se siente insatisfecha ya que a la fecha actual no ha recibido la respuesta a su inquietud.



IV. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere realizar seguimiento a las oportunidades de mejora expuestas en el informe de satisfacción, por parte de los procesos o subprocesos implicados.
2. Revisar la fórmula para el número de encuestas a aplicar en cada una de las unidades de atención
3. Dar cumplimiento a la normatividad para cumplir con la línea operativa de mejoramiento y lograr un impacto en los servicios que lo requieran.
4. Realizar acciones pertinentes para crear impacto con los resultados obtenidos de la evaluación realizada y establecer medidas y acciones de planeación para su mejoramiento continuo.
5. Normalizar en el área de calidad los documentos del Proceso.
6. Revisar y ajustar los indicadores de la política, para mejor seguimiento.
7. Realizar las acciones pertinentes en la Autoevaluación de MIPG e identificar áreas de mejora, aplicar la implementación de Planes de Mejoramiento conforme a la realidad institucional y lograr avance en la Gestión.
8. Fortalecer el seguimiento y verificar la calidad de las respuestas a las solicitudes presentadas en la Rendición de cuentas.

	
Firma:	Firma:
AUDITOR Y/O TECNICO	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO
Nombre: Constanza Díaz Peña	Nombre: Gloria Esperanza Acevedo