

Medellín, 16 de enero de 2024

Doctor
HÉCTOR JAIME GARRO YEPES
 Gerente
 E. S. E. Hospital La María
 Ciudad

Asunto: Informe PQRSDf Cuarto Trimestre 2023 – acumulado a 31/12/2023.

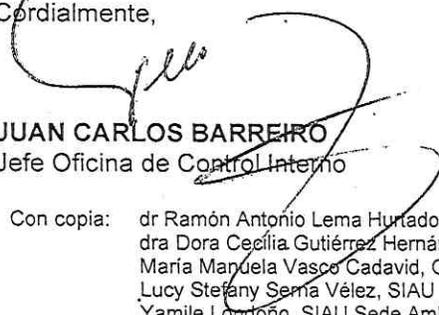
Respetado doctor,

Dando cumplimiento al Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, la Oficina de Control Interno comedidamente le presenta el seguimiento al informe de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicidades, de la E.S.E. Hospital La María, correspondiente al Cuarto Trimestre 2023 – acumulado a 31/12/2023, entregado por el proceso Sistema de Información y Atención al Usuario - SIAU.

El objetivo de este seguimiento es verificar y validar la oportunidad y calidad de la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicidades – PQRSDf presentadas por los usuarios y, el cumplimiento de los requisitos legales, políticas y procedimientos establecidos para la escucha activa al usuario en la E.S.E. Hospital La María, en el periodo comprendido entre enero 1 y diciembre 31 de 2023.

Con el fin de disponer este informe de seguimiento de manera masiva, rutinaria, actualizada, accesible y comprensible, se procede a su publicación en la página web institucional, buscando, además, generar y promover una cultura de transparencia acorde con la normatividad vigente, la cual lleva a las entidades o instituciones a publicar y divulgar documentos y archivos que plasman la actividad estatal y de interés público.

Cordialmente,

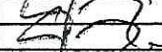
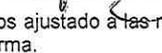

JUAN CARLOS BARREIRO
 Jefe Oficina de Control Interno

E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA
 RADICADO No. I2024-00034
 CORRESPONDENCIA INTERNA
 FECHA: 2024-01-16 16:09:58
 RADICÓ: MARIA CONSUELO
 MORALES MUÑOZ



Con copia: dr Ramón Antonio Lema Hurtado, Subgerente administrativo
 dra Dora Cecilia Gutiérrez Hernández, coordinadora UT, Sede Ambulatoria
 María Manuela Vasco Cadavid, Oficina de comunicaciones
 Lucy Stefany Serna Vélez, SIAU Sede Principal
 Yamile Londoño, SIAU Sede Ambulatoria

Anexo: Informe de PQRSDf de las sedes Castilla y Ambulatoria.

	NOMBRE – CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTO	Sandra María Guerra Zapata, Asesora de apoyo Control Interno		16/01/2024
REVISÓ	Juan Carlos Barreiro, Jefe Oficina Control Interno		16/01/2024
APROBÓ	Juan Carlos Barreiro, Jefe Oficina Control Interno		16/01/2024

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



E.S.E HOSPITAL LAMARÍA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE SEGUIMIENTO A PQRSFD

CUARTO TRIMESTRE 2023 – ACUMULADO A 31/12/2023

EQUIPO OFICINA DE CONTROL INTERNO

Jefe de la oficina

JUAN CARLOS BARREIRO

Auditores

SANDRA MARÍA GUERRA ZAPATA
HÉCTOR GABRIEL RINCÓN OSPINA

Técnico

JOHN ARLEY LONDOÑO HENAO

controlinterno@lamaria.gov.co

E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	3
1. GENERALIDADES	4
1.1. OBJETIVO	4
1.2. ALCANCE	4
1.3. METODOLOGÍA	4
1.4. MARCO NORMATIVO	4
1.5. INFORMACIÓN DOCUMENTADA DEL PROCESO Y LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES	5
1.6. DEFINICIONES.....	5
2. EJECUCIÓN DEL SEGUIMIENTO	7
2.1. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN CON EL USUARIO	7
2.2. GESTIÓN DE PQRSFD	11
2.3. MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO	14
2.4. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD.....	19
3. RECOMENDACIONES.....	20
4. CONCLUSIONES.....	21

PRESENTACIÓN

La Oficina de Control interno de la E.S.E. Hospital La María, en el ejercicio del control interno tal como lo establece la Ley 87 de 1993 y toda la normatividad vigente, emplea un conjunto de metodologías que permiten evaluar y verificar el cumplimiento del Sistema Institucional de Control Interno SICI y sus componentes: ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación, y actividades de monitoreo, en la operatividad de los procesos definidos en la Institución.

Una de esas metodologías, es la verificación del cumplimiento de requisitos legales, procedimientos y directrices establecidas al interior de la E.S.E. Hospital La María, en este caso, para la gestión de las PQRSDF presentadas por sus usuarios, a través de los diferentes canales de comunicación definidos por la institución en cada una de sus sedes.

Buscando cumplir con este requerimiento, se llevan a cabo todas las actividades necesarias para obtener los resultados que se compilan en el presente el Informe de Seguimiento al reporte de PQRSDF para el Cuarto Trimestre de 2023 y acumulado de toda la vigencia con corte a 31/12/2023.

**Oficina de Control Interno.
Enero de 2024.**

1. GENERALIDADES

1.1. OBJETIVO

Verificar y validar la oportunidad y calidad de la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones – PQRSDF y, el cumplimiento de los requisitos legales, políticas y procedimientos establecidos para la escucha activa al usuario en la ESE Hospital La María, en el Cuarto Trimestre de 2023 y acumulado de toda la vigencia con corte a 31/12/2023.

1.2. ALCANCE

La verificación del cumplimiento se hará sobre el funcionamiento del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU, como punto de partida de la información que proporcionan los usuarios sobre los servicios de salud recibidos, a través de los diferentes tipos de manifestaciones y canales dispuestos por la institución en cada una de sus sedes.

1.3. METODOLOGÍA

Con el fin de evaluar la gestión del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU, se abordará el proceso desde los siguientes cuatro aspectos:

- a. Gestión de la información y orientación al usuario
- b. Gestión de PQRSDF
- c. Medición de la satisfacción del usuario
- d. Participación social en salud

1.4. MARCO NORMATIVO

Ley 87 de 1993. Por la cual se establecen las normas para el ejercicio del Control interno en las entidades y organismos del estado.

Ley 1474 de 2011. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

Ley 1712 del 2014. Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.

Decreto 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 1083 de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.

Decreto 124 de 2016. Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.

Resolución 256 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Decreto 648 de 2017. Modifica y adiciona Decreto Nacional 1083 de 2015. Reglamentario del sector de Función Pública.

Decreto 1499 de 2017 por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 – actualización Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Resolución 2063 de 2017. Por la cual se adopta la Política Pública de Participación Social en Salud.

Circular Externa 008 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud. Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007.

Resolución 1519 de 2020 del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos

1.5. INFORMACIÓN DOCUMENTADA DEL PROCESO Y LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES

Plan de Desarrollo Institucional 2020 – 2023.

PN-DIE-004 Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2023.

PL-GIN-002 Política de Racionalización de Trámites.

DP-SIAU-001 Política de Participación Ciudadana.

MA-SIAU-001 Manual del Sistema de Información y Atención al Usuario.

MA-SIAU-002 Manual SIAU.

PO-SIAU-001 Protocolo de Atención al Usuario con Enfoque de Humanización.

INS-SIAU-001 Instructivo para los Tiempos de Respuesta a Peticiones, Quejas, Reclamos Sugerencias y Denuncias.

INS-SIAU-003 Instructivo para la Aplicación de las Encuestas de Satisfacción.

Informe SIAU PQRSDF del Cuarto Trimestre 2023.

1.6. DEFINICIONES

A continuación, se relaciona la terminología básica relacionada con el Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU.

AGRADECIMIENTO. Sentimiento de gratitud que se experimenta como consecuencia de haber recibido algo que se necesitaba.

BUZONES DE SUGERENCIAS. Se encuentran ubicados en los lugares donde se presenta atención a la ciudadanía.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. 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.

CANALES DE ATENCIÓN. Son los medios o mecanismos de comunicación establecidos por la ESE, a través de los cuales el ciudadano puede formular peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, consultas y felicitaciones; o solicitar acceso a trámites, servicios, programas y/o proyectos sobre temas de competencia de la entidad. Se estructura bajo varios medios integrales: canal presencial, canal telefónico y canal virtual.

CANAL PRESENCIAL. Permite el contacto directo de los clientes-ciudadanos con el personal de la ESE, cuando acceden a las instalaciones físicas de la entidad, para obtener algunos de los servicios, trámites, programas o proyectos que ésta ofrece, o presentar sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones o denuncias, así mismo la Administración pone a disposición de la ciudadanía

CANAL TELEFÓNICO. Medio de contacto donde la ciudadanía puede obtener información acerca de trámites, servicios, planes, programas, proyectos y eventos que desarrolla la ESE, al igual permite formular peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, consultas y felicitaciones; se cuenta con la Línea de Atención a la Ciudadanía

CANAL VIRTUAL. Permite la interacción entre la Administración Departamental y sus clientes ciudadanos, con el fin de brindar y recibir información a través de medios que no exigen su presencia. Utiliza tecnologías de información y comunicación en red mediante el portal web: www.lamaria.gov.co y correo electrónico usuarios@lamaria.gov.co.

FELICITACIONES. Manifestación de la satisfacción que se experimenta con motivo de los servicios prestados.

MANIFESTACIÓN. Son todas aquellas declaraciones mediante las cuales el usuario da a conocer sus necesidades y su percepción sobre el servicio recibido.

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.

PQR CON RIESGO DE VIDA. Aquellas que involucran una situación que representa riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO. Percepción del usuario sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos, necesidades y expectativas.

SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO. Es deber de todas las entidades brindar atención integral al usuario de la salud y ésta, debe entenderse como un proceso integral en el que es requisito fundamental adoptar procedimientos, mecanismos, medios, instrumentos y canales para que esa atención cumpla con los principios de objetividad y buen trato.

SUGERENCIA. Se refiere a la acción de proponer ideas relacionadas con el mejoramiento en la prestación de los servicios y/o al desempeño de funciones.

USUARIO. Se refiere a los usuarios que acceden y son atendidos en los diferentes servicios de salud del Hospital.

2. EJECUCIÓN DEL SEGUIMIENTO

Para realizar el ejercicio de seguimiento, el día 21/12/2023 la Oficina de Control Interno – OCI solicita al proceso de Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU la información correspondiente al IV Trimestre de 2023 y el consolidado de enero 1 a diciembre 31 de 2023. El proceso brinda respuesta al requerimiento el 11/01/2024, allegando de forma oportuna el respectivo informe.

Una vez recibida la evidencia y soportes de la gestión, se procede a su verificación y validación, conforme con los parámetros requeridos en la solicitud de la OCI, obteniéndose lo que se expone a continuación.

2.1. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN CON EL USUARIO

2.1.1. Revisión de Canales de atención

Para la gestión de las PQRSDF, la entidad cuenta con los canales que se relacionan en el Cuadro N°1. a través de los cuales facilita al usuario la gestión de sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, solicitudes, denuncias y felicitaciones. Estos canales están definidos en la información documentada del proceso SIAU y en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2023.

CANAL	SEDE PRINCIPAL CASTILLA	SEDE AMBULATORIA SAN DIEGO
Presencial	Oficina SIAU ubicada en el primer piso de la nueva torre administrativa.	Oficina SIAU ubicada en el primer piso.
Teléfono	6045906901 Ext. 126	Línea amiga WhatsApp 3218743002
	018004133626	018004133626

Virtual	Correo	usuarios@lamaria.gov.co	siau@lamaria.gov.co
	Página web	https://lamaria.gov.co/pqrsd/	https://lamaria.gov.co/pqrsd/
		https://lamaria.gov.co/encuesta-de-satisfaccion/	https://lamaria.gov.co/encuesta-de-satisfaccion/
		https://lamaria.gov.co/contacto/	https://lamaria.gov.co/contacto/
Buzones	17	05	
Físico		Escritos, correspondencia o documentos.	Escritos, correspondencia o documentos.
		Comentarios registrados en las encuestas de satisfacción aplicadas a los usuarios.	Comentarios registrados en las encuestas de satisfacción aplicadas a los usuarios.

Cuadro N°1. Canales de atención SIAU. Fuente: SIAU. Elaboró: OCI

Al validar y revisar el funcionamiento de los diferentes canales de comunicación, se encuentra que están en uso y en funcionamiento, así:

Canal presencial

Para la ejecución de las actividades propias del SIAU, el proceso cuenta con un equipo humano conformado por personal idóneo que reúne los requisitos de formación y experiencia acorde con las funciones que va a desempeñar. El equipo se encuentra constituido por cuatro funcionarias, asignadas de a dos en cada sede del Hospital.

El horario para brindar una atención personalizada está establecido acorde con las necesidades de los usuarios para los servicios habilitados.

SEDE	HORARIO LUNES A VIERNES	HORARIO SÁBADOS
Principal Castilla	07:00 a 17:00	N. A.
Ambulatoria San Diego	07:00 a 17:00	08:00 a 13:00

Cuadro N°2. Horario de atención SIAU. Fuente: SIAU. Elaboró: OCI

Observación 1.

Se reitera la importancia de la información que se publica en la página web institucional la cual debe ser clara y veraz, requerimientos que no se cumplen al evidenciar que se continúa publicando un horario de atención que no hace referencia a ninguna sede en específico, máxime cuando en la sede San Diego sí se presta atención a los usuarios los sábados:

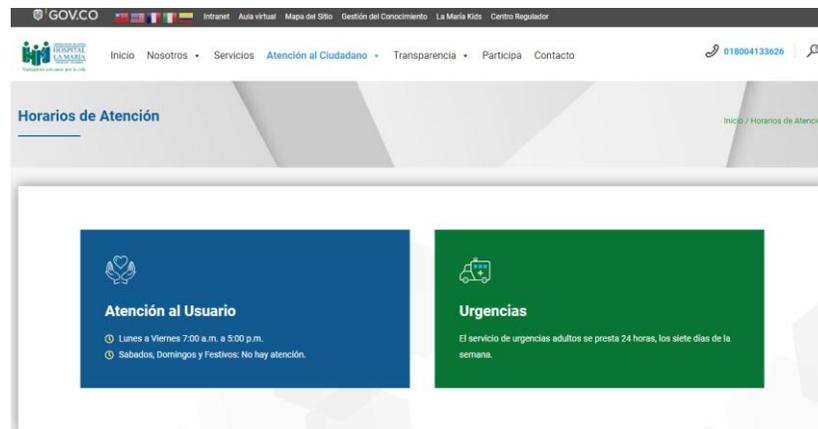


Gráfico N°1. Publicación del horario de atención al usuario en página web institucional en el enlace <https://lamaria.gov.co/horarios-de-atencion/>. Fuente: Página web institucional. Elaboró: OCI

Se logra evidenciar que el horario de atención de las oficinas, se encuentra debidamente publicado en lugares visibles y se promueve por los diferentes medios institucionales: pantallas de turno, carteleras físicas, entre otros.

Para el seguimiento, se verificó que las Oficinas de Atención al Usuario se encuentran efectivamente ubicadas en un sitio de fácil acceso al público en cada una de las sedes, debidamente identificadas y con una infraestructura que es adecuada para el acceso de personas en condición de discapacidad.

Para facilitar la entrega de información a los usuarios sobre el uso, acceso y disponibilidad de los servicios que presta la Institución, así como del aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se logra evidenciar que en ambas sedes se promueve el uso de los mecanismos de participación ciudadana como buzones, oficina de atención al usuario, encuestas de satisfacción, asociación de usuarios, etc., valiéndose de diferentes estrategias que son programadas y ejecutadas en el marco del plan de acción de la Política Pública de Participación Social – PPPSS.

Canal Telefónico

La institución cuenta con una línea telefónica institucional la cual dispone opciones para el acceso a las áreas y servicios por medio de un menú o conociendo el número de la extensión.

Observación 2.

- a. *Al realizar las pruebas de acceso por la línea 6045906901, se escucha un mensaje indicando que se debe intentar más tarde. Esta prueba se realiza en distintas ocasiones y días obteniendo la misma respuesta.*
- b. *Al intentar acceder por la línea 6044447192, se escucha un menú que no ofrece la opción que direcciona hacia la Oficina de Atención al Usuario de cada sede y al presionar la opción CERO para comunicarse con un operador la llamada se cae.*
- c. *Se evidencia también que no se cuenta con una línea disponible 24 horas de acuerdo con lo establecido en la Circular 008 de 2018 de la SNS.*
- d. *La línea 018004133626 publicada en la página web del Hospital, arroja el mensaje “el número marcado está errado”. Esto incumple lo establecido en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2023, el cual establece en el numeral 9. CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE LA TRANSPARENCIA: Disponibilidad de la oficina de Atención al Usuario y una línea 018000, encargada de atender, asesorar y proveer la información misional veraz y oportuna a los usuarios, ... (ver pág. 16)*

Canal Virtual

Correo. Los correos electrónicos son revisados y gestionados de forma permanente.

Página web. En la página web de la institución se encuentran activos los sitios:

- ✓ <https://lamaria.gov.co/contacto/> donde se dispone un número de preguntas frecuentes ofreciendo la opción de dejar el mensaje.
- ✓ <https://lamaria.gov.co/encuesta-de-satisfaccion/> que puede ser diligenciada desde cualquier dispositivo y lugar.
- ✓ <https://lamaria.gov.co/pqrsd/> donde los botones permiten: “Formular PQRSD”, “Ver estado de mi PQRSD”, enlace por el cual los usuarios pueden radicar y consultar el estado de su PQRSD.

El 15/01/2024 en el enlace <https://pqrsdnueva.lamaria.gov.co/pqrsd.php>, se realiza prueba de acceso a dicho canal con el fin de registrar una PQRSD.

En esta oportunidad, se evidencian mejoras al encontrar de una vez el número de radicado en el mensaje flotante de confirmación de recibido que arroja la página una vez se envía y, además, se recibe respuesta de confirmación en el correo registrado.

Al realizar la verificación por el enlace <https://pqrsdnueva.lamaria.gov.co/buscar.php>, del estado de la PQRSD presentada, se encuentra que las dos pruebas anteriores ingresadas como peticiones, 14/07/2023 y 11/10/2023, están cerradas. Para efectos del presente informe la prueba ingresada se hizo como Reclamo.

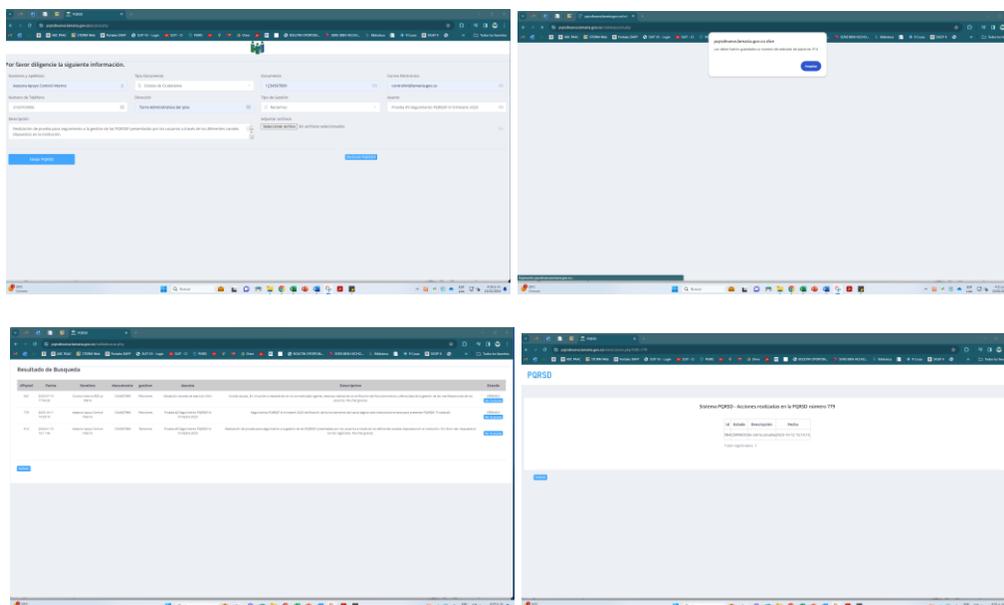


Gráfico N°2. Prueba de PQRSD interpuesta por página web #3. Fuente: Página web institucional. Elaboró: OCI

Buzones

Están distribuidos en los servicios asistenciales donde se disponen los formatos para que el usuario pueda consignar su percepción del servicio. Para garantizar la gestión transparente en la apertura y seguimiento de este canal, se hace recorrido por los buzones cada ocho

días en compañía de los miembros de la Asociación de Usuarios en la Sede Castilla y dos veces por semana en la Sede Ambulatoria San Diego sin acompañamiento.

Observación 3.

Se reitera la necesidad de revisar la pertinencia en la frecuencia de recolección de los buzones en función de la celeridad de la gestión y respuesta oportuna a los usuarios. Los tiempos de demora en la gestión, ponen en riesgo la condición de salud de los pacientes.

Físico

No se presentan escritos, correspondencia o documentos recibidos y radicados por el proceso de Gestión Documental.

Otros canales

Las PQRSDF también pueden llegar a través de la Asociación de usuarios, Comité de ética hospitalaria, áreas y servicios, Entidades Responsables de Pago, Superintendencia Nacional de Salud, entre otros. No se presentan por este medio.

2.2. GESTIÓN DE PQRSDF

2.2.1. Manifestaciones de los usuarios entre enero 1 y diciembre 31 de 2023.

De acuerdo con la información documentada aportada por el proceso para la revisión, la gestión de las manifestaciones que se reciben a través de los diferentes canales enunciados en el numeral anterior, consiste en la recepción, lectura, análisis, clasificación, tipificación, registro, radicación, envío al responsable, respuesta al usuario, seguimiento y cierre final.

Las manifestaciones interpuestas por los usuarios muestran el comportamiento que se describe a continuación. Se presentan inicialmente desagregadas por sedes y luego el consolidado del proceso.

Durante el cuarto trimestre de 2023, en la Sede Castilla, se recibieron un total de 541 manifestaciones, clasificadas así: 30 corresponden a Felicitaciones, 262 Peticiones, 240 Quejas, 4 Reclamos, 0 Denuncias y 5 Sugerencias.

MES \ TIPO	P	Q	R	S	D	F	TOTAL PQRSD
ENERO	90	16	0	6	0	5	117
FEBRERO	62	26	0	3	0	10	101
MARZO	41	35	2	1	0	5	84
ABRIL	27	34	0	1	0	9	71
MAYO	31	54	3	0	0	5	93
JUNIO	38	58	1	0	0	11	108
JULIO	51	67	3	1	0	21	143
AGOSTO	109	73	1	1	0	22	206

SEPTIEMBRE	165	55	1	1	0	8	230
OCTUBRE	158	85	0	0	0	8	251
NOVIEMBRE	59	103	4	2	0	15	183
DICIEMBRE	45	52	0	3	0	7	107
TOTAL	876	658	15	19	0	126	1694
%	51,71%	38,84%	0,89%	1,12%	0,00%	7,44%	100%

Cuadro N°3. Manifestaciones de Usuarios a 31/12/2023 Sede Castilla. Fuente: SIAU. Elaboró: OCI

En la Sede Ambulatoria San Diego, durante el cuarto trimestre de 2023, se recibieron un total de 59 manifestaciones, clasificadas así: 4 corresponden a Felicitaciones, 2 Peticiones, 15 Quejas, 34 Reclamos, 0 Denuncias y 4 Sugerencias.

MES \ TIPO	P	Q	R	S	D	F	TOTAL PQRSD
ENERO		8	2		0	4	14
FEBRERO		8	3	4	0	3	18
MARZO		6	5	7	0	2	20
ABRIL	1	7	12	5	0	5	30
MAYO	1	4	3	3	0	4	15
JUNIO		9	8	4	0	6	27
JULIO	0	10	3	0	0	0	13
AGOSTO	0	2	15	0	0	0	17
SEPTIEMBRE	0	0	10	2	0	2	14
OCTUBRE	2	5	16	0	0	3	26
NOVIEMBRE	0	8	9	3	0	1	21
DICIEMBRE	0	2	9	1	0	0	12
TOTAL	4	69	95	29	0	30	227
%	1,76%	30,40%	41,85%	12,78%	0,00%	13,22%	100%

Cuadro N°4. Manifestaciones de Usuarios a 31/12/2023 Sede Ambulatoria. Fuente: SIAU. Elaboró: OCI

En la Sede Castilla, se observa como las manifestaciones, excepto las Denuncias, disminuyeron en el cuarto trimestre, pasando de 579 en el trimestre anterior a 541 en el presente, lo cual es coherente con la época de fin de año, contrario a lo que sucede en la Sede Ambulatoria, donde aumentaron pasando de 44 a 59, respectivamente.

Las Denuncias continúan en cero, ya que hasta el momento en ambas sedes no se ha presentado ninguna.

Consolidando la información, durante lo que va corrido de la vigencia 2023 a diciembre 31, en la E.S.E. Hospital La María, se ingresaron al SIAU un total de 1921 manifestaciones presentadas por los usuarios, clasificadas así: 156 corresponden a Felicitaciones, 880 Peticiones, 727 Quejas, 110 Reclamos, 0 Denuncias y 48 Sugerencias.

MES \ TIPO	P	Q	R	S	D	F	TOTAL PQRSD
ENERO	90	24	2	6	0	9	131

FEBRERO	62	34	3	7	0	13	119
MARZO	41	41	7	8	0	7	104
ABRIL	28	41	12	6	0	14	101
MAYO	32	58	6	3	0	9	108
JUNIO	38	67	9	4	0	17	135
JULIO	51	77	6	1	0	21	156
AGOSTO	109	75	16	1	0	22	223
SEPTIEMBRE	165	55	11	3	0	10	244
OCTUBRE	160	90	16	0	0	11	277
NOVIEMBRE	59	111	13	5	0	16	204
DICIEMBRE	45	54	9	4	0	7	119
TOTAL	880	727	110	48	0	156	1921
%	45,81%	37,84%	5,73%	2,50%	0,00%	8,12%	100%

Cuadro N°5. Manifestaciones de Usuarios a 31/12/2023 Consolidado E.S.E. desagregado por variable.
Fuente: SIAU. Elaboró: OCI

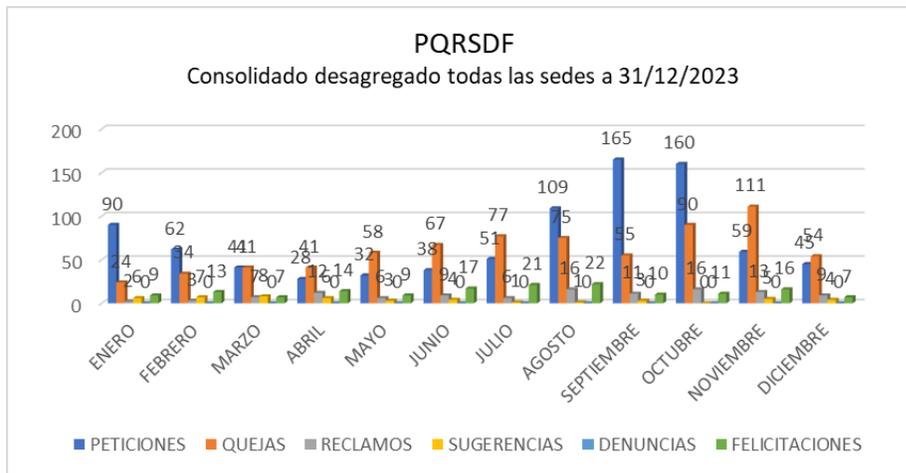


Gráfico N°3. Manifestaciones de Usuarios a 30/09/2023 Consolidado E.S.E. desagregado. Fuente: SIAU - Indicadores. Elaboró: OCI

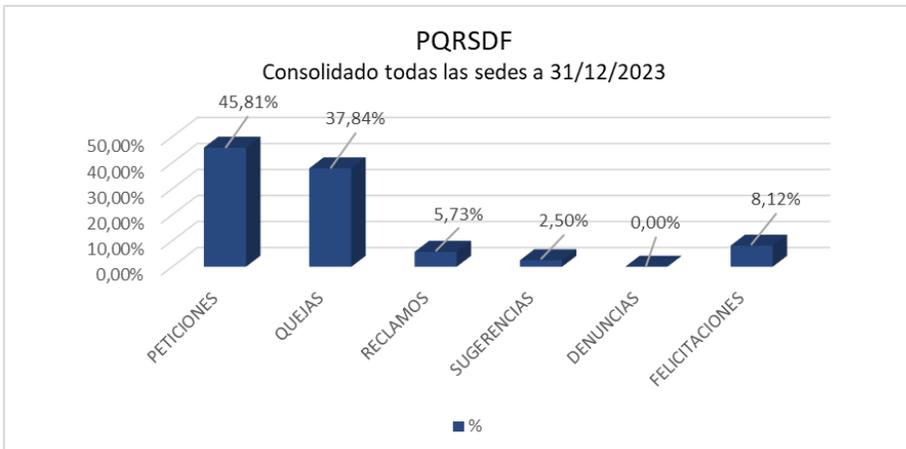


Gráfico N°4. Manifestaciones de Usuarios a 31/12/2023 Consolidado E.S.E. Fuente: SIAU. Elaboró: OCI

Sobre la proporción de las manifestaciones, del total recibido a 31/12/2023, se tiene un comportamiento con una variabilidad de un trimestre a otro que permanece en el promedio, cerrando la vigencia así: el 45.81% corresponde a Peticiones, el 37.84% a Quejas, el 5.73% a Reclamaciones, el 2.50% a Sugerencias, el 8.12% a Felicitaciones y no se presentaron Denuncias.

Observación 4.

- a. *La información consolidada permite evidenciar que el número de manifestaciones, sean estas positivas o negativas, es una mínima proporción respecto al volumen de pacientes atendidos en la Institución. Esta medición no se realiza ya que no se cuenta con el respectivo indicador.*
- b. *La metodología para la clasificación y la respectiva tipificación de las manifestaciones continúa sin ser estandarizada, lo cual no permite identificar con precisión la causa raíz que da origen a las Quejas, Reclamos y Sugerencias, con el fin implementar las acciones correctivas pertinentes como, por ejemplo, dificultades en el servicio de cirugía, asignación de citas, trato del personal asistencial y administrativo. Si bien estas causas se mencionan en el informe de la Sede Castilla, no se tiene una medición del dato.*
- c. *De acuerdo con la información documentada del proceso, la oportunidad de la respuesta a las manifestaciones de los usuarios se mide con el indicador “Oportunidad de la respuesta a quejas”. Si bien los soportes allegados muestran algunos datos y gráficos, estos no son suficientemente claros para analizar la trazabilidad ni realizar un adecuado seguimiento a la respuesta oportuna y con calidad.*
- d. *No se evidencia la implementación de un plan de mejoramiento para el análisis e intervención de las manifestaciones incrementadas o que permanecen.*

2.3. MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Se evidencia que esta actividad es realizada a través de la aplicación de encuestas que evalúan el grado de satisfacción de los usuarios una vez han utilizado los servicios del Hospital, de acuerdo con la muestra proporcionada por el área de Estadística.

Para efectuar esta medición, la institución cuenta con los indicadores adoptados de la Resolución 256 de 2016: Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS con una meta del 95% y Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos con una meta del 90%.

Indicador “Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS”. Meta 95%

De la Sede Castilla se obtiene la siguiente información:

MES	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	No resp	Total	Satisf
Ene	108	45	3	1	0	1	157	97%
Feb	113	38	5	1	0	0	157	96%

Mar	72	22	1	1	0	0	96	98%
Abr	78	13	4	1	0	1	96	95%
May	31	28	2	1	1	0	63	94%
Jun	38	18	6	1	0	1	63	89%
Jul	17	88	4	1	0	0	110	95%
Ago	10	92	3	0	0	2	107	95%
Sep	39	70	9	0	0	0	118	92%
Oct	26	82	1	0	0	0	109	99%
Nov	50	42	3	0	1	0	96	96%
Dic	45	56	1	0	1	0	103	98%
Total	627	594	42	7	3	5	1275	96%
%	49,18%	46,59%	3,29%	0,55%	0,24%			

Cuadro N°6. Proporción de Usuarios satisfechos, a 31/12/2023, Sede Castilla. Fuente: SIAU. Elaboró: OCI

De la Sede Ambulatoria San Diego se obtiene la siguiente información:

Mes	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	No resp	TOTAL	Satisf
Ene	147	2	4	1	2	1	157	95%
Feb	274	2	2	2	0	0	280	99%
Mar	270	2	5	2	1	0	280	97%
Abr	219	6	1	0	0	0	226	100%
May	246	3	6	0	0	0	255	98%
Jun	233	0	0	0	0	0	233	100%
Jul	176	4	11	10	4	1	206	87%
Ago	286	3	1	1	0	1	292	99%
Sep	291	17	1	1	0	0	310	99%
Oct	246	43	6	1	0	4	300	96%
Nov	38	163	28	0	0	2	231	87%
Dic	144	86	24	6	1	4	265	87%
Total	2570	331	89	24	8	13	3035	96%
%	84,68%	10,91%	2,93%	0,79%	0,26%			

Cuadro N°7. Proporción de Usuarios satisfechos, a 31/12/2023, Sede Ambulatoria San Diego. Fuente: SIAU. Elaboró: OCI

De acuerdo con los resultados obtenidos para este indicador en la Sede Castilla, se observa que, el número de respuestas Muy Buena y Buena a la pregunta “¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios que ha recibido en la institución?”, para la vigencia 2023, fue del 96%, lo cual demuestra que los usuarios se encuentran satisfechos con los servicios recibidos en esta sede.

En cuanto a la sede Ambulatoria San Diego, de acuerdo con los resultados obtenidos para este indicador, se observa que en los meses de noviembre y diciembre la proporción de

usuarios satisfechos es del 87%, quedando por debajo de la meta. No obstante, el acumulado para la vigencia en esta sede es del 96%.

Al consolidar para la Institución el indicador “Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS”, se obtiene lo siguiente:

MES	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	No resp	Total	Satisf
Ene	255	47	7	2	2	2	313	96%
Feb	387	40	7	3	0	0	437	98%
Mar	342	24	6	3	1	0	376	97%
Abr	297	19	5	1	0	1	322	98%
May	277	31	8	1	1	0	318	97%
Jun	271	18	6	1	0	1	296	98%
Jul	193	92	15	11	4	1	315	90%
Ago	296	95	4	1	0	3	396	99%
Sep	330	87	10	1	0	0	428	97%
Oct	272	125	7	1	0	4	405	98%
Nov	88	205	31	0	1	2	325	90%
Dic	189	142	25	6	2	4	364	91%
Total	3197	925	131	31	11	18	4295	96%
%	74,44%	21,54%	3,05%	0,72%	0,26%			

Cuadro N°8. Proporción de usuarios satisfechos, a 31/12/2023 Consolidado. Fuente: SIAU. Elaboró: OCI

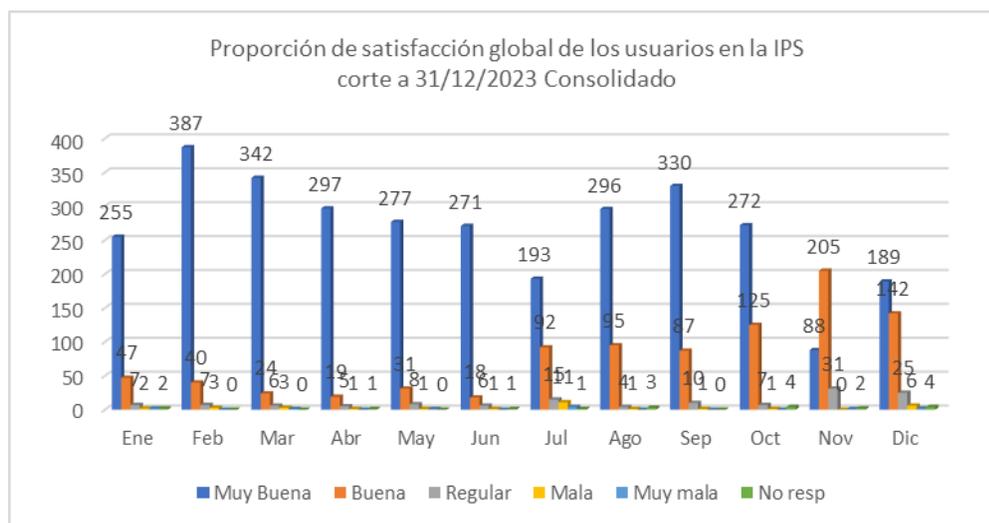


Gráfico N°5. Proporción de Usuarios satisfechos, a 31/12/2023 Consolidado. Fuente: SIAU. Elaboró: OCI

De acuerdo con los resultados obtenidos para este indicador para la E.S.E. Hospital La María, se observa que, el número de respuestas Muy Buena y Buena a la pregunta “¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios que ha recibido en la institución?”, para el cierre del tercer trimestre de 2023, fue del 97%, lo cual demuestra que los usuarios se encuentran satisfechos con los servicios recibidos en la institución.

Observación 5.

- a. Al analizar el cuarto trimestre de 2023 y el acumulado de la vigencia, se observa que el número de encuestas aplicadas disminuyó. Se insiste en que es necesario revisar que se esté cumpliendo efectivamente con la muestra aportada por el área de Estadística.
- b. De igual manera, se evidencia que el indicador se ubica por debajo de la meta en los meses de noviembre y diciembre con un 87% en cada uno. Al verificar los soportes allegados por la Oficina de Atención al Usuario, no se identifica claramente la causa raíz que da origen a este comportamiento, ni tampoco se evidencia la implementación de un plan de mejoramiento para su análisis e intervención.

Indicador “Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos”. Meta 90%

De la Sede Castilla se obtiene la siguiente información:

Mes	Definitiv Si	Probab Si	Definitiv No	Probab No	No resp	Total	Satisf
Ene	131	23	1	1	2	156	99%
Feb	126	24	3	3	1	156	96%
Mar	84	6	1	5	0	96	94%
Abr	73	17	0	5	2	95	95%
May	31	28	2	2	0	63	94%
Jun	49	9	1	3	2	62	94%
Jul	17	88	4	1	0	110	95%
Ago	10	92	3	0	0	105	97%
Sep	39	70	9	0	0	118	92%
Oct	96	11	0	2	0	109	98%
Nov	87	8	1	0	0	96	99%
Dic	99	1	1	2	0	103	97%
Total	842	377	26	24	7	1269	96%
%	66,35%	29,71%	2,05%	1,89%			

Cuadro N°9. Proporción de usuarios que recomendaría al Hospital, a 31/12/2023 Sede Castilla. Fuente: SIAU. Elaboró: OCI

De la Sede Ambulatoria San Diego se obtiene la siguiente información:

Mes	Definitiv Si	Probab Si	Definitiv No	Probab No	No resp	Total	Satisf
Ene	141	5	8	2	1	156	94%
Feb	264	3	5	3	5	275	97%
Mar	271	6	3	0	0	280	99%
Abr	212	9	4	0	1	225	98%
May	243	9	2	0	1	254	99%
Jun	226	6	1	0	0	233	100%

Jul	159	26	17	3	1	205	90%
Ago	269	13	9	0	1	291	97%
Sep	280	28	0	0	1	308	100%
Oct	248	25	2	8	17	283	96%
Nov	152	56	1	8	14	217	96%
Dic	143	71	15	7	29	236	91%
Total	2608	257	67	31	71	2963	97%
%	88,02%	8,67%	2,26%	1,05%		100,00%	

Cuadro N°10. Proporción de usuarios que recomendaría al Hospital, a 31/12/2023 Sede San Diego. Fuente: SIAU. Elaboró: OCI

De acuerdo con las respuestas recibidas, la proporción de Usuarios que respondieron Definitivamente Sí y Probablemente Sí a la pregunta ¿recomendarían la Sede Castilla del Hospital a sus familiares y amigos?, para la vigencia de 2023 en promedio fue del 96%, cifra que se encuentra por encima de la meta, mientras que para la Sede Ambulatoria San Diego, fue del 97%, cifra que se encuentra por debajo de la meta.

Al consolidar para la Institución el indicador “Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos”, se obtiene lo siguiente:

MES	Definitiv Sí	Probab Sí	Definitiv No	Probab No	No resp	Total	Satisf
Ene	272	28	9	3	3	312	96%
Feb	390	27	8	6	6	431	97%
Mar	355	12	4	5	0	376	98%
Abr	285	26	4	5	3	320	97%
May	274	37	4	2	1	317	98%
Jun	275	15	2	3	2	295	98%
Jul	176	114	21	4	1	315	92%
Ago	279	105	12	0	1	396	97%
Sep	319	98	9	0	1	426	98%
Oct	344	36	2	10	17	392	97%
Nov	239	64	2	8	14	313	97%
Dic	242	72	16	9	29	339	93%
Total	3450	634	93	55	78	4232	97%
%	81,52%	14,98%	2,20%	1,30%			

Cuadro N°11. Proporción de usuarios que recomendaría al Hospital, consolidado a 31/12/2023. Fuente: SIAU. Elaboró: OCI

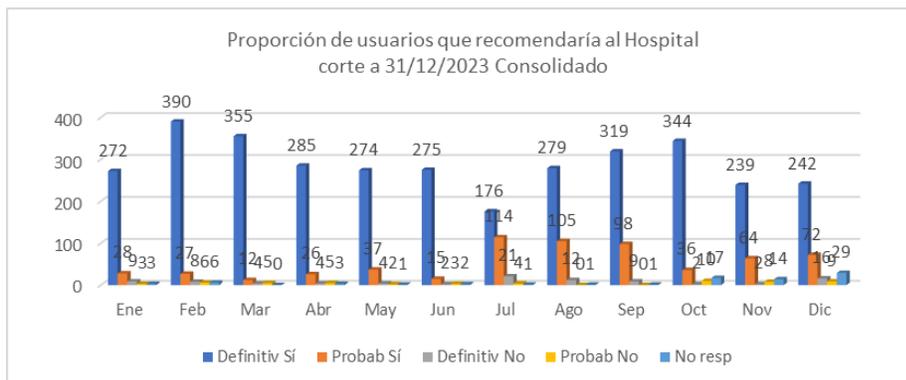


Gráfico N°6. Proporción de Usuarios que recomendarían al Hospital, a 31/12/2023. Fuente: SIAU. Elaboró: OCI

De acuerdo con las respuestas recibidas, la proporción de Usuarios que respondieron Definitivamente Sí y Probablemente Sí a la pregunta ¿recomendarían la E.S.E. Hospital La María a sus familiares y amigos?, en lo que va corrido de la vigencia 2023, es del 97%, cifra que se encuentra por encima de la meta y evidencia el grado de confianza en la Institución para recibir los servicios de salud.

Observación 6.

- a. En ambas sedes se debe realizar el seguimiento a los indicadores de satisfacción, lo cual incluye la verificación del cumplimiento con la muestra aportada por el área de Estadística para la aplicación de la encuesta.
- b. De igual manera, se debe revisar la calidad del dato desde la fuente hasta el informe final.

2.4. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

2.4.1. Política de Participación Social en Salud – PPPSS

El Hospital ha dispuesto todos los recursos necesarios para la adopción de la Política Pública de Participación Social en Salud (PPPSS), la cual se encuentra incluida dentro de las actividades del plan de acción para la implementación del Modelo Integral de Planeación y Gestión – MIPG. Asimismo, la institución cuenta con la Política de Participación Social en Salud, de acuerdo con la Resolución 2063 de 2017 del MSPS, misma que fue incluida en los Objetivos corporativos del Plan de Desarrollo Institucional 2020-2023.

Observación 7.

No se tiene establecido el indicador Proporción de cumplimiento de la Política Pública de Participación Social en Salud, para verificar el cumplimiento de su plan de acción.

2.4.2. Asociación de Usuarios y Comité de Ética Hospitalaria

Se logra evidenciar que estos espacios de participación se encuentran activos y realizando algunas de las actividades programadas de acuerdo con su respectiva agenda de trabajo. La Asociación de Usuarios cuenta con un representante ante la Junta Directiva del Hospital y se cuenta con participación de COPACO en el Comité de Ética

Hospitalaria. Dentro de los temas de capacitación que se les brinda, se realiza el despliegue de la Política Pública de Participación Social en Salud, entre otros.

De acuerdo con las evidencias aportadas por el proceso, se observa que hay un representante de los usuarios de la Sede Ambulatoria San Diego en la Asociación de Usuarios participando de las diferentes actividades que se hacen parte del plan de trabajo de esta.

Observación 8.

En la evidencia aportada no es posible medir el porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo de la Asociación de Usuarios y Comité de Ética Hospitalaria.

3. RECOMENDACIONES

Si bien se observan avances valiosos en la gestión de las recomendaciones derivadas del seguimiento anterior, tercer trimestre de 2023, lo cual sumado a que el Sistema cuenta con un equipo humano preparado para responder a las necesidades de los usuarios en cada sede y la infraestructura se acerca a los requerimientos normativos, es necesario insistir en el fortalecimiento del proceso en diferentes aspectos.

1. Se reitera la necesidad de que el informe de gestión de las PQRSDF elaborado por el proceso SIAU, debe ser publicado de forma trimestral en la página web, tal como lo establece la normatividad vigente relacionada con la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública, donde se definen lineamientos que deben atender los sujetos obligados para cumplir con la publicación y divulgación de la información señalada en la Ley 1712 del 2014, estableciendo los criterios para la estandarización de contenidos e información, accesibilidad web, seguridad digital, datos abiertos y formulario electrónico para Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD).
2. Actualizar en el enlace <https://lamaria.gov.co/horarios-de-atencion/> de la página web institucional horario de atención de las oficinas del SIAU, teniendo en cuenta el de la sede San Diego (ver Observación 1).
3. Para facilitar a los usuarios el acceso telefónico a las oficinas del SIAU en ambas sedes, continuar con la ejecución de los correctivos y las acciones necesarias, para que se brinde a través del menú que ofrece el conmutador o línea telefónica principal del hospital, se habilite una línea disponible 24 horas y se active la línea gratuita 018000 (ver Observación 2).
4. Revisar la pertinencia en la frecuencia de recolección de los buzones en función de la celeridad de la gestión y respuesta oportuna a los usuarios. Partiendo de la definición de la salud como derecho, la demora en la gestión pone en riesgo la condición de salud de los pacientes (ver Observación 3).
5. En la gestión de las manifestaciones presentadas por los usuarios, es necesario: medir el número de manifestaciones respecto al volumen de pacientes atendidos en la Institución; estandarizar la clasificación y tipificación de las manifestaciones de forma que permita identificar con precisión la causa raíz que da origen a las Quejas, Reclamos y Sugerencias,

esto con el fin de llevar la trazabilidad y realizar un adecuado seguimiento a la respuesta oportuna y con calidad y, con base en esto, implementar las acciones correctivas pertinentes a través de planes de mejoramiento (ver Observación 4).

6. Para la medición de la satisfacción de los usuarios, se requiere realizar la revisión de la información que alimenta los indicadores para que permita la trazabilidad y brinde confiabilidad garantizando la calidad del dato para su respectivo análisis. Sumado a esto, es necesario implementar un control y realizar el seguimiento al cumplimiento del número de encuestas aplicadas de acuerdo con la muestra aportada por el área de Estadística. También se debe implementar un plan de mejoramiento para el análisis e intervención de las desviaciones de los indicadores (ver Observaciones 5 y 6).
7. Definir un indicador que permita medir el cumplimiento del plan de acción de la Política Pública de Participación Social en Salud (ver Observación 7).
8. Realizar el seguimiento al cumplimiento del plan de trabajo de la Asociación de Usuarios y Comité de Ética Hospitalaria (ver Observación 8).
9. Es necesario realizar una revisión a la caracterización del proceso forma que se puedan ajustar o actualizar entre otros aspectos, los indicadores que den razón de su ejecución, los respectivos riesgos, y contar con la información documentada (procedimientos, manuales, formatos, instructivos, formatos), estructurada y actualizada acorde con la realidad del proceso, socializada y con medición de la adherencia.

4. CONCLUSIONES

Una vez terminada la revisión a la información recibida para efectos del presente seguimiento, es importante en primer lugar, hacer un reconocimiento al compromiso y empeño del equipo de trabajo responsable del proceso, ya que han respondido de forma proactiva y con total disposición en pro del mejoramiento continuo.

Es fundamental recordar que el Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU, es uno de los insumos o fuentes de información para el mejoramiento continuo institucional y, sus indicadores, miden de forma directa la gestión de los procesos, sirviendo de guía para mejorar o mantener la calidad de la prestación de los servicios en la Institución permitiendo, además, la toma de decisiones con información clara y oportuna.

El SIAU como sistema y como proceso, es uno y es transversal a toda la institución y, por ende, su información debe ser consolidada para la institución en función de ello. De la misma forma, la información que evidencia o soporta su gestión es única, sin embargo, este puede ser desagregada con base en las necesidades institucionales y del mismo proceso: por períodos, sedes, servicios, aseguradoras, etc.

	NOMBRE – CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTÓ	Sandra María Guerra Zapata Asesora de Apoyo Oficina de Control Interno		16/01/2024
REVISÓ	Juan Carlos Barreiro Jefe Oficina de Control Interno		16/01/2024

APROBÓ	Juan Carlos Barreiro Jefe Oficina de Control Interno		16/01/2024
Los arriba firmantes, declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.			

Medellín, Enero de 2024

Doctor
HECTOR JAIME GARRO YEPES
Gerente
ESE Hospital La María
Medellín.

Asunto: Informe PQRSD del Cuarto Trimestre 2023 sede castilla.

Dando cumplimiento al Artículo 76 de la Ley 1474 del 12 de julio de 2011, comedidamente le presento informe de peticiones, quejas, sugerencias, reclamos y felicitaciones, correspondiente al Cuarto Trimestre 2023. Igualmente se hace un análisis al comportamiento de las mismas y unas recomendaciones al respecto.

INFORME CUARTO TRIMESTRE 2023 DE LAS PETICIONES, QUEJAS, SUGERENCIAS, RECLAMOS Y FELICITACIONES.

Para el Cuarto trimestre del 2023, se recibieron las siguientes PQRSD, en el mes de octubre de 2023 la cantidad fue de 251, para noviembre de 183 y diciembre de 107. Siendo en su gran mayoría peticiones.

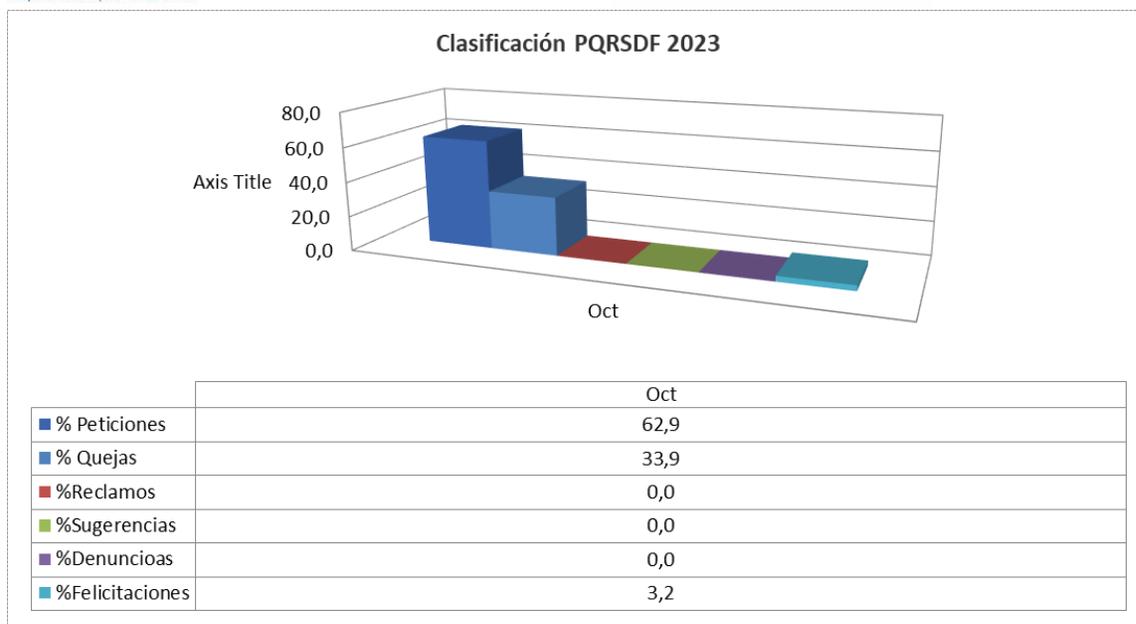
Octubre:

En el mes de octubre se recibieron 251 PQRSD, 158 peticiones, 84 quejas, 0 reclamo, 0 sugerencia, 0 denuncias, y 8 felicitaciones.

El origen de la PQRSD se comporta de la siguiente manera, 200 por parte de las aseguradoras, 11 por entes de control y 56 por parte de pacientes. Respecto al canal de recepción llegan 11 por buzones, 213 por correo, 32 por página web y 11 presenciales, la mayoría de las PQRSD que llegan por correo vienen por parte de las aseguradoras.

Las áreas de servicio son 236 consulta externa, 6 cirugía, 13 hospitalización, 6 radiología, 3 urgencias, 1 archivo clínico y 1 vigilancia. Se presentan por la asignación de citas, trato del personal asistencial y administrativo.

Mes	P	% Peticiones	Q	% Quejas	R	% Reclamos	S	% Sugerecias	D	% Denuncias	F	% Felicitaciones	TOTAL PQRS
Oct	158	62,9	85	33,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8,0	3,2	251



Para el mes de octubre 2023 la oportunidad en la respuesta de la PQRSD fue de 2,7 días. El call center da respuestas aunque el tiempo es aproximadamente 9 días, desde cirugía se continua con dificultades. Con el área de cirugía se demora el proceso de respuesta.

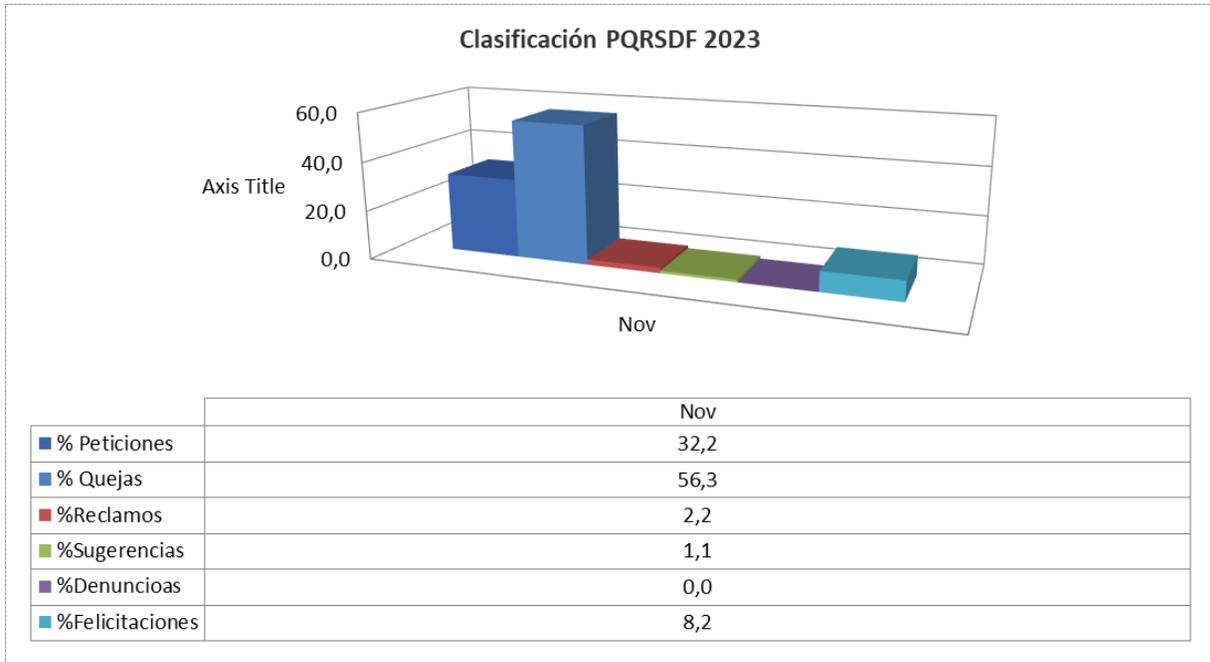
Noviembre:

En el mes de noviembre se recibieron 183 PQRSD, 59 peticiones, 103 quejas, 4 reclamo, 2 sugerencia, 0 denuncias, y 15 felicitaciones.

El origen de la PQRSD se comporta de la siguiente manera, 119 por parte de las aseguradoras, 12 por entes de control y 73 por parte de pacientes. Respecto al canal de recepción llegan 27 por buzones, 137 por correo, 19 por página web y 21 presenciales, la mayoría de las PQRSD que llegan por correo vienen por parte de las aseguradoras.

Las áreas de servicio son 142 consulta externa, 16 cirugía, 19 hospitalización, 7 radiología, 10 urgencias, 1 archivo clínico, atención al usuario 1, cartera 1, fisioterapia 1 y 2 vigilancia. Se presentan por la asignación de citas, trato del personal asistencial y administrativo.

Mes	P	% Peticiones	Q	% Quejas	R	% Reclamos	S	% Sugerencias	D	% Denuncias	F	% Felicitaciones	TOTAL PQRS
Nov	59	32,2	103	56,3	4	2,2	2	1,1	0	0,0	15,0	8,2	183



Para el mes de noviembre 2023 la oportunidad en la respuesta de la PQRSD fue de 2,0 días. El call center da respuestas aunque el tiempo es aproximadamente 9 días, desde cirugía se continua con dificultades. Con el área de cirugía se demora el proceso de respuesta.

Diciembre:

En el mes de diciembre se recibieron 107 PQRSD, 45 peticiones, 52 quejas, 0 reclamo, 3 sugerencia, 0 denuncias, y 7 felicitaciones.

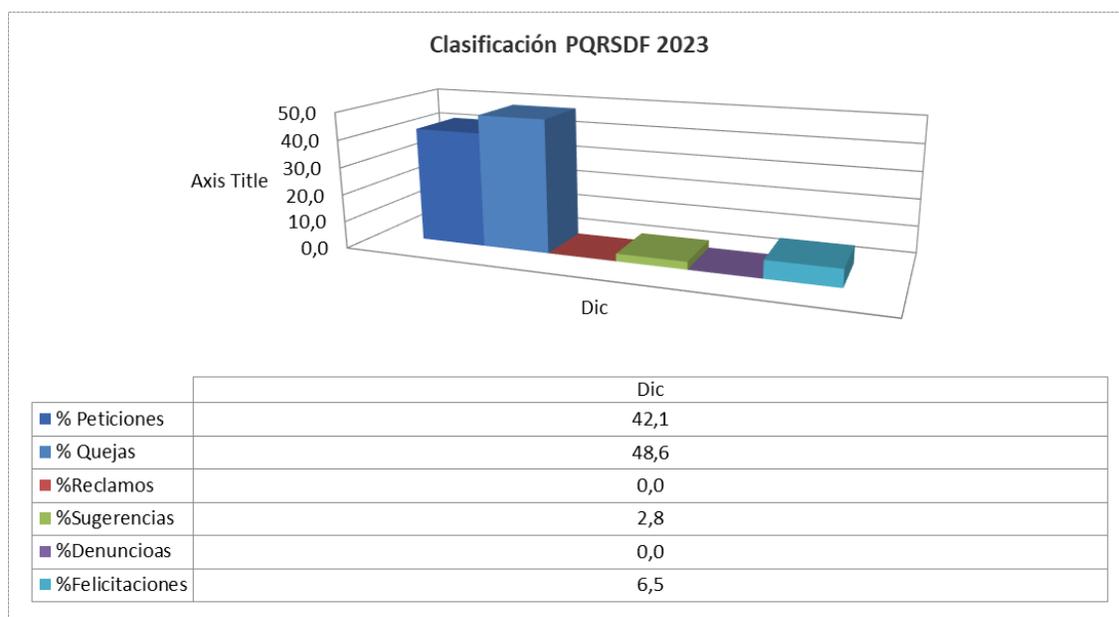
El origen de la PQRSD se comporta de la siguiente manera, 57 por parte de las aseguradoras, 4 por entes de control y 49 por parte de pacientes. Respecto al canal de recepción llegan 18 por buzones, 62 por correo, 14 por página web y 16 presenciales, la mayoría de las PQRSD que llegan por correo vienen por parte de las aseguradoras.

Las áreas de servicio son 78 consulta externa, 3 cirugía, 12 hospitalización, 4 radiología, 10 urgencias, 1 archivo clínico, 1 fisioterapia y 1 laboratorio. Se presentan por la asignación de citas, trato del personal asistencial y administrativo.

Las PQRSD disminuyeron debido a que se atendió menos paciente por ser el mes de diciembre.

Para el mes de diciembre 2023 la oportunidad en la respuesta de la PQRSD fue de 2,2 días. El call center da respuestas aunque el tiempo es aproximadamente 9 días, desde cirugía se continua con dificultades. Con el área de cirugía se demora el proceso de respuesta.

Mes	P	% Peticiones	Q	% Quejas	R	% Reclamos	S	% Sugercias	D	% Denuncias	F	% Felicitaciones	TOTAL PQRS
Dic	45	42,1	52	48,6	0	0,0	3	2,8	0	0,0	7,0	6,5	107

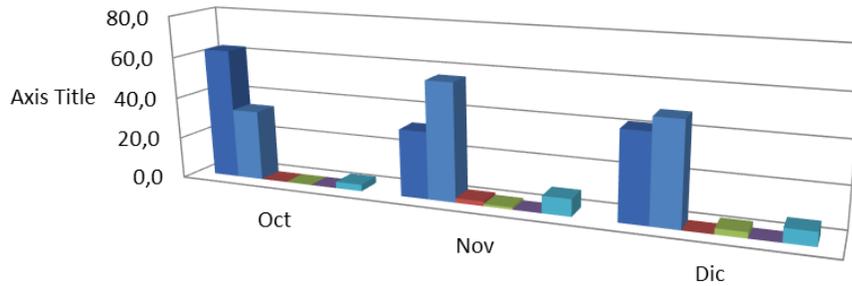


En el Cuarto trimestre llegan un total de 541 PQRSD, el número se mantiene estable dentro de los trimestres anteriores.

El indicador de número de PQRSD se obtuvieron mayor número de peticiones, quejas, felicitaciones, sugerencias y reclamos, no se obtuvieron denuncias.

Mes	P	% Peticiones	Q	% Quejas	R	% Reclamos	S	% Sugercias	D	% Denuncias	F	% Felicitaciones	TOTAL PQRS
Oct	158	62,9	85	33,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8,0	3,2	251
Nov	59	32,2	103	56,3	4	2,2	2	1,1	0	0,0	15,0	8,2	183
Dic	45	42,1	52	48,6	0	0,0	3	2,8	0	0,0	7,0	6,5	107

Clasificación PQRSDF 2023

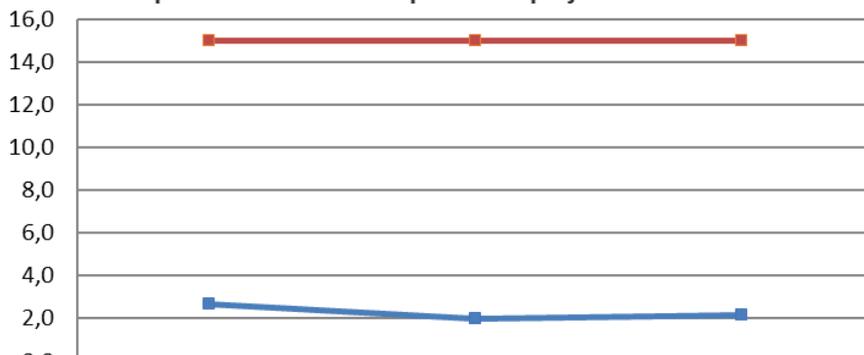


	Oct	Nov	Dic
■ % Peticiones	62,9	32,2	42,1
■ % Quejas	33,9	56,3	48,6
■ % Reclamos	0,0	2,2	0,0
■ % Sugerencias	0,0	1,1	2,8
■ % Denuncias	0,0	0,0	0,0
■ % Felicidades	3,2	8,2	6,5

El promedio en los tiempos de respuesta fue de 2,3 días. Bajo respecto al tiempo de respuesta del trimestre anterior. En todo el trimestre se cumplió con la meta establecida.

Mes	Numerador	Denominador	Valor	Meta
Oct	667	251	2,7	15
Nov	557	183	2,0	15
Dic	233	107	2,2	15

Oportunidad en la respuesta a quejas 2023



Año 2023:

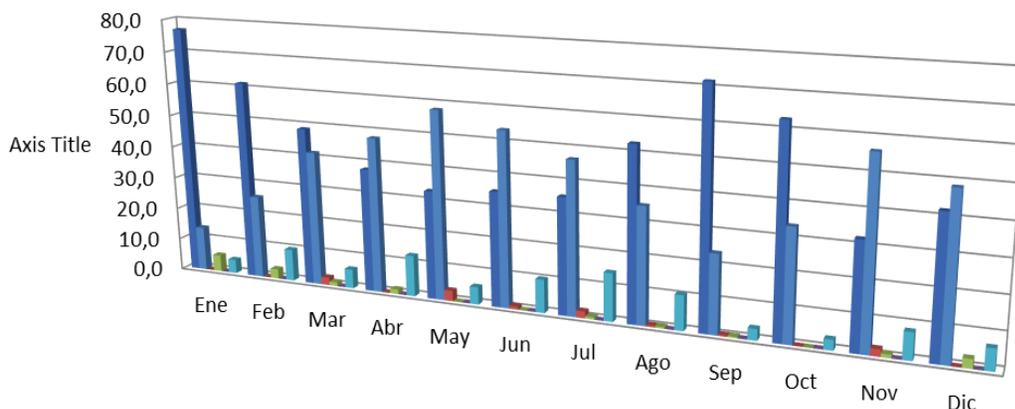
En el año 2023 se tuvieron un total de 1,694 PQRSD, de las cuales 876 fueron peticiones, 658 quejas, 15 reclamos, 19 sugerencias, 0 denuncias y 126 felicitaciones.

El número de PQRSD se comporta de la misma manera durante todo el año, en el mes de agosto y septiembre, aumentaron el número debido a la falla sistémica que se presentó en el mes de julio. Las PQRSD llegan por solicitud de citas en su gran mayoría, respecto a las que llegan por trato del personal asistencial o administrativo, se trataron las quejas con los líderes de áreas y con el jefe de personal, se llevó a cabo un programa de atención humanizada para lograr mejorar este aspecto.

Respecto al número de PQRSD que llegan por parte de savia salud, se tuvieron reuniones mensuales con los líderes de savia salud, para disminuir el número de PQRSD que nos llegan, ya que se está desbordando la capacidad instalada de la institución. Mes a mes se descargan archivos de la plataforma conexiones para lograr mitigar las PQRSD que quedan sin respuesta inmediata por la no disponibilidad de especialistas o cirujías.

Mes	P	% Peticiones	Q	% Quejas	R	% Reclamos	S	% Sugerencias	D	% Denuncias	F	% Felicitaciones	TOTAL PQRSD
Ene	90	76,9	16	13,7	0	0,0	6	5,1	0	0,0	5	4,3	117
Feb	62	61,4	26	25,7	0	0,0	3	3,0	0	0,0	10	9,9	101
Mar	41	48,8	35	41,7	2	2,4	1	1,2	0	0,0	5	6,0	84
Abr	27	38,0	34	47,9	0	0,0	1	1,4	0	0,0	9	12,7	71
May	31	33,3	54	58,1	3	3,2	0	0,0	0	0,0	5	5,4	93
Jun	38	35,2	58	53,7	1	0,9	0	0,0	0	0,0	11	10,2	108
Jul	51	35,7	67	46,9	3	2,1	1	0,7	0	0,0	21	14,7	143
Ago	109	52,9	73	35,4	1	0,5	1	0,5	0	0,0	22	10,7	206
Sep	165	71,7	55	23,9	1	0,4	1	0,4	0	0,0	8	3,5	230
Oct	158	62,9	85	33,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8,0	3,2	251
Nov	59	32,2	103	56,3	4	2,2	2	1,1	0	0,0	15,0	8,2	183
Dic	45	42,1	52	48,6	0	0,0	3	2,8	0	0,0	7,0	6,5	107

Clasificación PQRSDf 2023



	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
■ % Peticiones	76,9	61,4	48,8	38,0	33,3	35,2	35,7	52,9	71,7	62,9	32,2	42,1
■ % Quejas	13,7	25,7	41,7	47,9	58,1	53,7	46,9	35,4	23,9	33,9	56,3	48,6
■ % Reclamos	0,0	0,0	2,4	0,0	3,2	0,9	2,1	0,5	0,4	0,0	2,2	0,0
■ % Sugerencias	5,1	3,0	1,2	1,4	0,0	0,0	0,7	0,5	0,4	0,0	1,1	2,8
■ % Denuncias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
■ % Felicidades	4,3	9,9	6,0	12,7	5,4	10,2	14,7	10,7	3,5	3,2	8,2	6,5

SATISFACCIÓN GLOBAL

La medida Estadística que se estableció para realizar las encuestas es: el universo se proyecta con la población atendida del mes anterior de acuerdo a los Servicios de: Consulta Externa y Hospitalización.

- Error: 5%
- Porcentaje Estimado 5 – 95%
- Nivel deseado de Confianza: 95%

Evaluación de satisfacción de los usuarios de manera mensual: Instrumento aplicado en los diferentes servicios de hospitalización y de consulta externa.

Para el Cuarto trimestre del año 2023, se realizaron 308 encuestas a usuarios que asistieron a los diferentes servicios de la E.S.E Hospital La María.

Estas encuestas se dividieron en 109 en el mes de octubre, 96 en el mes de noviembre y 103 en el mes de diciembre.

Del indicador del proceso Resolución 256 de 2016 ¿Recomendaría a sus familiares y amigos utilizar los servicios de la institución?

En el Cuarto Trimestre del 2023 el promedio de porcentaje de satisfacción de acuerdo a la pregunta de si recomendaría la Institución, fue de un 98%.

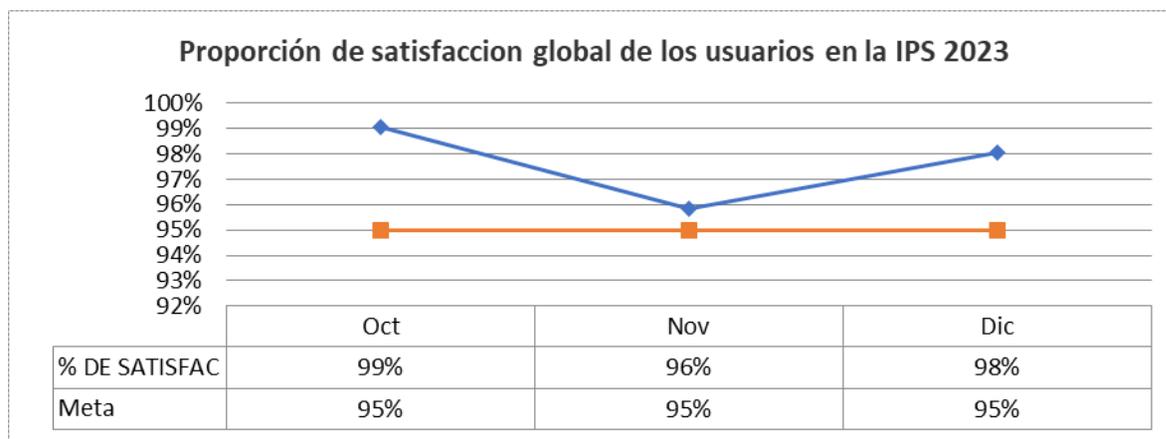
En octubre de 109 encuestas realizadas, 107 responden positivamente, 2 probablemente no.

En Noviembre de 96 encuestas realizadas, 95 responden positivamente, 1 responden que definitivamente no.

En Diciembre de 103 encuestas realizadas, 100 responden positivamente, 1 responden que definitivamente no, 2 probablemente no.

Teniendo respuestas positivas acerca del hospital un total de 302 de las 308 realizadas, viendo así que el hospital tiene una gran acogida por parte de los usuarios que asisten tanto a consulta externa/servicios ambulatorios como a hospitalización.

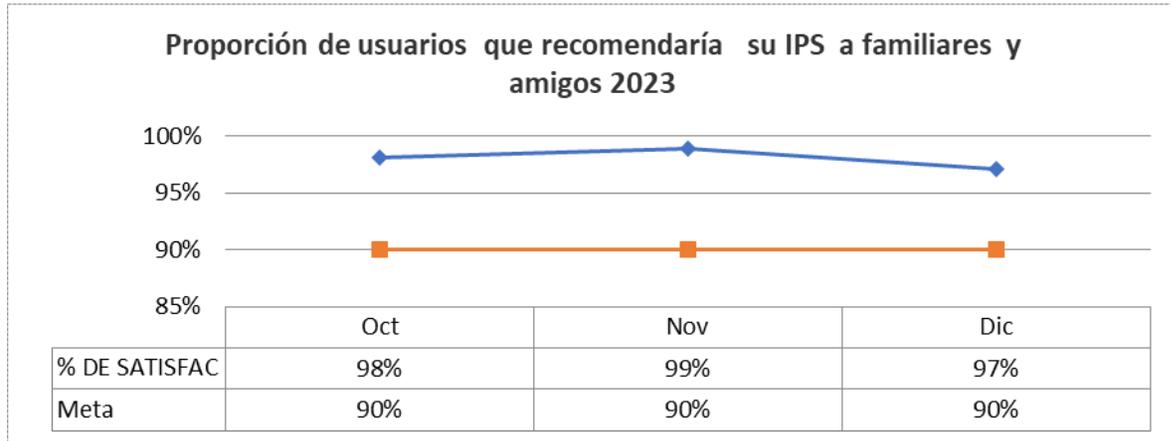
Mes	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	No resp	TOTAL	% DE SATISFAC	Meta
Oct	26	82	1	0	0	0	109	99%	95%
Nov	50	42	3	0	1	0	96	96%	95%
Dic	45	56	1	0	1	0	103	98%	95%



Por otro lado, del indicador del proceso Resolución 256 de 2016: ¿Como calificaría su experiencia respecto a los servicios que ha recibido en la institución?

En el Cuarto Trimestre de 2023 se dio un 98% de satisfacción con respecto con la experiencia de los servicios de la Institución. Teniendo así un total de 301 respuestas positivas a cerca del hospital de un total 308 usuarios encuestados, viendo así que el hospital tiene una buena acogida por parte de los usuarios que asisten tanto a consulta externa / Servicios ambulatorios.

Mes	Definitiv Si	Probab Si	Definitiv No	Probab No	No resp	Total	% DE SATISFAC	Meta
Oct	96	11	0	2	0	109	98%	90%
Nov	87	8	1	0	0	96	99%	90%
Dic	99	1	1	2	0	103	97%	90%



Por último, se adjuntan las recomendaciones y sugerencias que realizan las personas que se les aplico las encuestas en este cuarto trimestre desde el área de consulta externa:

- Excelente atención por parte del equipo de fisioterapia.
- Lo único malo del hospital es tratar de conseguir una cita.
- Me atendieron muy bien las enfermeras.
- En ocasiones los médicos se pasan de la hora de la cita.
- El servicio de urgencias por la ocupación es muy lento.

Se adjuntan las recomendaciones y sugerencias que realizan las personas que se les aplico las encuestas en este segundo trimestre desde el área de hospitalización:

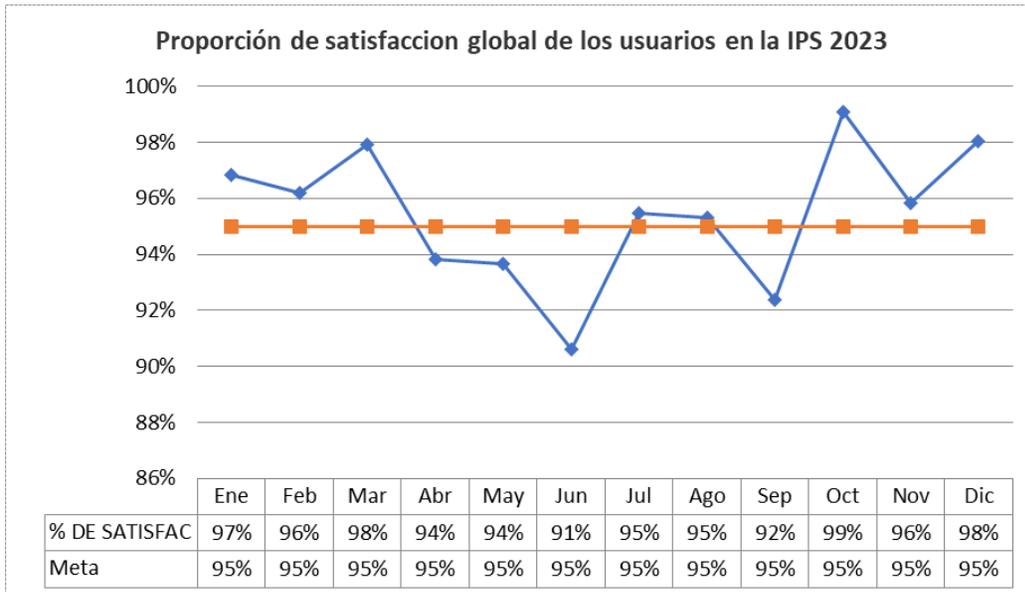
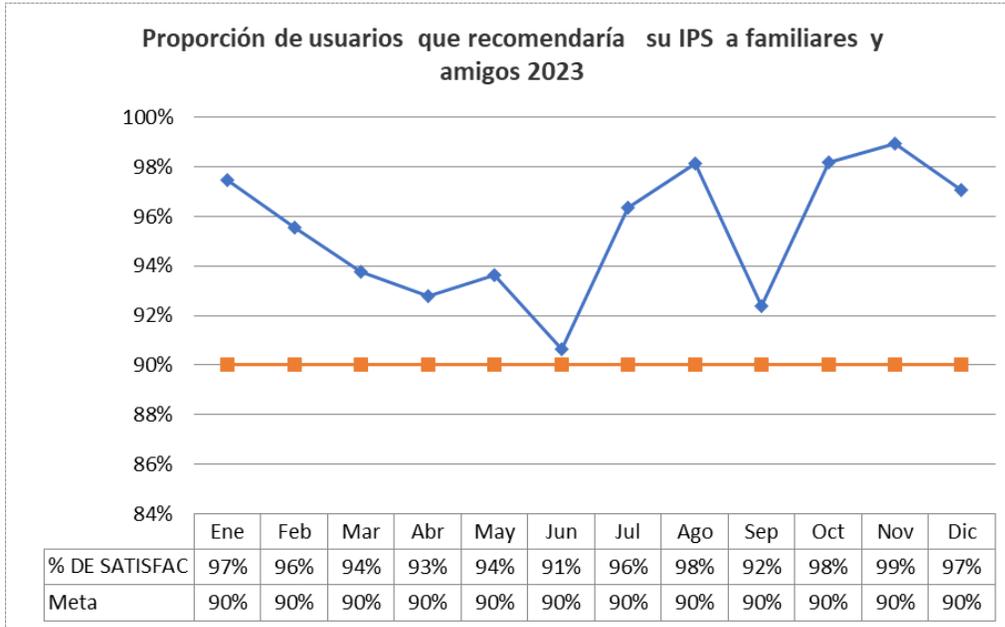
- Deberían de tener más camillas.
- No hay televisor en las habitaciones, ni agua caliente.
- Las enfermeras atienden de muy buena manera, personas profesionales.

Año 2023

Se obtuvieron un total de 1,278 encuestas de satisfacción, referente a la pregunta de si recomendaría a sus familiares y amigos, el porcentaje de satisfacción fue del 95% teniendo como meta el 90%, por lo cual se puede observar que se sobrepaso la meta.

Referente a la satisfacción global de los usuarios el porcentaje de satisfacción fue de 95% teniendo una meta del 95%, se puede evidenciar que se cumplió con la meta establecida.

Aunque se tuvo falla sistémica la satisfacción de los usuarios no disminuyó, en el mes de junio se evidencia una caída en la satisfacción, esta se debe a que se atendieron menos cantidad de pacientes y por tal motivo se disminuye esta.



Asunto: Informe PQRSD del Cuarto Trimestre 2023 sede San Diego.

Dando cumplimiento al Artículo 76 de la Ley 1474 del 12 de julio de 2011, comedidamente le presento informe de peticiones, quejas, sugerencias, reclamos y felicitaciones, correspondiente al cuarto Trimestre 2023. Igualmente se hace un análisis al comportamiento de las mismas y unas recomendaciones al respecto.

INFORME CUARTO TRIMESTRE 2023 DE LAS PETICIONES, QUEJAS, SUGERENCIAS, RECLAMOS Y FELICITACIONES.

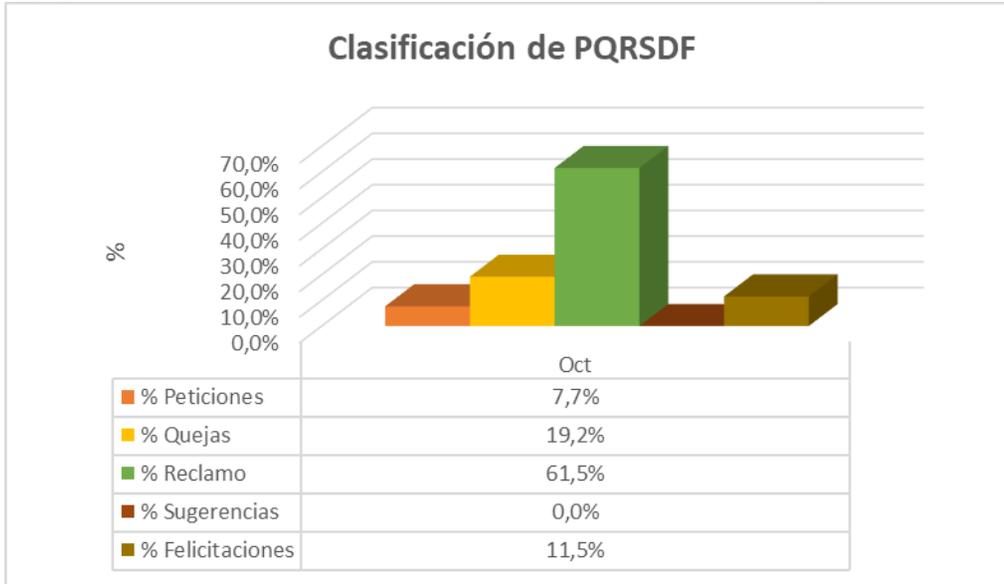
Para el Cuarto trimestre del 2023, se recibieron las siguientes PQRSD, en el mes de octubre de 2023 la cantidad fue de 26, para noviembre de 21 y diciembre de 12. Siendo en su gran mayoría reclamos.

Octubre:

En el mes de octubre se recibieron 26 PQRSD, 2 peticiones, 5 quejas, 16 reclamo, 0 sugerencia, 0 denuncias, y 3 felicitaciones.

El origen de la PQRSD corresponde a las registradas por usuarios y acompañantes en los buzones de que se encuentran habilitados en la sede.

Mes	P	% Peticiones	Q	% Quejas	R	% Reclamo	S	% Sugerencias	F	% Felicitaciones	TOTAL, PQRSDF
Oct	2	7,7%	5	19,2%	16	61,5%	0	0,0%	3	11,5%	26



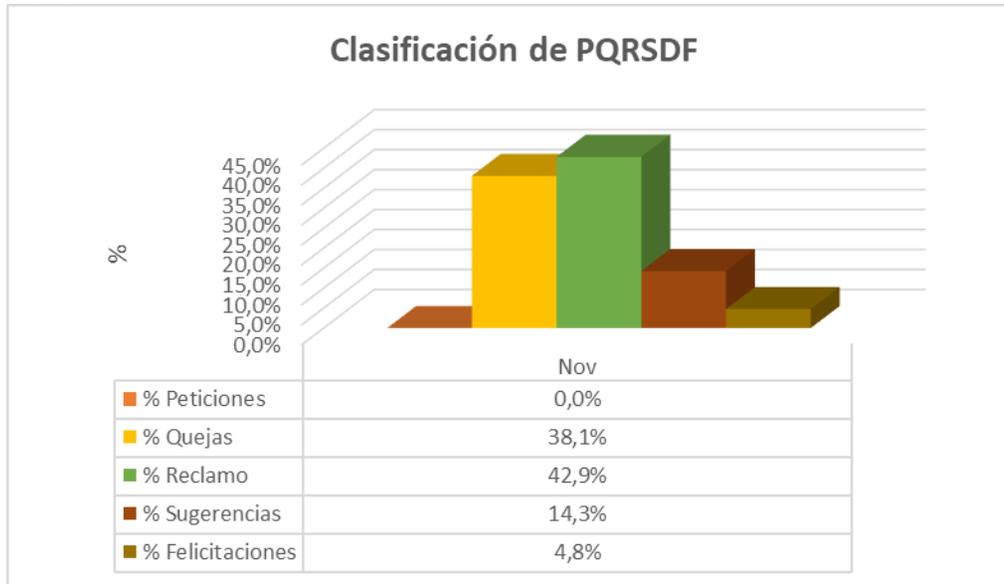
Para el mes de octubre 2023 la oportunidad en la respuesta de la PQRSD fue de 10,1 días.

Noviembre:

En el mes de noviembre se recibieron 21 PQRSD, 0 peticiones, 8 quejas, 9 reclamo, 3 sugerencia, 0 denuncias, y 1 felicitaciones.

El origen de la PQRSD corresponde a las registradas por usuarios y acompañantes en los buzones de que se encuentran habilitados en la sede.

Mes	P	% Peticiones	Q	% Quejas	R	% Reclamo	S	% Sugerencias	F	% Felicitaciones	TOTAL, PQRSD
Nov	0	0,0%	8	38,1%	9	42,9%	3	14,3%	1	4,8%	21



Para el mes de noviembre 2023 la oportunidad en la respuesta de la PQRSD fue de 12,3 días.

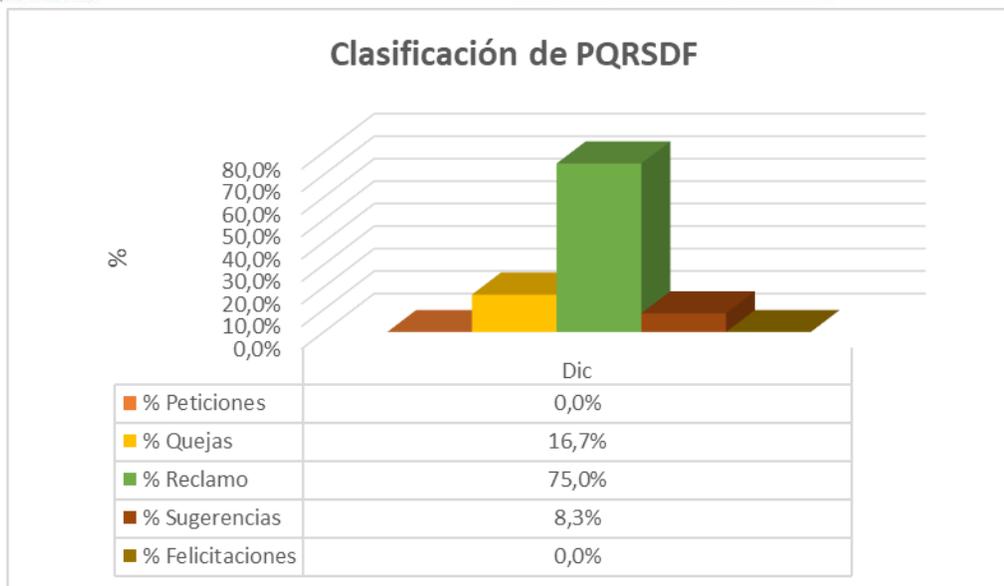
Diciembre:

En el mes de diciembre se recibieron 12 PQRSD, 0 peticiones, 2 quejas, 9 reclamo, 1 sugerencia, 0 denuncias, y 0 felicitaciones.

El origen de la PQRSD corresponde a las registradas por usuarios y acompañantes en los buzones de que se encuentran habilitados en la sede.

Las PQRSD disminuyeron debido a que se atendió menos paciente por ser el mes de diciembre y la asistencia de los usuarios disminuyó debido a las festividades.

Mes	P	% Peticiones	Q	% Quejas	R	% Reclamo	S	% Sugerencias	F	% Felicitaciones	TOTAL, PQRSDF
Dic	0	0,0%	2	16,7%	9	75,0%	1	8,3%	0	0,0%	12

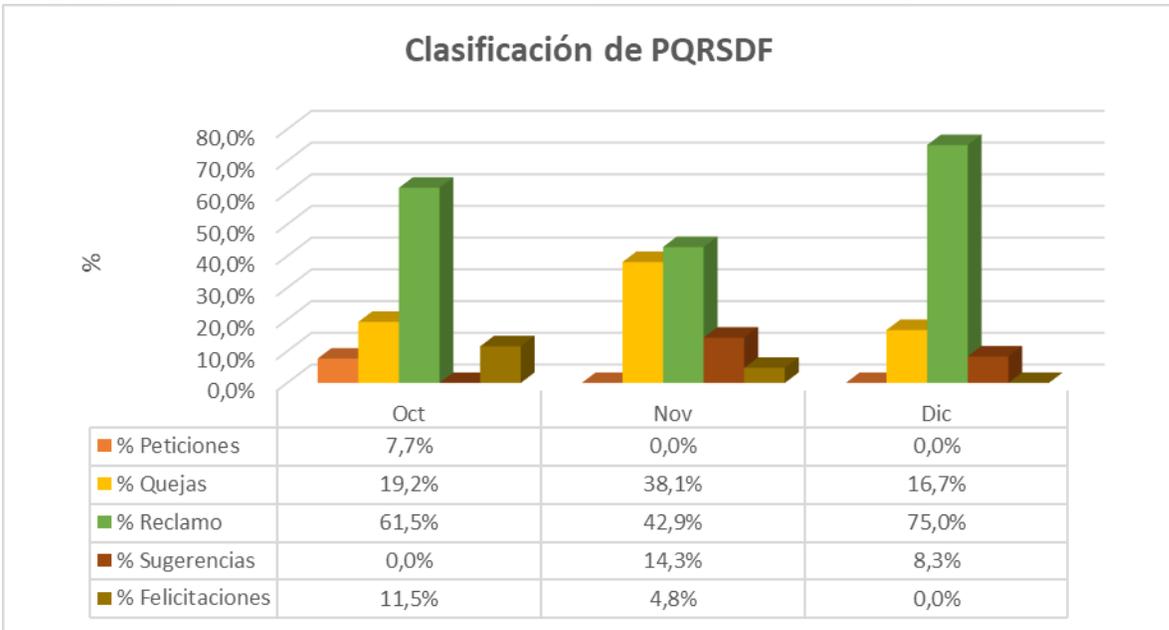


Para el mes de diciembre 2023 la oportunidad en la respuesta de la PQRSD fue de 6,6 días.

En el Cuarto trimestre llegan un total de 59 PQRSD, el número se mantiene estable dentro de los trimestres anteriores.

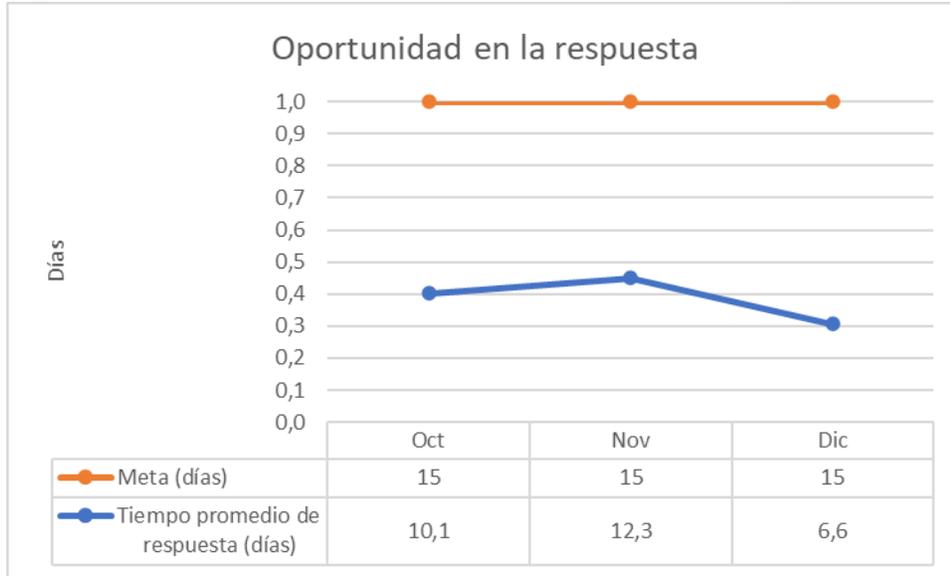
El indicador de número de PQRSD se obtuvieron mayor número de peticiones, quejas, felicitaciones, sugerencias y reclamos, no se obtuvieron denuncias.

Mes	P	% Peticiones	Q	% Quejas	R	% Reclamo	S	% Sugerencias	F	% Felicitaciones	TOTAL, PQRSD
Oct	2	7,7%	5	19,2%	16	61,5%	0	0,0%	3	11,5%	26
Nov	0	0,0%	8	38,1%	9	42,9%	3	14,3%	1	4,8%	21
Dic	0	0,0%	2	16,7%	9	75,0%	1	8,3%	0	0,0%	12



El promedio en los tiempos de respuesta fue de 12,3 días en el mes de noviembre el cual presentó una disminución para el mes de diciembre estando en 6,6 días. Bajo respecto al tiempo de respuesta del trimestre anterior. En todo el trimestre se cumplió con la meta establecida.

Mes	Tiempo promedio de respuesta (días)	Meta (días)
Oct	10,1	15
Nov	12,3	15
Dic	6,6	15

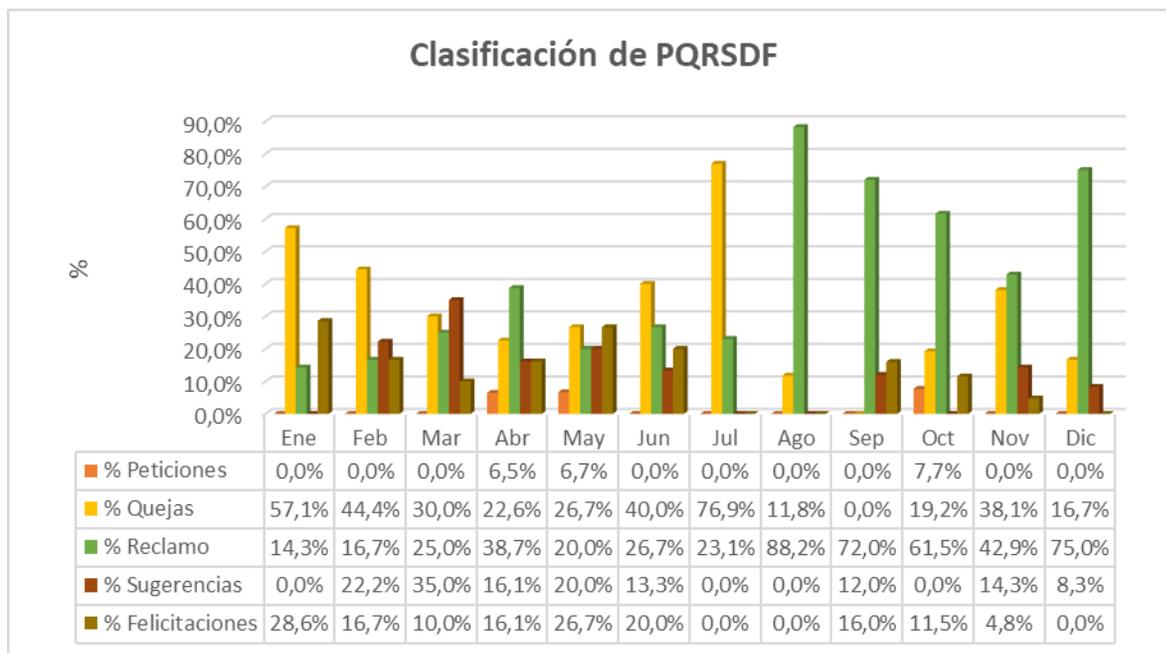


Año 2023:

En el año 2023 se tuvieron un total de 242 PQRSD, de las cuales 5 fueron peticiones, 72 quejas, 103 reclamos, 30 sugerencias, 0 denuncias y 32 felicitaciones.

El número de PQRSD se comporta de la misma manera durante todo el año, Las PQRSD que llegan por trato del personal asistencial o administrativo, se trataron las quejas con los líderes de áreas y con el jefe de personal, se llevó a cabo un programa de atención humanizada para lograr mejorar este aspecto.

Mes	P	% Peticiones	Q	% Quejas	R	% Reclamo	S	% Sugerencias	F	% Felicitaciones	TOTAL, PQRSD
Ene	0	0,0%	8	57,1%	2	14,3%	0	0,0%	4	28,6%	14
Feb	0	0,0%	8	44,4%	3	16,7%	4	22,2%	3	16,7%	18
Mar	0	0,0%	6	30,0%	5	25,0%	7	35,0%	2	10,0%	20
Abr	2	6,5%	7	22,6%	12	38,7%	5	16,1%	5	16,1%	31
May	1	6,7%	4	26,7%	3	20,0%	3	20,0%	4	26,7%	15
Jun	0	0,0%	12	40,0%	8	26,7%	4	13,3%	6	20,0%	30
Jul	0	0,0%	10	76,9%	3	23,1%	0	0,0%	0	0,0%	13
Ago	0	0,0%	2	11,8%	15	88,2%	0	0,0%	0	0,0%	17
Sep	0	0,0%	0	0,0%	18	72,0%	3	12,0%	4	16,0%	25
Oct	2	7,7%	5	19,2%	16	61,5%	0	0,0%	3	11,5%	26
Nov	0	0,0%	8	38,1%	9	42,9%	3	14,3%	1	4,8%	21
Dic	0	0,0%	2	16,7%	9	75,0%	1	8,3%	0	0,0%	12



SATISFACCIÓN GLOBAL

Para el periodo del 01 de octubre al 31 diciembre de 2023, se realizaron 796 encuestas de satisfacción a usuarios que asistieron a los diferentes servicios de la E.S.E Hospital La María.

Estas encuestas se dividieron en, 300 en el mes de octubre, en el mes de noviembre 231 y en el mes de diciembre 265, Teniendo respuestas positivas acerca del hospital un total de 695 de las 796 realizadas, viendo así que la sede san Diego continúa teniendo una gran acogida por parte de los usuarios que asisten a la prestación del servicio.

Del indicador del proceso Resolución 256 de 2016 ¿Recomendaría a sus familiares y amigos utilizar los servicios de la institución?, 01 de octubre al 31 diciembre de 2023, el promedio de porcentaje de satisfacción de acuerdo con la pregunta de si recomendaría la Institución, fue de un 97%.

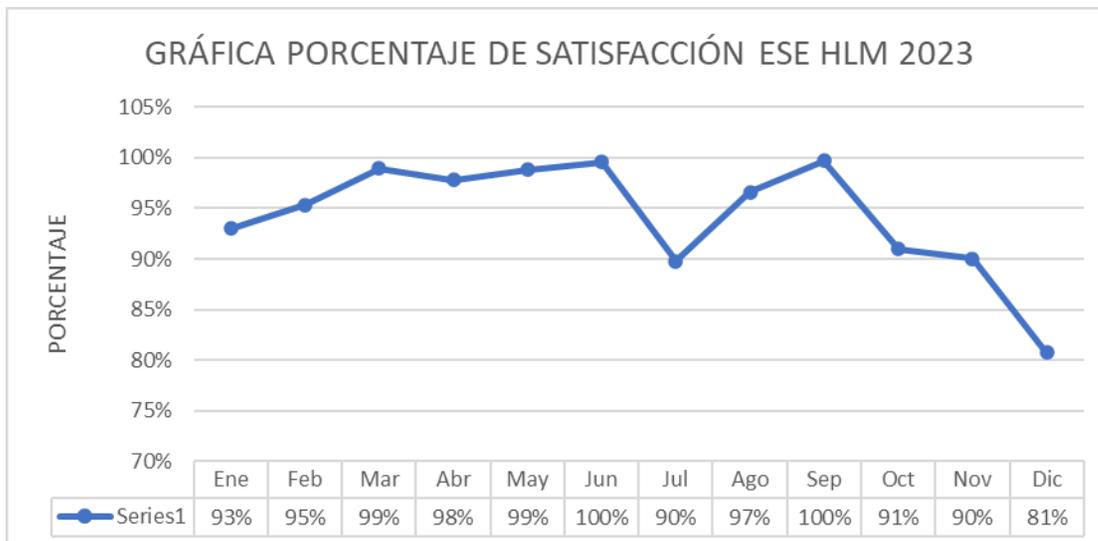
Mes	Definitiv Si	Probab Si	Definitiv No	Probab No	No resp	Total	% DE SATISFAC	Meta
Oct	248	25	2	8	17	300	91%	90%
Nov	152	56	1	8	14	231	90%	90%
Dic	143	71	15	7	29	265	81%	90%

PROMEDIO

97%

Relacionamos así mismo el promedio total del periodo del año 2023 en cuanto a esta encuesta de satisfacción

Mes	Definitiv Si	Probab Si	Definitiv No	Probab No	No resp	Total	% DE SATISFAC	Meta
Ene	141	5	8	2	1	157	93%	90%
Feb	264	3	5	3	5	280	95%	90%
Mar	271	6	3	0	0	280	99%	90%
Abr	212	9	4	0	1	226	98%	90%
May	243	9	2	0	1	255	99%	90%
Jun	226	6	1	0	0	233	100%	90%
Jul	159	26	17	3	1	206	90%	90%
Ago	269	13	9	0	1	292	97%	90%
Sep	280	28	0	0	1	309	100%	90%
Oct	248	25	2	8	17	300	91%	90%
Nov	152	56	1	8	14	231	90%	90%
Dic	143	71	15	7	29	265	81%	90%
PROMEDIO							97%	



Por otro lado, del indicador del proceso Resolución 256 de 2016: ¿Como calificaría su experiencia respecto a los servicios que ha recibido en la institución?

En el Cuarto Trimestre de 2023 se dio un 98% de satisfacción con respecto con la experiencia de los servicios de la Institución. Teniendo así un total de 720 respuestas positivas a cerca de sede de un total 796 usuarios encuestados, viendo así que el hospital tiene una buena acogida por parte de los usuarios que asisten a las consultas y demás servicios prestados.

Mes	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	No resp	TOTAL	% DE SATISFAC	Meta
Oct	246	43	6	1	0	4	300	96%	95%
Nov	38	163	28	0	0	2	231	87%	95%
Dic	144	86	24	6	1	4	265	87%	95%

PROMEDIO

98%

Así mismo relacionamos la satisfacción global de año 2023 en cuanto a la encuesta a cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios que ha recibido en la institución

Mes	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	No resp	TOTAL	% DE SATISFAC	Meta
Ene	147	2	4	1	2	1	157	95%	95%
Feb	274	2	2	2	0	0	280	99%	95%
Mar	270	2	5	2	1	0	280	97%	95%
Abr	219	6	1	0	0	0	226	100%	95%
May	246	3	6	0	0	0	255	98%	95%
Jun	233	0	0	0	0	0	233	100%	95%
Jul	176	4	11	10	4	1	206	87%	95%
Ago	286	3	1	1	0	1	292	99%	95%
Sep	291	17	1	1	0	0	310	99%	95%
Oct	246	43	6	1	0	4	300	96%	95%
Nov	38	163	28	0	0	2	231	87%	95%
Dic	144	86	24	6	1	4	265	87%	95%

PROMEDIO

98%



Por último, se adjuntan las recomendaciones y sugerencias que realizan las personas que se les aplico las encuestas en este cuarto trimestre:

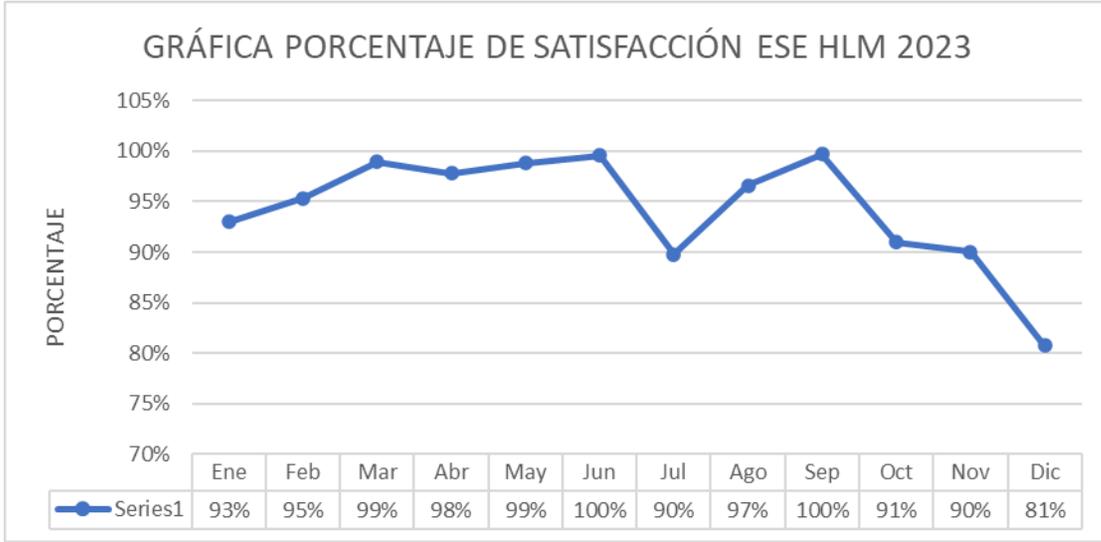
- Excelente atención servicio y atención en las diferentes áreas.
- Tiempos de espera muy prolongados al momento de reclamar los medicamentos
- No dan espera al momento de no poder llegar a tiempo a la cita
- Muy buen trato por parte del personal de la sede.

Año 2023

Se obtuvieron un total de 2.433 encuestas de satisfacción, referente a la pregunta de si recomendaría a sus familiares y amigos, el porcentaje de satisfacción fue del 97%

Referente a la satisfacción global de los usuarios el porcentaje de satisfacción fue de 98%

Aunque se tuvo falla sistémica la satisfacción de los usuarios no disminuyo, en el mes de junio se evidencia una caída en la satisfacción, esta se debe a que se atendieron menos cantidad de pacientes y por tal motivo se disminuye esta.



Atentamente,

Yamile Londoño

Líder de atención al Usuario sede Ambulatoria san Diego



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jenny', is positioned above a horizontal line.

Atentamente,

Líder de atención al Usuario



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA