



trabajamos con amor por la vida desde 1923



GOBIERNO DE ANTIOQUIA
República de Colombia



Medellín, 04 de abril de 2025

E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA
RADICADO No. I2025-00205
CORRESPONDENCIA INTERNA
FECHA: 2025-04-04 16:31:36
RADICÓ: DEISY ALEJANDRA ROJO
GRANADA



Doctor
CARLOS MAURICIO MARTÍNEZ FLÓREZ
Gerente
E. S. E. Hospital La María
Ciudad

Asunto: Informe de seguimiento a la gestión de las PQR vigencia 2024

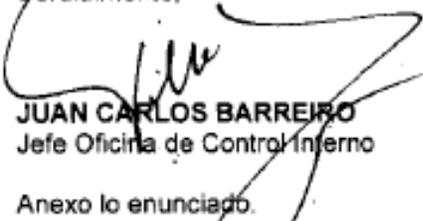
Respetado doctor,

Dando cumplimiento al Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, la Oficina de Control Interno comedidamente le presenta el seguimiento a la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones, recibidas en la E.S.E. Hospital La María a través del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU, en el Cuarto Trimestre y el consolidado de toda la vigencia 2024.

El objetivo de este seguimiento es verificar y validar la oportunidad y la calidad de la gestión de las manifestaciones presentadas por los usuarios, clasificadas como 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 E.S.E. Hospital La María, en el periodo comprendido entre enero 1 y diciembre 31 de 2024.

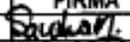
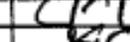
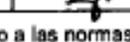
Con el fin de disponer este informe de seguimiento de manera masiva, actualizada, accesible y comprensible, se procederá a su publicación en la página web institucional, buscando, además, generar y promover una cultura de transparencia acorde con la normatividad vigente, la cual lleva a las entidades 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

Anexo lo enunciado.

Con copia: Dr. Elynn Hernán García Jaramillo, Subgerente de Gestión y Operaciones
Dr. Natalia Andrea Osorio Giraldo, Subgerente Científica
Dra. Carolina Jiménez, coordinadora UT, Sede Ambulatoria
Marcela Sánchez Arango, SIAU Sede Principal
Yamila Londoño, SIAU Sede Ambulatoria
Laura María Castaño Vergara, Jefe Oficina Asesora de comunicaciones

	NOMBRE – CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTÓ	Sandra María Guerra Zapata, Profesional de apoyo Oficina de Control Interno		07/03/2025
REVISÓ	Carlos Arley Berrío, Profesional de apoyo Oficina de Control Interno		04/04/2025
APROBÓ	Juan Carlos Barreiro, Jefe Oficina de Control Interno		04/04/2025

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.



OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE SEGUIMIENTO A PQRSFD
CUARTO TRIMESTRE 2024

EQUIPO OFICINA DE CONTROL INTERNO

Jefe de la oficina

JUAN CARLOS BARREIRO

Equipo Auditor

SANDRA MARÍA GUERRA ZAPATA

LUZ MARLENY MOLINA TABARES

CARLOS ARLEY BERRÍO

controlinterno@lamaría.gov.co

E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	4
1. GENERALIDADES	5
1.1. OBJETIVO	5
1.2. ALCANCE	5
1.3. METODOLOGÍA	5
1.4. MARCO NORMATIVO	5
1.5. INFORMACIÓN DOCUMENTADA DEL PROCESO Y LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES	8
1.6. DEFINICIONES	8
2. EJECUCIÓN DEL SEGUIMIENTO	11
2.1. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN CON EL USUARIO ..	12
2.2. GESTIÓN DE LAS PQRSFD	14
2.3. MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO	16
2.4. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD	16
3. RECOMENDACIONES	17
4. CONCLUSIONES	18

PRESENTACIÓN

La Oficina de Control interno de la E.S.E. Hospital La María, en el ejercicio de sus funciones 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 del Hospital, en este caso, para la gestión de las manifestaciones presentadas por sus usuarios clasificadas como: Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones – PQRSDf, 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 a la gestión de las PQRSDf para el Cuarto Trimestre de 2024.

**Oficina de Control Interno.
Febrero de 2025.**

1. GENERALIDADES

1.1. OBJETIVO

Verificar y validar la oportunidad y calidad de la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicidades – 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 2024 y en el consolidado para toda la vigencia 2024.

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, durante la vigencia 2024 a través de los diferentes tipos de manifestaciones y canales dispuestos por la institución en cada una de sus sedes, verificando además los avances en el plan de mejora para intervenir las observaciones identificadas en informes anteriores.

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

Constitución Política de Colombia. Artículos 2, 6, 23 y 209 establecen que las entidades públicas deben tener una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las PQR.

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 1266 de 2008. Por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros

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”.

Decreto 780 de 2016. Ministerio de Protección Social. “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”.

Capítulo 6. Sistema Único de Acreditación. Artículo 2.5.1.6.10 Ciclo de la Acreditación en Salud. VII. La resolución de las reclamaciones que se presenten.

Decreto 1166 de 2016. Por el cual se adiciona el capítulo 12 al Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, relacionado con la presentación, tratamiento y radicación de las peticiones presentadas verbalmente.

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 (PPSS).

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

Ley 2052 de 2020. Por medio de la cual se establecen disposiciones transversales a la rama ejecutiva del nivel nacional y territorial y a los particulares que cumplan funciones públicas y/o administrativas, en relación con la racionalización de trámites y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1519 de 2020. 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.

Resolución 2893 de 2020. Por la cual se expiden los lineamientos para estandarizar ventanillas únicas, portales específicos de programas transversales, sedes electrónicas, trámites, OPAs y consultas de acceso a información pública, así como en relación con la integración al Portal Único del Estado Colombiano, y se dictan otras disposiciones.

Anexo 5. Guía Técnica de Integración de Trámites, OPAs y Servicios de Consulta de Acceso a Información Pública, al portal único del Estado colombiano GOV.CO.

Decreto 088 de 2022. Por el cual se adiciona el Título 20 a la Parte 2 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Decreto 1078 de 2015, para reglamentar los artículos 3, 5 y 6 de la Ley 2052 de 2020, estableciendo los conceptos, lineamientos, plazos y condiciones para la digitalización y automatización de trámites y su realización en línea.

Ley 2195 de 2022. Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones.

*ARTÍCULO 31. PROGRAMAS DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EN EL SECTOR PÚBLICO. Modifíquese el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, el cual quedará así:
?.d">d. Canales de denuncia conforme lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011;*

Circular Externa 202315100000010-5 de 2023. Por la cual se modifican los términos para resolver los reclamos en salud establecidos en la Circular Externa 047 de 2007, modificada entre otras por la Circular Externa 008 de 2018, así como los anexos técnicos relacionados con reclamos en salud dispuestos en la Circular Externa 017 de 2020. Superintendencia Nacional de Salud.

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 2024.
- ✓ 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 2024.

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 correos electrónicos.

DISPONIBILIDAD. Atributo de la información que asegura que los usuarios autorizados pueden acceder a la información cuando la necesitan. (Resolución 2893 de 2020, Guía 5).

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.

OTRO PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO (OPA). Conjunto de requisitos, pasos o acciones dentro de un proceso misional, que determina una entidad u organismo de administración pública o particular que ejerce funciones administrativas, para permitir el acceso de los ciudadanos, usuarios o grupos de interés a los beneficios derivados de programas o estrategias cuya creación, adopción e implementación es potestativa de la entidad.

PETICIÓN. Solicitud a través de 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. Solicitud a través de la cual los usuarios del Sector Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud por parte de un actor del Sector Salud o solicita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud.

RECLAMO DE RIESGO SIMPLE. Reclamo a través del cual los usuarios del Sector Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud, sin que se identifique un riesgo inminente para la vida, la integridad del usuario, afectación a población vulnerable, ni cause gran impacto en el sector.

RECLAMO DE RIESGO PRIORIZADO. Reclamo que involucra algún riesgo para la integridad de las personas o que afecte a poblaciones vulnerables o causen gran impacto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud o el Sector Salud.

RECLAMO DE RIESGO VITAL. Reclamo que involucra un riesgo inminente para la vida o para la integridad de la persona; puede tratarse de un usuario cuya condición clínica representa un riesgo vital, o que en caso de no recibir atención inmediata presenta alta probabilidad de pérdida de miembro u órgano; o que refiere presentar un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado; o manifiesta una condición en salud que de no recibir el servicio requerido en el corto plazo, podría presentar un rápido deterioro que pone en riesgo la integridad de la persona e incluso ocasionar la muerte.

Toda PQR que se realice en el marco del acceso, la atención o la prestación del servicio de salud tiene una múltiple connotación de derecho fundamental, pues convergen en ella la protección constitucional y legal del derecho fundamental de petición y del derecho

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

SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES (SCD). Es el conjunto de soluciones y procesos transversales que brindan al Estado capacidades y eficiencias para su transformación digital y para lograr una adecuada interacción con los usuarios, garantizando el derecho a la utilización de medios electrónicos ante la administración pública. Estos servicios se clasifican en servicios base y servicios especiales. (Resolución 2893 de 2020, Guía 5).

SERVICIOS DIGITALES. Servicios que se encuentran implementados para ser utilizados por parte de los usuarios a través de medios digitales. (Resolución 2893 de 2020, Guía 5).

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.

TRÁMITE. Conjunto de requisitos, pasos o acciones reguladas por el Estado, dentro de un proceso misional, que deben efectuar los usuarios o grupos de interés ante una entidad u organismo de la administración pública o particular que ejerce funciones administrativas, para acceder a un derecho, ejercer una actividad o cumplir con una obligación, prevista o autorizada en la ley. (Resolución 2893 de 2020, Guía 5).

TRÁMITES Y OPA AUTOMATIZADOS. Son aquellos trámites y otros procedimientos administrativos totalmente en línea, cuya gestión al interior de la autoridad se realiza haciendo uso de tecnologías de la información y las comunicaciones, sin requerir la intervención humana. (Resolución 2893 de 2020, Guía 5).

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, se toma como insumo principal el informe presentado por el proceso de Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU, con corte a diciembre 31 de 2024, el cual se encuentra debidamente publicado en la sección “Informes 2025”, del submenú “Informes de gestión, evaluación y auditoría” del menú Transparencia de la página web institucional.

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

2.1. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN CON EL USUARIO

Para la gestión de las PQRSD, 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 solicitudes, peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones. Estos canales están definidos en la información documentada del proceso SIAU.

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	
Virtual	Correo	usuarios@lamaria.gov.co	siausedeambulatoria@lamaria.gov.co
	Página web	https://lamaria.gov.co/pqrsd/	
		https://lamaria.gov.co/encuesta-de-satisfaccion/	
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 en cada una de las sedes.

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: Página web institucional y SIAU. 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, página web, 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.

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. Sumado a lo anterior, para la Sede Castilla, se cuenta con una línea telefónica directa

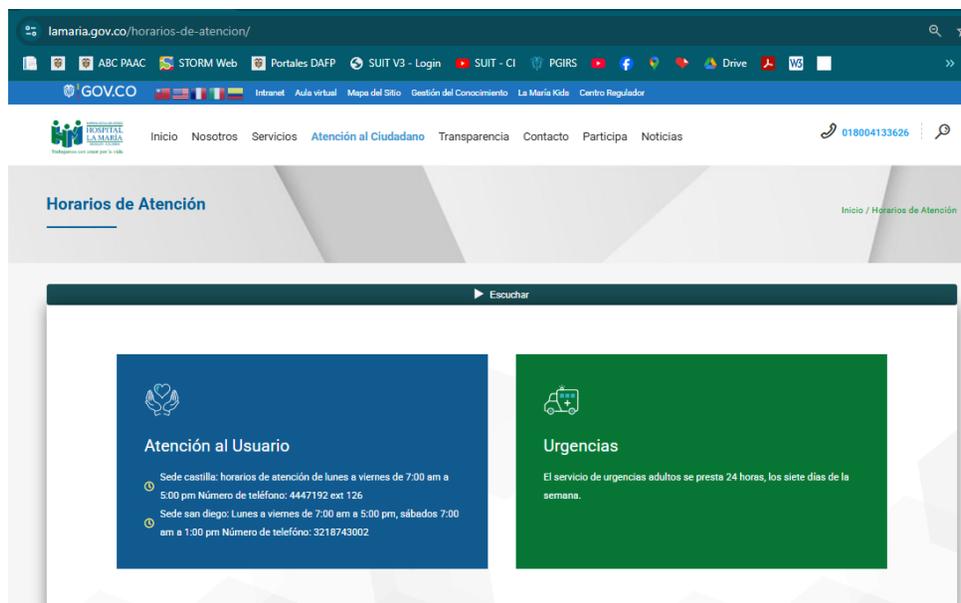


Gráfico N°1. Publicación de horarios y líneas telefónicas de la oficina de Atención al Usuario en cada sede.
Fuente: Página web institucional.

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/>. En el menú CONTACTO donde se disponen los datos de contacto de Sede Castilla y Sede San Diego, ofreciendo la opción de dejar el mensaje.

- ✓ <https://lamaria.gov.co/pqrsd/>. En el menú ATENCIÓN AL CIUDADANO, donde se responden algunas preguntas frecuentes y, en los botones se tienen las opciones: “Ver políticas de tratamiento de datos”, acceso directo a la sección “Informes de Gestión, Evaluación y Auditoría”, “Formular PQRSD” y, “Ver estado de mi PQRSD”, enlace por el cual los usuarios pueden radicar y consultar el estado de su PQRSD.
- ✓ <https://lamaria.gov.co/encuesta-de-satisfaccion/>. En el menú ATENCIÓN AL CIUDADANO, Encuesta de Satisfacción, se dispone un formulario que puede ser diligenciado desde cualquier dispositivo y lugar. Este formulario coincide con el formato de Encuesta de Satisfacción estandarizado en Calidad y vigente.

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.

Físico

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

Otros canales

Las PQRSD también pueden llegar a través de la Asociación de usuarios, Comité de ética hospitalaria, áreas y servicios. No se presentan por este medio.

2.2. GESTIÓN DE LAS PQRSFD

El informe con las estadísticas correspondientes a las manifestaciones presentadas por los usuarios a través de los canales del SIAU con corte a diciembre 31 de 2024, se encuentra debidamente enviado a la gerencia y publicado en la página web institucional.

Al evaluar la información allí contenida, se identifica que el documento está dividido en dos secciones en función de cada sede: Sede Castilla y Sede Ambulatoria.

Cada sección se plantea en un formato diferente, lo cual dificulta realizar un análisis objetivo con la trazabilidad de las manifestaciones, así como la gestión que se realiza con ellas a través de diferentes variables como: canal de recepción, tipificación de las

manifestaciones, oportunidad en la respuesta, comparativo con vigencias anteriores, impacto de las medidas aplicadas, entre otros.

Se resalta el compromiso de ambas oficinas para entrega del informe en los tiempos establecidos por la normatividad vigente y por lograr la intervención para atender casos puntuales.

OBSERVACIÓN 1.

Se reitera la necesidad de revisar la metodología para la clasificación y la respectiva tipificación de las manifestaciones ya que 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.

Si bien algunas de las causas se mencionan en el informe del SIAU, no se tiene una medición del dato, debido a que persiste la descripción de los datos de forma cualitativa, pero no hay evidencia de datos en términos cuantitativos que permitan la medición de los resultados de estas intervenciones en cifras.

OBSERVACIÓN 2.

De acuerdo con el informe presentado por el SIAU, se confirma que continúa establecido el término de 15 días para dar respuesta final al usuario, lo cual permite darles tratamiento general a las manifestaciones, incumpliendo lo definido en la Circular Externa 202315100000010-5 de 2023.

OBSERVACIÓN 3.

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.

OBSERVACIÓN 4.

Si bien se evidencia la gestión que se realiza buscando mejorar las condiciones que dan lugar a las quejas y reclamos, no se observa la implementación de un plan de mejoramiento que permita identificar la causa raíz de cada situación, así como los riesgos en los que se incurre al presentarse vulneración de los derechos de los pacientes y, finalmente, para el análisis e intervención de las manifestaciones incrementadas o que permanecen.

2.3. MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Se logra evidenciar que las oficinas del SIAU en cada sede, de forma acuciosa, aplican la medición de la satisfacción de los usuarios atendidos en el Hospital, a una muestra definida desde el área de Estadística.

Se resalta además que, la medición en cada trimestre estuvo por encima de la meta 95% mes a mes durante el trimestre para la Sede Ambulatoria, y de igual forma para octubre y diciembre en la Sede Castilla. En esta última el mes de noviembre presenta un 93% de satisfacción global.

OBSERVACIÓN 5.

Al igual que el numeral anterior, 2.2. GESTIÓN DE PQRSFD, también se evidencia que la información es presentada en formatos diferentes, lo cual no permite la medición acumulada para la vigencia 2024 ni su comparativo con vigencias anteriores. Sumado a lo anterior, no se encuentra el análisis del comportamiento de los indicadores ni la revisión de la calidad del dato desde la fuente hasta el informe final.

OBSERVACIÓN 6.

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.

2.4. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

2.4.1. Política de Participación Social en Salud – PPPSS

El Hospital cuenta con la Política de Participación Social en Salud, de acuerdo con la Resolución 2063 de 2017 del MSPS y normatividad vigente que le aplica. Esta política no fue incluida en los Objetivos corporativos del Plan de Desarrollo Institucional 2024-2028, sin embargo, se observa su aplicación a través de la Línea 5 del mismo Plan “Compañía, amor y humanización al servicio de todos”.

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. La descripción del cumplimiento de los indicadores de la política es cualitativa.

2.4.2. Asociación de Usuarios y Comité de Ética Hospitalaria

Se logra evidenciar en el informe de gestión presentado por el SIAU para el trimestre IV de 2024, que estos espacios de participación se encuentran activos y realizando las actividades programadas de acuerdo con su respectiva agenda de trabajo.

Se resalta el seguimiento al plan de trabajo del Comité de Ética Hospitalaria, así como la verificación del cumplimiento de sus indicadores.

OBSERVACIÓN 8.

Dentro de la descripción no se evidencia participación de los usuarios ni del responsable de la Oficina del SIAU de la Sede Ambulatoria.

OBSERVACIÓN 9.

No se recibe evidencia del plan de trabajo de la Asociación de Usuarios ni del seguimiento de sus indicadores.

3. RECOMENDACIONES

- a. Es fundamental recordar que la carta de navegación es el Plan de Desarrollo Institucional 2024 – 2028, el cual establece la plataforma estratégica con sus elementos Misión, Visión, Código de Integridad, Objetivos Estratégicos y temas claves de éxito, el Mapa de Procesos y la Estructura Administrativa. Partiendo de esta premisa, es menester que todos los procesos se encuentren alineados con él desde su mismo objetivo y alcance. Esto incluye al SIAU.

Por esta razón se recomienda realizar una revisión de la información documentada del proceso, comenzando por su caracterización, continuando con el manual y demás documentos donde se definen los aspectos relevantes para realizar una medición objetiva que permita identificar los riesgos del proceso y en función de estos, aplicar los controles adecuados.

- b. En el informe emitido por la Oficina de Atención al usuario no se evidencia el control de tiempos de atención o turnos. Se recomienda definir una estrategia que facilite la captación y registro de los usuarios atendidos, así como de la gestión realizada con ellos.
- c. 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. Esta información puede ser desagregada con base en las necesidades

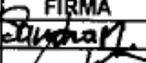
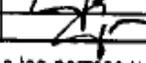
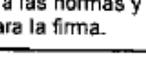
institucionales y del mismo proceso: por períodos, sedes, servicios, aseguradoras, etc.

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 aplicando el mejoramiento continuo.

Se resalta también 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 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.

	NOMBRE - CARGO	FIRMA	FECHA
ELABORÓ	Sandra María Guerra Zapata, Asesor de apoyo Oficina de Control Interno		07/03/2025
REVISÓ	Juan Carlos Barreiro, Jefe Oficina de Control Interno		07/03/2025
APROBÓ	Juan Carlos Barreiro, Jefe Oficina de Control Interno		07/03/2025

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.