Informe Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)
PRIMER SEMESTRE (AÑO 2025)

Introducción

El presente informe semestral de Atención al Usuario corresponde al periodo **(enero – junio 2025)**, y tiene como propósito dar cumplimiento a la normatividad vigente en materia de participación social en salud y gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD), de acuerdo con lo establecido en la **Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud**, el **Decreto 780 de 2016** y la **Resolución 256 de 2016**, entre otras disposiciones aplicables.

El documento consolida la información registrada por los diferentes canales de atención institucional (presencial, buzón físico, línea telefónica, correo electrónico, aplicativo web y encuestas de satisfacción), con el fin de presentar un análisis integral de la gestión realizada en el periodo, los principales motivos de consulta y reclamo, así como las acciones implementadas para garantizar la oportunidad, accesibilidad, trato digno y calidad en la atención de los usuarios.

De igual forma, este informe busca aportar a los procesos de **mejora continua y control institucional**, permitiendo a los entes de vigilancia y control contar con información actualizada, verificable y transparente sobre la gestión de la **Atención al Usuario** en nuestra institución.

1. Canales de Atención Institucional

Los mecanismos habilitados para la recepción de PQRSD (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias):

- Atención presencial en ventanilla de información y oficinas administrativas (SIAU).
- Buzón físico ubicado en las diferentes áreas de la institución.
- Línea telefónica institucional y WhatsApp.
- Correo electrónico de Atención al Usuario.
- Encuestas de satisfacción aplicadas posterior a la prestación del servicio.

2. Gestión de PQRSF

Como parte del proceso del **Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)**, se desarrolla la gestión de **Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF)**, haciendo uso de los formatos institucionales de registro.

Toda manifestación recibida se tramita y se da solución en los términos establecidos por la normatividad vigente, buscando siempre:

- Mostrar al usuario comprensión frente a su situación.
- Transmitir el esfuerzo institucional para resolver su necesidad.
- Involucrar el equipo de apoyo necesario según la naturaleza del caso.

El Procedimiento de recepción y trámite de PQRSDF establecido en la entidad es el siguiente:

a. Recepción y registro
- El usuario diligencia el formato físico
- El formato se deposita en el buzón institucional o se entrega directamente en la oficina de Atención al Usuario.

b. Validación de la información
- El personal del SIAU revisa que los datos del usuario y la descripción del caso estén completos y claros.

c. Análisis y direccionamiento
- Se clasifica la PQRSDF según el tipo de solicitud.
- Se determina el área responsable para la respuesta.

d. Comunicación al área responsable
- Se envía correo electrónico con copia del formato al jefe del área involucrada, para dar inicio al trámite.

e. Respuesta del área
- El área responsable analiza la solicitud, emite respuesta formal y remite el informe al SIAU.

f. Elaboración de reporte y respuesta al usuario
- El SIAU consolida la información, elabora el reporte final y genera la respuesta oficial.
- Se remite al usuario por el medio de contacto registrado, garantizando trazabilidad y cierre del caso.

Todo lo anterior, dando cumplimiento a la normatividad vigente.

En el primer semestre de 2025, comprendido entre los meses de enero y junio, el proceso del **Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)** contó con un equipo conformado por tres personas: un coordinador y dos auxiliares administrativos. En el presente informe se presentan los resultados del seguimiento en relación con los componentes de **medición de satisfacción de los usuarios** y la **gestión de PQRSF**, tomando como referencia los indicadores y registros del año 2025.

Se detallan de la siguiente manera el total de manifestaciones atendidas:

- **Número total de PQRSD recibidas en el semestre: 180**

- **Clasificación por tipo:**

Tabla No. 01: Clasificación de PQRSD por tipo, enero – junio 2025

MES DE REPORTE/ TIPO DE REPORTE	ene-25	feb-25	mar-25	abr-25	may-25	jun-25	TOTAL
FELICITACIÓN	2	6	0	1	0	0	9
PETICIÓN	25	19	12	9	1	1	67
QUEJA	24	19	20	11	9	14	97
SUGERENCIA	0	0	0	2	1	1	4
DENUNCIA	0	0	2	1	0	0	3
TOTAL	**51**	**44**	**34**	**24**	**11**	**16**	**180**
PROMEDIO	**17**	**15**	**11**	**8**	**4**	**5**	**60**

Fuente: Base de datos institucionales

- **Distribución por canal de recepción.**

Tabla No. 02: Clasificación de PQRSD por canales de recepción, enero – junio 2025

PQRSD POR CANALES DE RECEPCION	ene-25	feb-25	mar-25	abr-25	may-25	jun-25	TOTAL
BUZON FÍSICO	7	7	5	6	9	10	44
CORREO ELECTRÓNICO	36	21	21	10	0	0	88
PERSONAL/OFICINA	8	16	8	8	2	6	48
TOTAL	**51**	**44**	**34**	**24**	**11**	**16**	**180**
PROMEDIO	**26**	**22**	**17**	**12**	**6**	**8**	**90**

Fuente: Base de datos institucionales

- **Principales motivos de quejas:** durante el periodo se recibieron **97 quejas**, distribuidas de la siguiente manera:

- **Demoras o retrasos en la atención (41%) – 40 casos**
  Principal causa de inconformidad, relacionada con tiempos prolongados en consulta externa, oportunidad en la realización de estudios y autorizaciones de servicios por parte de las ERP's.
- **Actitud descortés del personal (27%) – 26 casos**
  Segunda causa más relevante, que evidencia la necesidad de fortalecer competencias blandas y humanización del servicio.
- **Falta de información (13%) – 13 casos**
  Indica deficiencias en la comunicación institucional con los usuarios.
- **Falta de atención (5 casos, 5%) y problemas en diagnóstico o tratamiento (4 casos, 4%)**
  Reflejan situaciones puntuales que impactan la percepción de seguridad del paciente.
- **Otras causas (8% en total)**: situaciones administrativas, infraestructura, hotelería, resultados adversos y falta de respeto a la privacidad, aunque en menor proporción, continúan siendo relevantes para la satisfacción integral.

En conclusión, **el 81% de las quejas (79 casos)** se concentran en tres aspectos clave: **oportunidad en la atención, trato humanizado y comunicación con el usuario**, por lo que se propone el siguiente plan de mejora:

Tabla No. 03: Plan de mejora propuesto de QUEJAS, enero – junio 2025

Problema identificado	Acción de mejora propuesta	Responsable	Plazo estimado	Indicador de seguimiento
Demoras en la atención (40 casos)	- Revisión de flujos en consulta externa asignación de consultorios. - Seguimiento de indicaciones médicas - Seguimiento de solicitud de autorizaciones de EPS's.	Subgerencia Asistencial	6 meses	Reducción ≥ 20% de quejas por demoras
Actitud descortés del personal (26 casos)	- Capacitación en atención humanizada. - Talleres de comunicación asertiva. - Estrategia de incentivos para buenas prácticas.	Talento Humano / Comité de Humanización	6 meses	Reducción ≥ 25% de quejas por actitud descortés

Falta de información (13 casos)	- Establecer protocolos de orientación al usuario. - Mejorar señalización y cartelería. - Difusión activa por canales digitales y SIAU.	Coordinador SIAU / Comunicaciones	6 meses	≥ 80% de satisfacción en información (encuestas)
Falta de atención / Problemas diagnósticos (9 casos)	- Auditoría de historias clínicas. - Fortalecer adherencia a guías clínicas. - Comité de revisión de eventos adversos.	Comité de Calidad / Subgerencia Asistencial	6 meses	≥ 90% cumplimiento de protocolos
Situaciones administrativas (3 casos)	- Optimización de trámites de referencia/contrarreferencia. - Agilizar procesos de autorizaciones.	Coordinación Administrativa	6 meses	Reducción ≥ 20% de quejas administrativas
Infraestructura y hotelería (3 casos)	- Hacer seguimiento al plan de mantenimiento locativo. - Revisión del Canal de reporte interno para fallas.	Mantenimiento / Subgerencia Administrativa	6 meses	Nº de quejas < 2 en el semestre siguiente

3. Medición de la satisfacción de los usuarios en los servicios de salud en la vigencia del primer semestre del año 2025

La satisfacción de los usuarios constituye un **indicador clave de la calidad en los resultados**, entendido como el grado en que el Sistema de Salud responde a las expectativas de los usuarios frente a los servicios prestados. Para su medición, la E.S.E. aplica de manera institucionalizada una **encuesta de satisfacción**, diseñada como instrumento estándar para diferentes servicios y orientada a evaluar los componentes de: **Derechos y Deberes, Procesos Administrativos, Proceso de Atención, Proceso de Retroalimentación y Satisfacción Global**. Estos componentes permiten valorar de manera integral la experiencia del usuario, consolidando información útil para el análisis y toma de decisiones. Durante el **primer semestre de 2025**, la aplicación de encuestas se realizó diariamente de manera **presencial**, garantizando así una cobertura representativa y confiable de la percepción de los usuarios.

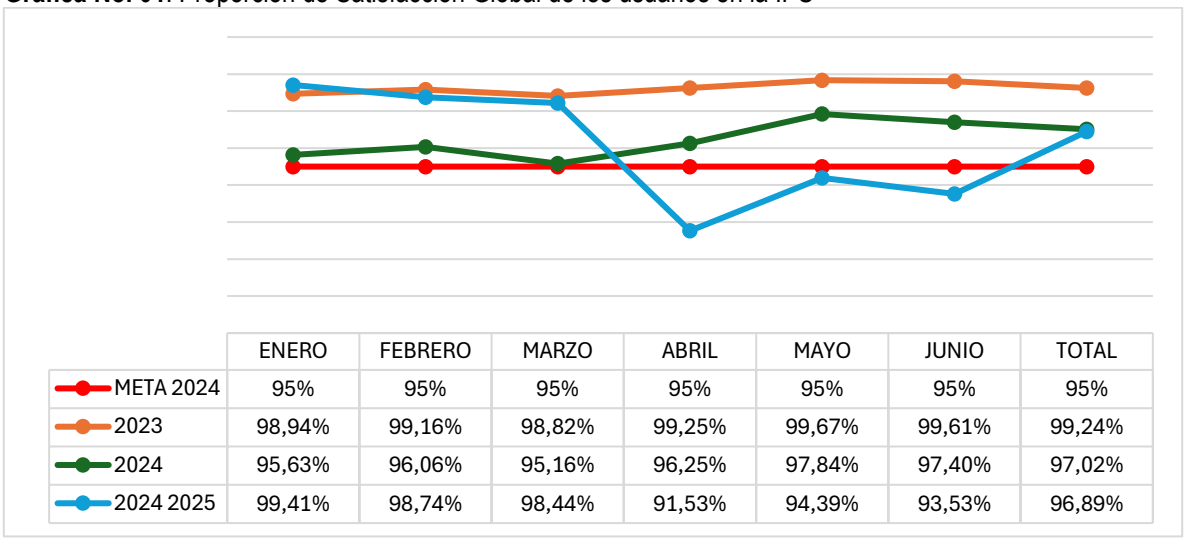
A continuación, se presentan las gráficas correspondientes a la evaluación de los criterios de satisfacción del usuario, en cumplimiento de lo establecido en la **Resolución 256 de 2016**, mediante la cual se definen las disposiciones del Sistema de Información para la Calidad y se fijan los indicadores destinados al monitoreo de la calidad en salud.

Tabla No. 04: Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS

AÑO/MES	META 2024	2023	2024	2025
ENERO	95%	98,94%	95,63%	99,41%
FEBRERO	95%	99,16%	96,06%	98,74%
MARZO	95%	98,82%	95,16%	98,44%
ABRIL	95%	99,25%	96,25%	91,53%
MAYO	95%	99,67%	97,84%	94,39%
JUNIO	95%	99,61%	97,40%	93,53%
TOTAL	**95%**	**99,24%**	**97,02%**	**96,89%**

***Fuente**: Sistema de información y atención al usuario.*

Gráfica No. 01: Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
META 2024	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
2023	98,94%	99,16%	98,82%	99,25%	99,67%	99,61%	99,24%
2024	95,63%	96,06%	95,16%	96,25%	97,84%	97,40%	97,02%
2024 2025	99,41%	98,74%	98,44%	91,53%	94,39%	93,53%	96,89%

***Fuente**: Sistema de información y atención al usuario.*

De acuerdo con la meta Institucional 2025: 95%, los resultados de 2024 y 2025 superan la meta establecida. La Comparación interanual del primer semestre (2023 vs. 2024 vs. 2025), refiere que:

- 2023: Promedio 99,24%, desempeño sobresaliente, casi sin brechas frente a la meta.
- 2024: Promedio 97,02%, se mantiene por encima de la meta, aunque con una leve disminución frente al año anterior (-2,22%).
- 2025 (avance enero-junio): Promedio 96,89%, muy similar al 2024, con ligeras variaciones mensuales.

El Comportamiento mensual refiere:

- Enero – Marzo: Resultados estables en los tres años, siempre ≥95%.
- Abril 2025: Se observa un descenso importante (91,53%, por debajo de la meta), lo que constituye la principal alerta en el periodo.
- Mayo y junio 2025: Se evidencia una recuperación, aunque con valores más bajos que en 2023 y 2024.

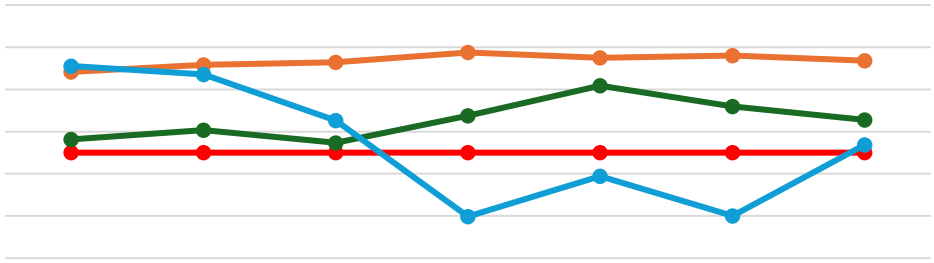
En conclusión, Aunque los resultados siguen por encima de la meta (95%), existe una disminución progresiva en la satisfacción entre 2023 y 2025. El mes de abril 2025 es crítico y requiere análisis específico de causas. Es necesario reforzar acciones de mejora en oportunidad de atención, trato digno y comunicación al usuario, en línea con las principales quejas reportadas.

Tabla No. 05: Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos

AÑO/MES	META 2024	2023	2024	2025
ENERO	95%	98,83%	95,63%	99,11%
FEBRERO	95%	99,16%	96,06%	98,71%
MARZO	95%	99,29%	95,47%	96,53%
ABRIL	95%	99,75%	96,75%	91,97%
MAYO	95%	99,50%	98,18%	93,89%
JUNIO	95%	99,61%	97,19%	92,00%
TOTAL	**95%**	**99,36%**	**96,55%**	**95,37%**

***Fuente**: Sistema de información y atención al usuario.*

Gráfico No. 2: Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
META 2024	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
2023	98,83%	99,16%	99,29%	99,75%	99,50%	99,61%	99,36%
2024	95,63%	96,06%	95,47%	96,75%	98,18%	97,19%	96,55%
2025	99,11%	98,71%	96,53%	91,97%	93,89%	92,00%	95,37%

***Fuente**: Sistema de información y atención al usuario.*

La encuesta de satisfacción incluye una pregunta orientada a medir el indicador institucional sobre la difusión de los derechos y deberes, así como la adherencia de los usuarios a la información suministrada. Para ello, el encuestador solicita al usuario que mencione al menos un derecho y/o un deber; si la respuesta es coherente (aunque no sea textual), se considera válida para efectos de la medición. Los resultados obtenidos evidencian que, en general, los usuarios no tienen claridad suficiente sobre el tema, lo que refleja la necesidad de fortalecer las estrategias de socialización y apropiación de esta información.

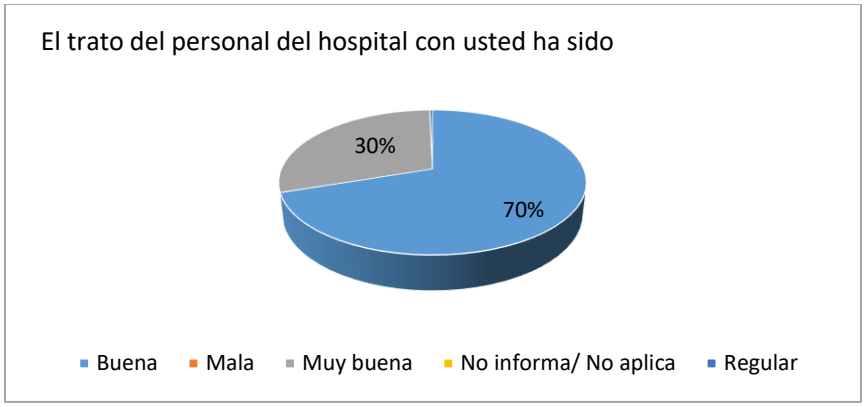
La entidad garantiza la divulgación permanente de los Derechos y Deberes de los usuarios, los cuales se encuentran publicados en todas las áreas de atención. De manera diaria se realizan procesos de socialización y explicación de esta información, en cumplimiento de la normatividad vigente, con el propósito de que tanto los usuarios como la comunidad en general se apropien de ella y actúen como multiplicadores.
Estrategias de divulgación implementadas:

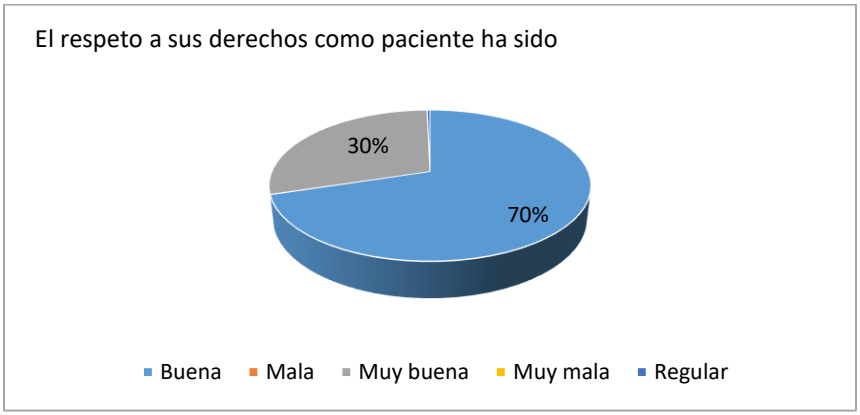
- Campañas y charlas educativas sobre derechos y deberes en los diferentes servicios de la institución.
- Socialización a través de folletos entregados a los usuarios.
- Publicación en carteleras institucionales ubicadas en espacios visibles y de fácil acceso.
- Difusión en la página web institucional y rede sociales.
- Inclusión del tema en los procesos de inducción al personal de nuevo ingreso.

Seguimiento e impacto de las estrategias:

1. Encuestas de satisfacción: a través de preguntas relacionadas con el respeto de los derechos del paciente (ítem 3) y el trato recibido por parte del personal (ítem 2).
2. Registro de asistencia: mediante el número de firmas recolectadas en las socializaciones y capacitaciones, comparado con el total de usuarios atendidos en el mes.

El resultado de estas preguntas en el primer trimestre 2025:





En general, se evidencia que los usuarios y sus familiares muestran comprensión y adherencia a las capacitaciones sobre derechos y deberes. Esto se refleja en la identificación de fallas o situaciones de incumplimiento, las cuales son reportadas oportunamente y analizadas en los comités correspondientes, donde se definen e implementan acciones de mejora.

4. Consideraciones generales

- Durante el primer semestre de 2024, la entidad mantuvo un nivel de **satisfacción del usuario superior a la meta institucional (95%)**, aunque se evidenció una **tendencia leve a la disminución** frente a 2023 y un descenso crítico en abril de 2025 que requiere análisis específico.

- El **mayor número de quejas** se concentró en tres aspectos principales: **demoras en la atención (41%)**, **actitud descortés del personal (27%)** y **falta de información (13%)**, lo cual coincide con los factores que más impactan la percepción de calidad y satisfacción global.

- Se evidencia que, aunque la institución cuenta con estrategias permanentes de **divulgación de derechos y deberes**, la apropiación por parte de los usuarios aún es limitada, reflejando la necesidad de reforzar acciones pedagógicas y de comunicación.

- El análisis de PQRSDF y encuestas de satisfacción confirma la importancia de fortalecer la **humanización del servicio, la oportunidad en la atención y la comunicación efectiva** como ejes prioritarios de mejora.

Atentamente;

NEY PATRICIA OROZCO QUIÑONEZ
Prof. Universitario Gestión de Información Estadística

Elaboró	**Revisó**	**Aprobó**
Nombre: Ney Patricia Orozco Quiñonez	Nombre: Carlos González Herrera	Nombre: Carlos González Herrera
Cargo: Prof. Univ. Gestión de Información Estadística	Cargo: Prof. Esp. Planeación y Calidad	Cargo: Prof. Esp. Planeación y Calidad