

PROPUESTA DE MEJORA AL PROCESO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO EN  
EL HOSPITAL PEDRO LEÓN ÁLVAREZ DEL MUNICIPIO DE LA MESA, BAJO  
EL MODELO NTC ISO 9001:2015 ARTICULADO CON MIPG.

Yudy Andrea Carvajal Cardozo  
José Salomón Medina Ortiz  
Diana Lorena Mejía Garzón  
Angélica María Rodríguez Rodríguez

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS – ICONTEC  
FACULTAD DE INGENIERÍA MECÁNICA  
ESPECIALIZACIÓN EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD  
OPCIÓN DE GRADO  
BOGOTÁ D.C.  
2021

PROPUESTA DE MEJORA AL PROCESO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO EN  
EL HOSPITAL PEDRO LEÓN ÁLVAREZ DEL MUNICIPIO DE LA MESA, BAJO  
EL MODELO NTC ISO 9001:2015 ARTICULADO MIPG.

Yudy Andrea Carvajal Cardozo  
José Salomón Medina Ortiz  
Diana Lorena Mejía Garzón  
Angélica María Rodríguez Rodríguez

Guillermo Peña Guarín  
Director de proyecto de grado

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS – ICONTEC  
FACULTAD DE INGENIERÍA MECÁNICA  
ESPECIALIZACIÓN EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD  
OPCIÓN DE GRADO  
BOGOTÁ D.C.  
2021

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	8
1. SELECCIÓN DEL TEMA Y EL CONTEXTO .....	9
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	9
3. MARCO CONCEPTUAL.....	10
4. JUSTIFICACIÓN.....	14
5. OBJETIVOS.....	15
5.1 Objetivo General .....	15
5.2 Objetivos específicos .....	16
6. ALCANCE .....	16
7. METODOLOGÍAS Y ACCIONES .....	17
8. CRONOGRAMA.....	21
9. RESULTADOS .....	23
9.1 Diagnóstico del Sistema de Gestión de la Calidad con base en el Modelo ISO 9001:2015 alineado con MIPG. ....	23
9.2 Análisis del Contexto Actual de la Organización. ....	27
9.2.1 Análisis del contexto Externo. ....	27
9.2.2 Análisis del contexto Interno.....	27
9.3 Propuesta de actualización de la Planeación Estratégica .....	29
9.3.1 Propuesta de Misión .....	29
9.3.2 Propuesta de Visión:.....	30
9.3.3 Valores desde MIPG.....	30
9.3.4 Descripción de la Política de calidad. ....	30
9.3.5 Comunicación de la Política de Calidad .....	30
9.3.6 Descripción de los Objetivos de calidad.....	31
9.3.7 Propuesta Política de calidad:.....	32
9.3.8 Propuesta de los Objetivos.....	32
9.3.9 Toma de Conciencia.....	32
9.4 Partes Interesadas .....	33
9.4.1 Identificación de las Partes Interesadas.....	33
9.4.2 Propuesta de Partes Interesadas .....	35

9.5 Procesos de la organización.....	36
9.5.1 Propuesta Mapa de Procesos.....	37
9.5.2 Caracterización Proceso Atención al Ciudadano.....	38
9.7 Liderazgo.....	39
9.8 Gestión del Cambio.....	39
9.9 Matriz de Riesgos y Oportunidades.....	40
9.10 Propuesta de Indicador Atención al Ciudadano.....	42
9.11 Propuesta de Procedimiento de Salidas No Conformes.....	43
9.12 Propuesta del procedimiento recepción y gestión de PQRSD.....	44
9.13 Propuesta de encuesta de satisfacción PQRSD.....	45
9.14 Revisión y análisis de datos.....	45
9.15 Análisis DEL SEGUIMIENTO de las PQRSD.....	51
9.16 Propuesta Formato Matriz PQRSD.....	52
10. CONCLUSIONES.....	56
11. RECOMENDACIONES.....	58
12. BIBLIOGRAFÍA.....	60

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 Promedio de Respuestas Primer Trimestre 2021 – en días hábiles.....	46
Gráfico 2 Felicitaciones radicadas en el primer trimestre de 2021.....	47
Gráfico 3 Peticiones radicadas en el primer trimestre de 2021.....	47
Gráfico 4 Quejas radicadas en el primer trimestre de 2021.....	48
Gráfico 5 Reclamo radicado en diciembre de 2020.....	48
Gráfico 6 Sugerencias radicadas en diciembre de 2020 y enero de 2021.....	49
Gráfico 7 PQRS por clasificación radicadas en diciembre de 2020 y primer trimestre de 2021.....	49

## Índice de Tablas

Tabla 1: Tabla 1 Normatividad asociada.....	10
Tabla 2: Tabla 2 Normatividad Asociada con las PQRSD del Hospital Regional ..	11
Tabla 3: Tabla 3 Metodología y acciones. ....	18
Tabla 4 Estrategias FO .....	28
Tabla 5 estrategias DO .....	28
Tabla 6 Estrategias FA .....	29
Tabla 7 Estrategias DA .....	29
Tabla 8 Fase I Identificación de los riesgos: .....	40
Tabla 9 Fase II Calificación del riesgo .....	41
Tabla 10 Nivel de Impacto .....	41
Tabla 11 Tabla de Calor .....	42
Tabla 12 Fase III Plan de acción.....	42

## Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Cronograma .....	21
Ilustración 2 Partes interesadas.....	34
Ilustración 3 Mapa de Procesos vigente .....	37
Ilustración 4 Propuesta Mapa de Procesos 2021.....	38

## INTRODUCCIÓN

El Hospital Regional *Pedro León Álvarez Díaz* es una Empresa Social del Estado de nivel II que presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, El Hospital La Mesa no cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad implementado acorde a los lineamientos establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, establecido en el decreto 1499 de 2017.

El Sistema de Gestión de Calidad constituye un mecanismo de gestión con el fin de coordinar y organizar acciones de control, evaluación y mejora, desarrollando las diferentes actividades de la organización a través del ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) para lograr la satisfacción del usuario.

Se identificó que el Hospital Regional de La Mesa, no cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad que contribuya al seguimiento y control del proceso de atención al ciudadano, en cuanto a la medición y respuesta oportuna de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias dentro de los términos de ley.

Es importante resaltar el apoyo y disponibilidad por parte de la gerencia del Hospital para la implementación de un sistema de gestión para mejorar los procesos de atención al ciudadano en el marco de la calidad.

## **1. SELECCIÓN DEL TEMA Y EL CONTEXTO**

El Hospital de La Mesa es una Empresa Social del Estado de nivel II que presta servicios de salud de mediana y alta complejidad para los municipios de La Mesa, Anapoima, Cachipay y Tena.

A continuación, se relaciona la misión y visión que el Hospital declara y publica en su página web principal: <sup>1</sup>

**Misión:** Somos una Empresa Social del Estado que presta servicios de salud humanizados y seguros, con énfasis en responsabilidad social en el uso eficiente de los recursos y el mejoramiento continuo de los procesos, apoyado con alianzas docente-servicio, logrando así la satisfacción de nuestros usuarios y colaboradores.

**Visión:** Para el año 2020 nuestra E.S.E. Hospital Pedro León Álvarez Díaz, Será una institución certificada como Institución Amiga de la mujer y la Infancia integral (IAMII), humanizada, segura y líder en el Departamento de Cundinamarca por la prestación de servicios de salud con calidad.

El Hospital Regional E.S.E Pedro León Álvarez Díaz, es la organización seleccionada para realizar el trabajo de grado, con el fin de realizar una propuesta de implementación del Sistema de Gestión de Calidad al presentar debilidades en la prestación del servicio por la alta demanda de PQRSD, en el marco de la ISO 9001:2015 articulado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

## **2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Se presenta un incremento de recepción de PQRSD no resueltos a tiempo de acuerdo con lo establecido en la Ley 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 lo cual, puede conducir a sanciones disciplinarias y generar insatisfacción en los usuarios.

En cuanto a los tiempos de respuesta, se contarán con 15 días hábiles para dar respuesta a peticiones, quejas, reclamos y denuncias, según el artículo 14 de la Ley 1755 del 2015, por medio de la cual, se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del código de procedimiento administrativo y lo

---

<sup>1</sup>

<http://www.hospilamesa.gov.co/empresa/mision-y-vision#:~:text=Somos%20una%20Empresa%20Social%20del,de%20nuestros%20usuarios%20y%20colaboradores.>

contencioso administrativo, además, establece un tiempo entre 10 y 15 días hábiles para dar respuesta a las diferentes PQRSD.

Al no contar con un control y seguimiento al proceso y procedimiento de atención al ciudadano basado en los lineamientos y parámetros normativos aplicables a la organización para la correcta trazabilidad y respuesta, se evidencia un incremento de las PQRSD no resueltas a tiempo.

Por lo anterior, es necesario implementar herramientas que permitan el seguimiento de las PQRSD en cada uno de los pasos a través del tablero de control, en: radicación, clasificación, elaboración de la respuesta, revisión de la respuesta, impresión de la respuesta, envío de la respuesta a la parte interesada y seguimiento en cuanto a la satisfacción. (Vento Quiñonez, 2014)

Con la implementación de estas herramientas, se buscará la mejora en la atención a las PQRSD y beneficio para los usuarios, funcionarios, ciudadanos y demás partes interesadas. Por lo tanto, le permitirá a la gerencia del hospital, tener datos estadísticos detallados por tipo de servicio que permita el análisis y mejora continua en los procesos.

### 3. MARCO CONCEPTUAL

Normatividad Asociada al Sistema Integrado de Gestión del Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz.

**Tabla 1:** Tabla 1 Normatividad asociada

SIGC	Ley 872 de 2003	Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.
	Resolución 123 de 2012	El manual de acreditación de salud ambulatorio y hospitalario actualiza, unifica y reemplaza los manuales de estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud.
	Decreto 1499 de 2017	Se Conformar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.
	Decreto 1011 de 2006	Se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

	ISO 9001: 2015	Norma estándar internacional que regula los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC).
SCI	Decreto 1599/2005: MECI	Se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005.
	UNE – ISO 31000:2010	Gestión del Riesgo.
SSO	NTC – OHSAS: 18001: 2007	Especifica todos los requisitos para implementar un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Laboral.
SGA	NTC – ISO 1400:2015	Sistema de Gestión Ambiental
SIGA	NTC – ISO 15489: 2001	Sistema de Gestión Documental
SRS	NTC – ISO 26000	Guía de Responsabilidad Social
SSI	ISO 27001: 2015	Estándar para la Seguridad de la Información

**Fuente:** <http://www.hospilamesa.gov.co/empresa/control-y-gestion/planeacion-y-calidad/manual-procesos-y-procedimientos/viewdocument/676>

**Tabla 2:** Tabla 2 Normatividad Asociada con las PQRSD del Hospital Regional

Constitución Política de Colombia Art. 23	Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obedecer pronta resolución. El legislador podrá reglamentar su ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales.
Constitución Política de Colombia Art. 74	Todas las personas tienen derecho a acceder a los documentos públicos salvo los casos que establezca la ley. El secreto profesional es inviolable.
Ley 1437 de 2011	Garantizar los derechos y libertades de las personas, la primacía de los intereses generales, la sujeción de las autoridades a

	la constitución y demás preceptos del ordenamiento jurídico.
Ley 1747 de 2011	Se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de gestión pública.
Ley 1755 de 2015	Se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo.
Decreto 1166 de 2016	Presentación, tratamiento y radicación de las peticiones presentadas verbalmente.

**Fuente:** <http://www.hospilamesa.gov.co/empresa/control-y-gestion/planeacion-y-calidad/manual-procesos-y-procedimientos/viewdocument/676>

**ADMINISTRADOR DE PQRSD:** Persona funcionario, destinado y responsable del manejo totalmente cuantificando de los trámites inmediatos respecto al manejo de las PQRSD.

**ATENCIÓN AL PÚBLICO:** actividad encaminada a la búsqueda de satisfacción de una necesidad, que presenta una persona, entidad o grupo, con un interés potencial o real en los desarrollos, gestiones o capacidades, para lograr sus objetivos.

**BUZONES:** Los ciudadanos pueden registrar sus PQRSD diligenciado el formato vigente de Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes, y denuncias, depositándolo en los buzones que se encuentran disponibles en las instalaciones y sedes del Hospital Regional.

**CANALES DE ATENCIÓN:** A través de los cuales los ciudadanos y grupos de interés pueden formular peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias sobre temas competencia del Hospital.

- Presencial
- Telefónico
- Virtual
- Correo electrónico
- Página web
- Buzones

**CONSULTA:** Son las peticiones formuladas ante las autoridades con el fin de que estas expresen su opinión, su concepto, o dictamen sobre determinada materia relacionada con sus funciones o con situaciones de su competencia. La finalidad

del derecho de petición, dentro de esta modalidad, es obtener un concepto sobre las materias que le han sido confiadas a la Entidad.

**CONSULTA A BASES DE DATOS:** Solicitud por medio de la cual se busca acceder a la información que se encuentra en las respectivas bases de datos de la Entidad, a fin de obtener información referente a los datos que allí reposan.

**DENUNCIA:** Es la comunicación mediante la cual se pone en conocimiento de la autoridad competente la comisión de un delito o de una falta, con el fin de que esta inicie las investigaciones preliminares que permitan constatar la veracidad acerca de la ocurrencia del hecho ilícito, así como el presunto autor de este.

El Derecho de Petición puede ser ejercido a través de modalidades tales como:

**DERECHO DE PETICIÓN EN INTERÉS GENERAL:** El Derecho de Petición en interés general podrá ser ejercido por toda persona, en forma verbal o por escrito, en ambos casos en forma respetuosa. Si la Petición fuese presentada en forma verbal y el solicitante requiere certificado en que conste su presentación, el funcionario competente atenderá tal requerimiento a través de la expedición de la respectiva constancia.

**DERECHO DE PETICIÓN EN INTERÉS PARTICULAR:** Cualquier persona podrá formular Peticiones respetuosas. Las Peticiones que en interés particular se radiquen deberán contener además una exposición clara de las razones que son fundamento de la Petición y los requisitos exigidos para cada caso.

**PQRS:** Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRS) recibidas y atendidas por las dependencias del Hospital.

**PETICIÓN:** Derecho reconocido por la Constitución Política de Colombia, hacia todos los ciudadanos en virtud del cual, estos pueden dirigirse a una institución o funcionarios de estas, en demanda de algo que estimen justo y conveniente.

**PETICIÓN ENTRE AUTORIDADES:** Es la petición de información o de documentos que realiza una autoridad a otra. Dentro de estas se encuentran las realizadas por organismos de control como la Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo y la Contraloría General de la República.

**QUEJA:** Manifestación de protesta, censura, descontento o inconformidad que formula una persona en relación con una conducta que considera irregular de uno o varios servidores públicos y contratistas en su ejercicio de función pública

**RECLAMO:** Es la manifestación ya sea por motivo general o particular, referente a la prestación indebida de un servicio o a la no atención oportuna de una solicitud.

**RECLAMO EN MATERIA DE DATOS PERSONALES:** Solicitud realizada por el titular de los datos, su representante legal, apoderado o causahabiente, al considerar que la información contenida en la base de datos debe ser objeto de corrección, actualización o supresión, o porque advierte un presunto incumplimiento de cualquiera de los principios y deberes contenidos en la Ley 1581 de 2012.

**SOLICITUD DE COPIAS:** Mecanismo mediante el cual se solicita a la Entidad copia de los documentos que reposan en los archivos.

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN:** El derecho de petición de que trata el artículo 45 de la Constitución Política incluye también el de solicitar y obtener acceso a la información sobre la acción de las autoridades y en particular, a que se expida copia de sus documentos en los términos que determine.

**SUGERENCIA:** Cualquier expresión verbal, escrita o por medio electrónico presentada para brindar una recomendación por parte del ciudadano, y que tenga por objeto, mejorar el servicio que se presta en cada una de las dependencias.

**TABLERO DE CONTROL:** es una herramienta que permite medir una serie de indicadores en relación con unos objetivos planteados. Esta herramienta proveniente del campo de la administración puede ser utilizada en las entidades para identificar el cumplimiento de sus planes estratégicos y poder tomar decisiones cuando de manera periódica se identifican las alertas correspondientes, en relación con el cumplimiento de las actividades planeadas. (FUNCIÓN PÚBLICA, 2018)

**TIEMPOS DE RESPUESTA:** Según la Ley 1755 del 2015, por medio de la cual, se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del código de procedimiento administrativo y lo contencioso administrativo. Y establece un tiempo entre 10 y 15 días hábiles para dar respuesta a las diferentes PQRS.

**USUARIO:** Persona o entidad destinataria o no, de algún servicio prestado por el Instituto.

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

El Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz de La Mesa Cundinamarca, presta servicios de salud de mediana y alta complejidad para los municipios

aledaños a La Mesa; Anapoima, Cachipay y Tena. Desde el periodo 2016-2019 ha tenido un aumento en las PQRSD, debido a que no ha tenido una administración correcta para atenderlas acorde a la normativa vigente y en los tiempos estipulados.

No se evidencian lineamientos claros ni indicadores que midan la eficacia y eficiencia con las que se están dando respuesta a las PQRSD, que permita tener una trazabilidad. De igual manera, no hay evidencia de la aplicación del ciclo PHVA que permita observar una mejora continua en el proceso de respuesta de las PQRSD radicadas en el Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz de La Mesa Cundinamarca.

De igual manera, es importante determinar los responsables con un rol definido que se encargue de consolidar y hacer seguimiento a las PQRSD que se radican en el Hospital, a fin de determinar los niveles de cumplimiento en conjunto, permitiendo controlar el tiempo de respuesta y una adecuada gestión de riesgo para la medición en la atención de PQRSD. (Pinto Dueñas & Silva Perez, 2004)

Por lo anterior, se hace necesario presentar a la Gerencia del Hospital una propuesta de mejora al proceso de Atención al Ciudadano, indicando el seguimiento, medición, análisis y así como definir canales de recepción con formatos estandarizados en físico y virtual con el fin de atender de manera oportuna y coherente las PQRSD del Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz de La Mesa Cundinamarca, acorde a la Gestión de Calidad interactuando con lo establecido en la dimensión de Control Interno de MIPG, atendiendo los términos de ley. (IDECUT, 2018)

Con este proyecto se benefician directamente los habitantes y visitantes del Municipio de la Mesa, la comunidad, los usuarios de los servicios de salud que ofrece el Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz de La Mesa, al recibir atención de manera oportuna a sus inquietudes, quejas y reclamos. Se beneficia la Institución al establecer mecanismos de seguimiento y control frente al mejoramiento continuo del servicio y el cumplimiento a las directrices de las entidades de control. Los estudiantes de la Especialización en Dirección y Gestión de la Calidad quienes, formulando el sistema de gestión de la calidad en el Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz de La Mesa Cundinamarca, obtienen experiencia durante su proceso académico.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo General**

Proponer la mejora en el proceso Atención al Ciudadano bajo el modelo NTC ISO 9001: 2015, articulado desde los parámetros de MIPG, con el fin de disminuir las PQRSD.

## 5.2 Objetivos específicos

- Identificar las brechas del proceso atención al Ciudadano en el Hospital Regional La Mesa, en el marco de la ISO 9001:2015 articulado con el documento MIPG, a través de un diagnóstico.
- Establecer un plan para mejorar el proceso de Atención al Ciudadano en el Hospital Regional la Mesa con base en los resultados del diagnóstico.
- Presentar la propuesta de mejora del proceso de Atención al Ciudadano a la Alta Dirección del Hospital Regional la Mesa

## 6. ALCANCE

Se presentará la propuesta de mejora a la Alta Dirección del Hospital Regional La Mesa Pedro León Álvarez, correspondiente al proceso de Atención al Ciudadano con base a las PQRSD que se presentan.

Se incluyen los siguientes requisitos de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015:

### 4. Contexto de la Organización

4.1 Comprensión de la Organización y de su Contexto.

4.2 Comprensión de Necesidades Expectativas de las Partes Interesadas.

4.4 Sistemas de Gestión de la Calidad y sus Procesos.

### 5.1 Liderazgo y Compromiso

5.1.2 Enfoque al Cliente

5.2.1 Establecimiento de Política de la Calidad

5.2.2 Comunicación de la Política de la Calidad

5.3 Roles, Responsabilidades y Autoridades en la Organización

6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades

6.2. Objetivos de la Calidad y Planificación para Lograrlos

### 7.1 Recursos

7.1.2 Personas

7.1.3 Infraestructura

7.1.4 Ambiente para la operación de procesos

7.1.5 Recursos de seguimiento y medición

7.1.6 Conocimientos de la Organización

- 7.2 Competencia
- 7.3 Toma de Conciencia
- 7.4 Comunicación
- 7.5 Información Documentada
  - 7.5.1 Generalidades
  - 7.5.2 Creación y Actualización
  - 7.5.3 Control de la Información Documentada
- 8.1 Planificación y Control Operacional.
  - 8.2.1 Comunicación con el Cliente
  - 8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios
  - 8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios
- 8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente
  - 8.4.2 Tipo y alcance del control
  - 8.4.3 Información para los proveedores externos
- 8.5 Producción y Provisión del Servicio
  - 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio
  - 8.5.2 Identificación y Trazabilidad
  - 8.5.4 Preservación
  - 8.5.5 Actividades posteriores a la entrega
  - 8.5.6 Control de los Cambios
- 8.6 Liberación de los productos y servicios
- 8.7 Control de las Salidas No Conformes
- 9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación.
  - 9.2 Satisfacción del cliente
    - 9.1.3 Análisis y evaluación
- 10.1 Generalidades
- 10.2 No Conformidad y Acción Correctiva
- 10.3 Mejora Continua

Así mismo, se incluyen las 7 dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión:

1. Talento Humano
2. Direccionamiento Estratégico y Planeación
3. Gestión con valores para el resultado.
4. Evaluación de Resultados
5. Información y Comunicación
6. Gestión del conocimiento y la innovación
7. Control Interno

## **7. METODOLOGÍAS Y ACCIONES**

Para la elaboración del proyecto “Propuesta de mejora proceso atención al ciudadano en el hospital Pedro León Álvarez del municipio La Mesa, Cundinamarca, bajo el modelo NTC ISO 9001:2015 articulado con MIPG” se realizaron las siguientes estrategias metodológicas y acciones para el logro de los objetivos planteados, dichas acciones se detallan teniendo en cuenta el ciclo PHVA para cada una:

**Tabla 3: Tabla 3 Metodología y acciones.**

Objetivo Específico	Estrategia Metodológica	Acciones	Observaciones/ Entregables
<p>Elaborar un diagnóstico del proceso atención al Ciudadano en el Hospital Regional La Mesa, a través de la ISO 9001:2015 articulado con el documento MIPG.</p>	<p>Por medio de reuniones con la gerencia a través de tics.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita inicial al Hospital Regional La Mesa con el fin de realizar el diagnóstico.</li> <li>- Determinar el contexto de la organización.</li> </ul>	<p><b>P1.</b> Elaborar un cronograma de visitas y reuniones.</p> <p><b>H2</b> Revisión de la normativa de PQRSD, NTC ISO 9001:2015 y MIPG</p> <p><b>H3.</b> Entrevista con la Gerencia del Hospital.</p> <p><b>H4.</b> Revisión página Web institucional del Hospital La Mesa.</p> <p><b>H5.</b> Revisión de Formato de consolidación mensual de PQRSD.</p> <p><b>H6.</b> Revisión Formato de satisfacción del usuario (buzón)</p> <p><b>H7.</b> Revisión de Formato de atención telefónica</p> <p><b>H8.</b> Realizar la matriz; DOFA Matriz de partes interesadas. CLIO</p> <p><b>V9</b> Verificar con la alta gerencia el resultado de la matriz diagnóstica.</p>	<p>Matriz diagnóstica.</p> <p>Propuesta de ajuste al formato de consolidación mensual de PQRSD.</p> <p>Propuesta de ajuste al Formato de satisfacción del usuario (buzón).</p> <p>Matriz DOFA Identificación de partes interesadas. CLIO.</p>

Objetivo Específico	Estrategia Metodológica	Acciones	Observaciones/ Entregables
<p>Establecer un plan para el direccionamiento y planificación del Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Regional la Mesa con base en los resultados del diagnóstico</p>	<p>Observación al proceso de Atención al Ciudadano respecto a las PQRSD</p>	<p><b>A10.</b> Presentar el análisis del diagnóstico.</p> <p><b>P1.</b> Programar reunión para conocer el Mapa de procesos del Hospital y procedimientos de atención de las PQRSD.</p> <p><b>H2.</b> Realizar la propuesta de flujograma de las PQRSD y procesos asociados a la atención.</p> <p><b>H3.</b> Realizar la propuesta de caracterización del proceso de atención al ciudadano.</p> <p><b>H4.</b> Realizar la propuesta del procedimiento de las PQRSD donde se describa el objetivo, alcance, actividades y responsables.</p> <p><b>V5.</b> Presentar a la Alta Gerencia el resultado de la revisión de los procesos y procedimientos</p> <p><b>A6.</b> Presentar una propuesta de procesos y procedimientos ajustados según el diagnóstico realizado.</p> <p><b>A7.</b> Presentar una propuesta de encuesta de satisfacción de PQRSD</p>	<p>Propuesta de Flujograma a las PQRSD</p> <p>Propuesta de caracterización del proceso de Atención al Ciudadano.</p> <p>Propuesta del procedimiento PQRSD.</p> <p>Propuesta de encuesta de satisfacción de PQRSD.</p>
<p>Presentar la propuesta de implementación del Sistema de Gestión de Calidad a la Alta Gerencia del</p>	<p>Reunión con Alta Gerencia.</p>	<p><b>P1.</b> Planear la estructura que tendrá la propuesta del sistema de gestión de la calidad.</p>	<p>Documento con avances del proyecto.</p> <p>Acta de reunión.</p>

Objetivo Específico	Estrategia Metodológica	Acciones	Observaciones/ Entregables
Hospital Regional La Mesa.		<p><b>H2</b> Elaborar un avance de la propuesta de sistema de gestión.</p> <p><b>V3.</b> Presentar a la Junta Directiva del Hospital un avance de la propuesta de implementación del SGC.</p> <p><b>A4.</b> Presentar el documento final con una propuesta para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad a la Alta Gerencia del Hospital Regional La Mesa.</p>	

**Fuente:** Elaboración propia.





Para la realización del proyecto de grado se planteó inicialmente un cronograma de actividades con miras a la implementación de un sistema de calidad para el Hospital Pedro León Álvarez Díaz de la Mesa, Cundinamarca, sin embargo, luego de realizar el diagnóstico y atendiendo las necesidades expresadas por la alta gerencia, se decidió modificar el alcance del proyecto y por lo tanto una reorganización de las actividades del cronograma que se planteó inicialmente.

El proyecto se centró en realizar una propuesta para el mejoramiento del proceso de atención al ciudadano, realizando actividades que se muestran en el diagrama de flujo del cronograma del proyecto (ilustración 1).

Al realizar la modificación del alcance del proyecto, se logró concentrar de manera efectiva la identificación de las necesidades para la mejora del proceso de atención al ciudadano y proponer así varias herramientas que facilitarán el seguimiento y análisis de las PQRSD que recibe el Hospital, adicionalmente, se propone una realimentación del proceso y cierre del ciclo PHVA al tener en cuenta los resultados del seguimiento y sugerir la implementación de acciones de mejora.

## **9. RESULTADOS**

### **9.1 DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD CON BASE EN EL MODELO ISO 9001:2015 ALINEADO CON MIPG.**

Con base en las estrategias y acciones planteadas para el logro del primer objetivo de este trabajo, correspondiente al levantamiento del diagnóstico del sistema de Gestión de la Calidad del Hospital, y verificación del cumplimiento de los requisitos de la ISO 9001:2015 en línea con MIPG, se planteó un cronograma con las actividades que se tendrían en cuenta para la realización del proyecto, una de las primeras actividades previstas tuvo que ver con el acercamiento con la alta gerencia para conocer sus expectativas y establecer el alcance del proyecto, las reuniones se realizaron en el marco de los protocolos previstos por la pandemia COVID-19, mediante el uso de herramientas TICS.

Se empleó como herramienta de diagnóstico una matriz, diseñada por el docente de la asignatura de Investigación I, de la Especialización en Dirección y Gestión de la Calidad, convenio ICONTEC (Profesor Guillermo Peña G.).

La matriz fue diligenciada de manera conjunta por el director general, la Coordinadora atención al Ciudadano y la encargada del archivo del Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz, según los puntos correspondientes a cada uno así:

- Director General del Hospital: Numerales 5.1, 6.1, 7.1, 7.2 y 8 correspondiente al Liderazgo, Riesgo, Recursos, Apoyo, Competencia y Operación.
- Coordinadora de Atención al Ciudadano (SIAU) y Coordinadora de archivo: los numerales 4, Contexto de la Organización, 5.2 Política, 6.2 Objetivos de la Calidad y Planificación para lograrlos, 6.3 Planificación de los Cambios, 7.3 Toma de Conciencia, 7.4 Comunicación, 7.5 Información Documentada,

Además, se realizó una revisión del cumplimiento de las funciones frente a los requisitos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, en cuanto a, evaluación de los procesos, aplicación de los procedimientos y evaluación de la calidad.

Los datos obtenidos a través del diligenciamiento de la matriz diagnóstica, permitió identificar el estado de los procesos establecidos en el Hospital que están alineados o no con los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015 y con MIPG. (Ver anexo A)

Para realizar la correlación entre la NTC ISO 9001:2015 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se toma como referencia la Matriz de correlación establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, el cual se puede ver en el anexo B.

Gráfica 1 Diagnóstico del sistema de Gestión de Calidad



El componente estratégico del diagnóstico, indica que el Hospital Regional la Mesa tiene un sistema formal definido; existe planificación, pero poca aplicación o resultados, hay documentación. Los capítulos de la NTC ISO 9001:2015 con menor calificación en este ítem son: (5.1) Liderazgo y Compromiso, (7.1.5) Recursos de seguimiento y medición y (9.1) Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación. Así mismo, se detectó que el numeral (4.1) Comprensión de la organización y de su contexto tiene calificación alta, lo que indica que el Hospital conoce el propósito de la dirección estratégica.

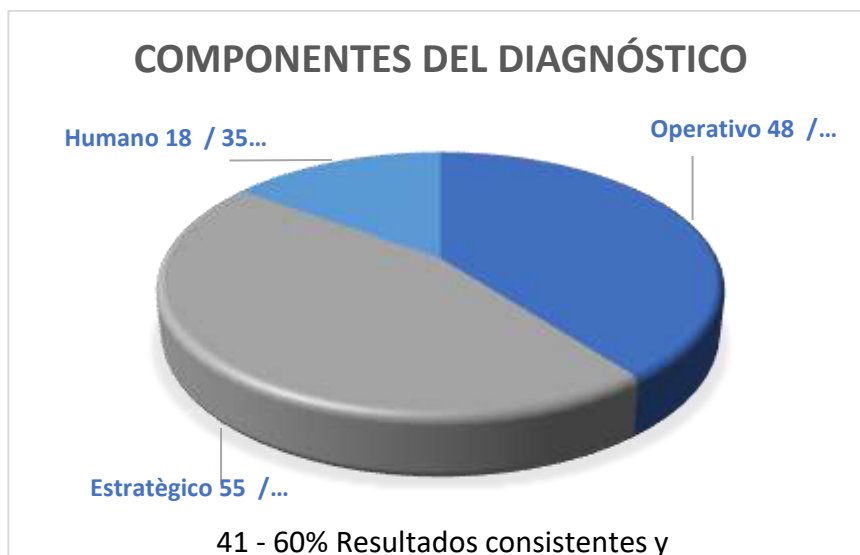


El componente operativo obtuvo una calificación promedio de (3) tres, lo cual indica que el sistema formal definido, existe planificación, pero poca aplicación o resultados. Los ítems con menos calificación fueron los numerales de la NTC ISO 9001:2015: (6.1) Acciones para abordar riesgos y oportunidades, (6.3) planificación de los cambios, (7.5) Información documentada, (8.4) Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente y (8.5.1) Control de la producción y de la provisión del servicio.



*Fuente: elaboración propia.*

El tercer componente, el humano, con un resultado entre el 41 y 60% resultados consistentes y evidenciales, obtuvo una calificación promedio de (3) tres, lo cual indica que el Hospital cuenta con un sistema formal definido; así mismo, es importante fortalecer los requisitos de este componente (5.3), (7.1.6), (7.2), (7.3) y (7.4).



En cuanto al análisis del diagnóstico, del Hospital Pedro León Álvarez Díaz, se evidenció cumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad; siguiendo la tabla sobre las categorías en cada componente relacionada a continuación:

1- 20 %	Enfoque informal
21 - 40%	Enfoque estructurado - documentación
41 - 60%	Resultados consistentes y evidenciables
61 - 80%	Mejora continua demostrable
81 - 100%	Capacidad sostenida para aprender

Se evidencia que el componente Operativo tiene una calificación de 48 puntos de 105 puntos posibles; en cuanto al componente Estratégico tiene una calificación de 55 puntos de 100 puntos posibles; y en el componente Humano tiene una calificación de 18 puntos de 35 puntos posibles.

Lo que se puede concluir que en general y revisando los tres componentes, el Hospital se encuentra en el tercer rango de calificación del 41 - 60% - Resultados consistentes y evidenciables.

## **9.2 ANÁLISIS DEL CONTEXTO ACTUAL DE LA ORGANIZACIÓN.**

Continuando con las acciones previstas, se realizó un análisis del contenido de la página web, documentos de procesos y procedimientos del Hospital. Adicionalmente, se estableció el contexto de la organización.

### **9.2.1 ANÁLISIS DEL CONTEXTO EXTERNO.**

Tomando como base la norma ISO 9001: 2015, numeral 4.1, comprensión de la organización y su contexto, se deben identificar todos aquellos factores externos que afectan de una u otra manera la calidad de los servicios que presta la organización.

### **9.2.2 ANÁLISIS DEL CONTEXTO INTERNO.**

Teniendo en cuenta los datos recolectados a través de la información suministrada por la Gerencia del Hospital, se realizó la matriz de análisis DOFA (Ver Anexo C), lo que permitió identificar las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que influyen en la calidad del servicio que ofrece la institución de salud.

Al analizar los resultados de la matriz DOFA y cruzando las fortalezas con las oportunidades se identificaron las estrategias de oportunidad: FO

Tabla 4 Estrategias FO <b>Estrategias FO</b>
1. Generar Activos de información a través de la disponibilidad tecnológica para el hospital. F4, O4 2. Promover la participación del Talento Humano en espacios que promuevan la mejora del servicio hospitalario. F2, O3 3. Potencializar las redes hospitalarias a través de los recursos proyectados para la atención a los servicios. F3, O2

Al extractar las debilidades contra las oportunidades se pueden plantear estrategias con las mejoras para atacar las debilidades de la institución de servicio hospitalario así:

**Tabla 5 estrategias DO**

Estrategias DO
1. Fortalecer la Atención al ciudadano a través de la disponibilidad tecnología para la prestación de los servicios hospitalarios D1, O1 2. Utilizar la Gestión de Cambio de manera que el capital intelectual continúe para la prestación de servicios. D2, O3 3. Documentar a través de diversas herramientas las actividades que se realizan en el Hospital (Técnico y Operativo) alineado con las normatividades. D5, O6

Luego de identificar las amenazas es posible atacarlas a través de las fortalezas identificadas que posee el Hospital. Por lo anterior, se identifican y plantean las estrategias FA:

Tabla 6 Estrategias FA

<b>Estrategias FA</b>
1. Utilizar las capacidades y Competencias del Talento Humano para la actualización de herramientas tecnológicas. F1, A2
2. Usar las herramientas tecnológicas para realizar seguimiento a los tiempos normativos establecidos en la Ley 1755 de 2015. F5, A4
3. Implementar indicadores adecuados para realizar seguimiento a las PQRS respondidas dentro de los tiempos de Ley. F5, A3

Para finalizar este análisis de capacidades del Hospital, se realiza un cruce entre las amenazas y debilidades que afectan el servicio y por ende la imagen ante los usuarios, lo que puede generar un aumento en las PQRSD. Para mitigar el impacto que pueda generar se establecen las siguientes estrategias DA:

Tabla 7 Estrategias DA

<b>Estrategias DA</b>
1. Al Proceso Atención al Ciudadano, es importante implementar herramientas tecnológicas automatizadas que faciliten el seguimiento de las peticiones establecidas en la Ley 1755 de 2015. D1, A4
2. A través de la documentación estandarizada, que permita el seguimiento y evaluación de las PQRSD. D5, A2

## **9.3 PROPUESTA DE ACTUALIZACIÓN DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA**

### **9.3.1 PROPUESTA DE MISIÓN**

Somos una Empresa Social del Estado que presta servicios de salud humanizados y seguros, con énfasis en responsabilidad social en el uso eficiente de los recursos y el mejoramiento continuo de los procesos, apoyado con alianzas docente-servicio, logrando así la satisfacción de nuestros usuarios y colaboradores.

### **9.3.2 PROPUESTA DE VISIÓN:**

Para el año 2023 nuestra E.S.E. Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz, Será una institución certificada como Institución Amiga de la mujer y la Infancia integral (IAMII), humanizada, segura y líder en el Departamento De Cundinamarca por la prestación de servicios de salud con calidad.

### **9.3.3 VALORES DESDE MIPG**

- Diligencia: Cumplimiento de los deberes, funciones y responsabilidades asignadas al cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.
- Justicia: Actuar con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.
- Compromiso: Ser consciente de la importancia del rol como servidor público y la disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que se relaciona en las labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.
- Honestidad: Actuar siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo los deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
- Respeto: Reconocer, valorar y tratar de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

### **9.3.4 DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA DE CALIDAD.**

Es importante para la organización realizar una revisión de su Política de Calidad y su alineación en el sistema de Gestión de la Calidad, es por esto, que se ha redactado una nueva política de Calidad, propuesta que se describe en el numeral 9.3.7

### **9.3.5 COMUNICACIÓN DE LA POLÍTICA DE CALIDAD**

La divulgación de la información a las partes interesadas es muy importante y el tener los soportes documentales de las actividades que se desarrollan dentro del mejoramiento del Sistema de Gestión. En el caso de la divulgación de la Política de Calidad se propone que sea a través de Piezas publicitarias, por medio de píldoras informativas diarias, a través de medios internos como correo electrónico, intranet, carteleras digitales, en medios impresos en carteleras físicas, para el personal interno que no tiene acceso a medios electrónico por su perfil de trabajo y para las sedes externas al Hospital. (Anexo C)

### **9.3.6 DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD.**

El numeral 6.2.1. de la NTC ISO 9001:2015, indica que la organización debe establecer los objetivos de calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad

Como características de estos objetivos de calidad, se explica que deben ser coherentes y descender de la política de calidad en atención a los servicios que presta la institución, de conformidad para el aumento de la satisfacción del cliente. Deben ser medibles, con seguimiento y actualizados según sea necesario, comunicándolos de manera oportuna.

El Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz E.S.E cuenta con los siguientes objetivos de calidad:

- Cumplir con los requisitos legales y normativos en la prestación de los servicios de salud.
- Brindar servicios con estándares de calidad desde la normatividad.
- Contribuir al restablecimiento y mantenimiento de la salud de la comunidad usuaria de los servicios que ofrece el hospital.
- Prestar servicios orientados a la atención y satisfacción de los diferentes grupos.
- Contar con el recurso humano idóneo para la prestación del servicio de salud.
- Contar con la tecnología adecuada para soportar los procesos.
- Desarrollar una gestión por procesos en busca permanente del mejoramiento continuo.

### **9.3.7 PROPUESTA POLÍTICA DE CALIDAD:**

El Hospital La Mesa E.S.E Pedro León Álvarez Díaz, Comprometidos con la prestación de servicios de salud humanizados de segundo nivel, en cumplimiento de los requisitos legales y normativos, brinda servicios con estándares de calidad que contribuyen al restablecimiento y mantenimiento de la salud de la comunidad usuaria, orientados a la atención y satisfacción de los diferentes grupos; por lo tanto, se cuenta con el recurso humano idóneo, la tecnología adecuada y el desarrollo de una gestión por procesos en busca permanente del mejoramiento continuo.

### **9.3.8 PROPUESTA DE LOS OBJETIVOS**

Teniendo en cuenta los ajustes a la planificación estratégica del Hospital Regional la Mesa, se proponen los siguientes objetivos de calidad:

- Lograr el cumplimiento de los requisitos legales y normativos en la prestación de los servicios de salud.
- Aumentar la satisfacción de los diferentes grupos de valor.
- Mantener la gestión por procesos en busca permanente del mejoramiento continuo.
- Incrementar la oportunidad en la atención a las solicitudes de los pacientes del hospital en las PQRSD.

### **9.3.9 TOMA DE CONCIENCIA**

El Hospital debe asegurarse que los colaboradores se apropien de la política y los objetivos de la calidad, que contribuya al logro de una cultura organizacional que promueva la mejora continua y permanente. La toma de conciencia desde cada colaborador se debe ver reflejado desde su labor diaria realizada a cabalidad y a conciencia que permita el cumplimiento de los objetivos del Hospital; así mismo, la satisfacción del usuario. (Benites Campos, 2016)

La norma NTC ISO 9001:2015, numeral 7.3 toma de conciencia menciona:

La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de la mejora continua.

En el marco de las reuniones realizadas con el equipo del (SIAU) Servicio de Información de Atención al Usuario del Hospital, se realizaron sugerencias en pro de la mejora en cuanto a la pertinencia y actualización de la información que publica la institución.

Desde MIPG la dimensión que se relaciona con Gestión del Talento Humano, a través del establecimiento de mecanismo para garantizar el diálogo social y concertación colectiva.

## **9.4 PARTES INTERESADAS**

La norma NTC ISO 9001:2015 capítulo 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas menciona que, debido a su efecto o efecto potencial en la capacidad de la organización de proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, la organización debe determinar.

La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes.

Desde MIPG la dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación, las necesidades y expectativas de las partes interesadas, teniendo en cuenta que, a través de la identificación y caracterización de los grupos de valor con el fin de diseñar, implementar mecanismos para la participación ciudadana, fortalecer la confianza de los ciudadanos y utilizar un lenguaje claro y apropiado.

### **9.4.1 IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS**

Atendiendo la definición que indica la norma NTC ISO 9001:2015, Parte Interesada es una persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad la cual, es parte integral de la gestión de la organización ya que puede aportar o afectarla en la medida en que sean atendidas o no sus necesidades o expectativas ante el servicio que la entidad pueda ofrecer.

Desde MIPG el direccionamiento estratégico y planeación, dimensión 2, hace referencia a la identificación y caracterización de los grupos de valor “con el fin de diseñar o rediseñar los servicios ofrecidos y presentarlos de manera focalizada para responder satisfactoriamente, así como para obtener realimentación de los ciudadanos, usuarios o interesados” (Función Pública, Módulo 2. Direccionamiento Estratégico y Planeación, 2017)

Por otro lado, la interacción de las partes interesadas realimenta los procesos y generan valor para la mejora continua en el marco de la calidad.

Ilustración 2 partes interesadas



Fuente: intranet Hospital. <https://hospilamesa.wixsite.com/intranet/copia-de-es-clasificacion>

Continuando con la metodología de reuniones apoyadas en herramientas Tics, se revisó los requisitos, necesidades y expectativas de las Partes Interesadas identificadas por el Hospital clasificados de la siguiente manera:

- Gobierno Nacional: Se incluye en este grupo de interés a todas las entidades gubernamentales que, a través de leyes, directrices sanitarias, económicas, fiscales, rigen a la E.S.E Hospital Pedro León Álvarez Díaz.
- Entes de Control: este grupo de interés, lo conforman aquellas entidades que vigilan la prestación de servicios de salud, las de control financiero y control social, así mismo, como los de vigilancia de la ética profesional y la responsabilidad social.
- Junta Directiva: La Gobernación designa que la entidad debe estar regida bajo la tutela y revisión fiscal de la junta directiva, se constituye como grupo de interés.
- Entes Territoriales: se agrupa a las alcaldías, personerías, y otros del mismo orden de los municipios del área de injerencia: La Mesa, Tena, Anapoima y Cachipay.

- Proveedores: son aquellos que promueven medicamentos e insumos médicos, tecnología biomédica, incluye servicios de operación de servicios tercerizados, seguridad, servicios generales, mantenimiento y obras de construcción.
- Clientes: Se agrupan en este ítem a las entidades responsables de pago y a las instituciones prestadoras de servicios que pertenecen a la red de referencia y contrarreferencia.
- Trabajadores: representado por el talento humano de la E.S.E., Centros y puestos que prestan sus servicios asistenciales y administrativo en los niveles profesionales, técnicos y operarios.
- Sector Ambiental: se refiere a las entidades que velan por el respeto al medio ambiente de orden gubernamental y organizaciones no gubernamentales ONG.
- Comunidad: se refiere a la ciudadanía que recibe indirectamente los servicios de la E.S.E Hospital Pedro León Álvarez Díaz y puestos de salud a través de familiares, vecinos, acompañantes y/o cuidadores de la zona de injerencia.
- Medios de Comunicación: se refiere a las relaciones que se tienen en los medios de comunicación, la imagen que proyectan a la comunidad del Hospital, centros y puestos de salud.
- Usuarios: se refiere a todas aquellas personas que reciben los servicios de salud en la entidad, centros y puestos de salud, en cualquiera de sus niveles de atención: laboratorios, imágenes diagnósticas, hospitalización, quirúrgico, terapias, urgencias y telemedicina, PYD, ambulatorios.

#### **9.4.2 PROPUESTA DE PARTES INTERESADAS**

De acuerdo con la clasificación que realiza el Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz de las partes interesadas, es necesario incluir al Peticionario como parte interesada, debido a que son quienes por decisión propia se acercan al Hospital para radicar una Petición, Queja, Reclamo, Sugerencia o Denuncia. Se puede caracterizar este grupo en:

- Anónimos: Son individuos que radican una PQRSD sin revelar su identidad al Hospital.
- Personas naturales: Son individuos por su actuar radican una PQRSD al Hospital.

- Personas Jurídicas: Son aquellas entidades y organizaciones legalmente constituidas, que radican una PQRSD en el Hospital.

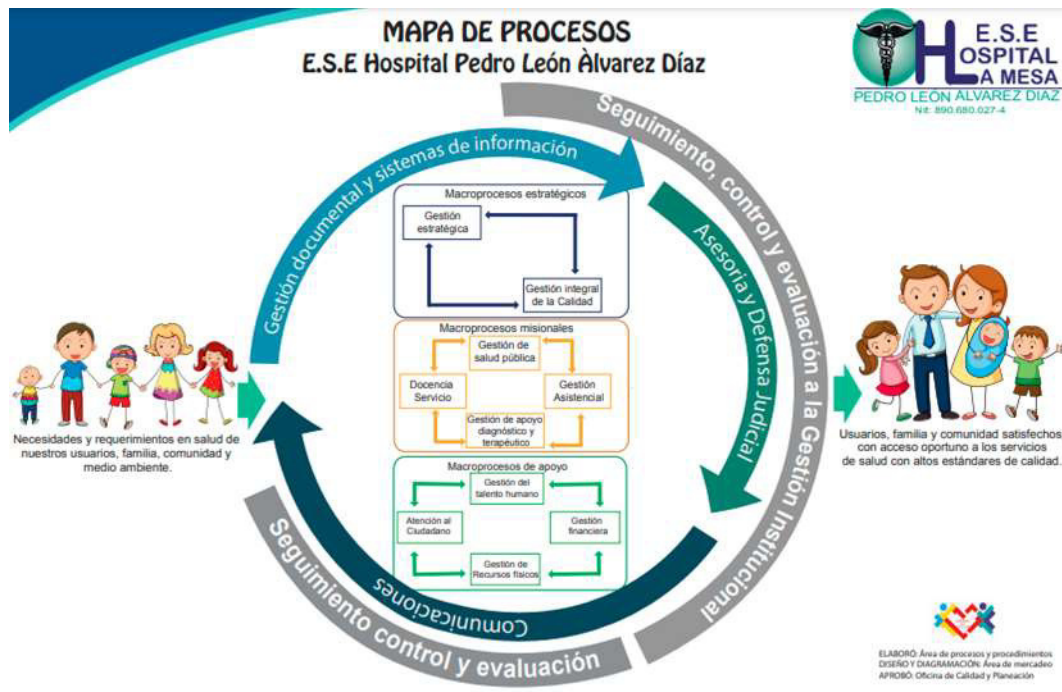
## **9.5 PROCESOS DE LA ORGANIZACIÓN.**

Para la NTC ISO 9000:2015 (3.4.1) un proceso es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.

El Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz, presenta un mapa de procesos, compuesto por tres macroprocesos conformados por 12 procesos como se detalla a continuación:

- Macroproceso Misional. Compuesto por cuatro (4) procesos:
  1. Procesos de Gestión Asistencial
  2. Proceso de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.
  3. Proceso Docencia Servicio.
  4. Proceso Salud Pública
- Macroproceso Estratégico. Orientados al direccionamiento estratégico del sistema de gestión de calidad, Compuesto por tres (3) procesos:
  1. Proceso de Asesoría y Defensa Judicial
  2. Proceso Estratégico
  3. Proceso de Gestión de Calidad
- Macroproceso de Apoyo. Son todos aquellos procesos que dan soporte administrativo y recursos que aportan a los procesos misionales y estratégicos, compuesto por cinco (5) procesos:
  1. Proceso de Atención al Ciudadano
  2. Proceso de Gestión Documental
  3. Proceso de Gestión Financiera y Contable,
  4. Proceso de Recursos Físicos
  5. Proceso de Talento Humano.

Ilustración 3 Mapa de Procesos vigente



Fuente: página web Hospital La Mesa. <http://www.hospilamesa.gov.co/empresa/control-y-gestion/planeacion-y-calidad>

### 9.5.1 PROPUESTA MAPA DE PROCESOS.

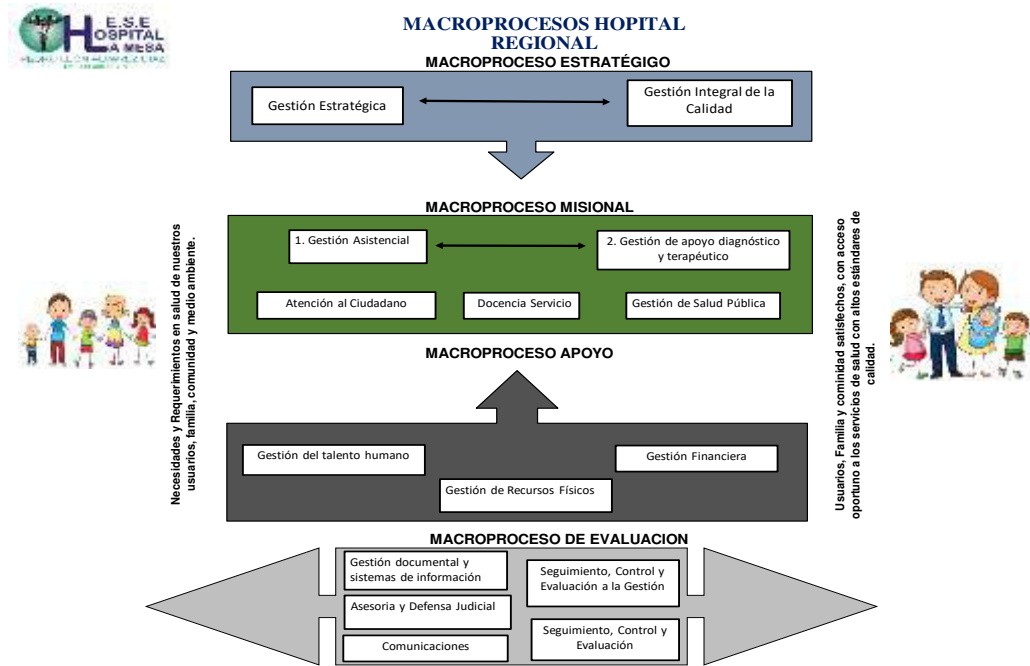
Luego del análisis de la documentación entregada por parte del Hospital, de la información publicada en la página web oficial y de atender los lineamientos de la alta gerencia, todo bajo la mirada o en el marco de la NTC ISO 9001:2015 y MIPG, se evidencia la necesidad de realizar ajustes, no solo en la redacción de la política de calidad, sino además en procesos, procedimientos y caracterizaciones que deberán atender a esta nueva mirada de servicio que expresa la Gerencia.

Para el proceso de Atención al Ciudadano el cual se encuentra en el macroproceso de apoyo, se sugiere alinearlos al proceso Misional debido a lo establecido desde la política de calidad del Hospital, el cual indica que dentro de sus actividades responden a las funciones sustantivas del Hospital.

De allí se desprende la necesidad de ajustar todos los procesos, procedimientos y caracterizaciones para alinearlos con esta mirada de potenciar el proceso de atención al ciudadano, lo que redundará en la mejora de los indicadores de gestión y realza la importancia de atender las necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios que presta el Hospital.

Es por esto, que se diseñó un nuevo mapa de procesos, el cual, se propone a la alta gerencia para su evaluación y aprobación:

Ilustración 4 Propuesta Mapa de Procesos 2021



Fuente: Elaboración Propia.

### 9.5.2 CARACTERIZACIÓN PROCESO ATENCIÓN AL CIUDADANO.

La NTC ISO 9000: 2015 promueve que los sistemas de gestión tengan un enfoque por procesos desarrollados de tal manera que facilite la verificación en coherencia, evaluación y mejora de los procesos buscando la calidad. A través de la caracterización, se definen interacciones entre los procesos y entidades externas, se describe las actividades con sus responsables, alcance alineado con la política de calidad, evidenciando la interrelación de cada uno de los procesos, definidos por el Hospital.

Dando cumplimiento al numeral 4.4.1 de la Norma se realizan las caracterizaciones ajustadas a la propuesta del nuevo macroproceso. (Ver anexo E).

### 9.6 Requisitos CLIO

La matriz requisitos CLIO (Cliente, Legal, Inherente, Organización) incluye información que el Hospital debe cumplir se acuerdo a las actividades propias de la organización, la cuál es importante actualizar los lineamientos y procedimientos aplicables.

El numeral (8.2.2) Determinación de los requisitos para los productos y servicios, determina los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes, la organización debe asegurarse de que:

- a) Los requisitos para los productos y servicios se definen, incluyendo:
  - 1. cualquier requisito legal y reglamentario aplicable.
  - 2. Aquellos considerados necesarios por la organización
- b) La organización puede cumplir con las declaraciones acerca de los productos y servicios que ofrece. (ISO 9001:2015)

Se puede observar en el anexo F la matriz de requisitos CLIO aplicada al Hospital Regional la Mesa.

En el marco de MIPG los requisitos de los productos y servicios, se relaciona con la dimensión gestión con valores para resultados, debido a que se identifican los recursos necesarios para la producción del bien o servicio. Por lo anterior, se realizó la propuesta de mejora al mapa de procesos, reubicando el proceso de atención al ciudadano y propuesta de mejora a la caracterización del proceso de atención al ciudadano.

## **9.7 LIDERAZGO.**

Para llevar a cabo la implementación o fortalecimiento de un sistema de Gestión en calidad se requiere que desde la Gerencia de la organización demuestre la capacidad de liderazgo y el compromiso con el seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo en busca de cubrir las necesidades y expectativas de los usuarios, esto en línea al numeral 5 de NTC ISO 9001:2015

Frente a este requerimiento se ha evidenciado que la Alta Gerencia del Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz está comprometida con alcanzar la calidad de sus procesos, específicamente a través de la revisión y evaluación de su proceso de atención al ciudadano, con un claro enfoque de servicio al cliente.

## **9.8 GESTIÓN DEL CAMBIO.**

El Hospital a través de la autoevaluación de sus procesos deberá identificar y gestionar los cambios en sus procesos y procedimientos pertenecientes al Sistema de Gestión de la calidad, estos cambios deben llevarse de manera planificada e identificando los posibles riesgos que este cambio conlleva.

Es importante que antes de implementar los cambios se evalúe no solo la pertinencia y el alcance, sino además si se cuentan con los recursos necesarios para aplicarlos a la organización.

Cualquier cambio que se desee implementar debe estar debidamente documentado, de manera tal que se pueda tener un histórico sin perder de vista el cumplimiento de los objetivos de calidad planteados por la organización.

Siguiendo los requisitos la norma NTC ISO 9001:2015, numeral 6.3 se ha propuesto un formato para la planeación y gestión del cambio (Anexo G), allí se registrarán no solo los responsables sino además los recursos y fechas de aplicación de estos cambios.

## **9.9 MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES.**

De acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2015, numeral 6.1 al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las cuestiones definidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2 y determinar los riesgos y oportunidades.

Para la elaboración de la Matriz de Riesgos y Oportunidades, se emplearon los datos identificados en la matriz DOFA, organizándolas en tres fases; la primera con la identificación de los riesgos, la segunda fase con la tabla de calificación del riesgo, las tablas de nivel de impacto y una tercera fase con el plan de acción para cada uno de los riesgos identificados.

Desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) la dimensión relacionada con este ítem es Direccionamiento Estratégico y Planeación, al establecer la política de Administración del riesgo y análisis de los factores internos y externos de mayor impacto para ser incluidos en la política.

Es importante considerar que la administración del riesgo es un proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal con el propósito de proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos, los principales beneficios para la entidad son los siguientes: (Función Pública, 2020)

- ✓ Apoyo a la toma de decisiones
- ✓ Garantizar la operación normal de la organización.
- ✓ Minimizar la probabilidad e impacto de los riesgos.
- ✓ Mejoramiento en la calidad de procesos y sus servidores (calidad va de la mano con riesgos)
- ✓ Fortalecimiento de la cultura de control de la organización
- ✓ Incrementa la capacidad de la entidad para alcanzar sus objetivos

- ✓ Dota a la entidad de herramientas y controles para hacer una administración más eficaz y eficiente

**Tabla 8 Fase I Identificación de los riesgos:**

FASE I									
CONTEXTO			IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
OBJETIVOS	CUESTIONES	CLASIFICACIÓN (coloque una X)		RIESGOS (describir)	OPORTUNIDADES (describir)	CAUSAS ASOCIADAS AL RIESGO U OPORTUNIDAD	CONSECUENCIAS ASOCIADAS AL RIESGO U OPORTUNIDAD	CONTROLES ASOCIADOS AL RIESGO U OPORTUNIDAD (estado y eficacia del control)	PROCESOS RELACIONADOS (con las causas del riesgo Interacciones)
		POSITIVA	NEGATIVA						
1. Recibir las quejas, peticiones, reclamos o inconformidades de los usuarios y resolverlas de manera oportuna y veraz, al punto, de crear lazos de confianza a el ciudadano.	Interno FO		X	Riesgo Operativo debido a la falta de oportunidad en la gestión de las PQRSD		1. Debilidad en el seguimiento de la generación de alertas. 2. Desconocimiento de las documentos como procedimientos. 3. Errores en clasificación y registro de la información	1. Demora en los tiempos de respués de las PQRSD 2. Pérdida de la imagen y credibilidad del Hospital. 3. Intervención de órganos de control.	Seguimiento a la oportunidad de respués de las PQRSD	Atención al Usuario
2. Identificar el origen de las molestias del ciudadano, crear un plan de mejora con el animo de brindar servicios con calidad que cumplan con las expectativas del ciudadano.	Externo FA	X			Oportunidad de mejora en la prestación de servicio	1. Falta de conocimiento de los documentos procedimentales por parte de los colaboradores 2. Debilidades en la ejecución del plan de mejora 3. Desconocimiento en el manejo de la información por parte de los peticionarios	1. Desgaste administrativo para las respués de las PQRSD 2. Insatisfacción de las respués del peticionario. 3. Reproceso del servicio.	Seguimiento a las actividades del Plan de Mejora	Atención al Usuario
3. Diseñar mecanismos que eliminen las barreras de atención y optimicen la prestación de servicios.	Externo DA		X	Riesgo estratégico debido a la falta de oportunidad en la prestación de los servicios del Hospital.		1. Cambios en el entorno o internas del Hospital 2. Débil Sistema de Información Gestión Integrado 3. Falta de apropiación a los instructivos del Hospital	1. Reprocesos del servicio 2. Pérdida de la imagen y credibilidad del Hospital. 3. Intervención de órganos de control.	Seguimiento y Evaluación a través del informe de PQRSD	Atención al Usuario

**Tabla 9 Fase II Calificación del riesgo**

FASE II							
Riesgo	CALIFICACIÓN DEL RIESGO				Nivel del Riesgo sin Controles	Evaluación Sin Controles	Opción de Manejo
	Probabilidad		Impacto				
	Valor	Nivel	Valor	Nivel			
Riesgo Operativo debido a la falta de oportunidad en la gestión de las PQRSD	4	Probable	5	Crítico	20	Crítico	Compartir
Riesgo estratégico debido a la falta de oportunidad en la prestación de los servicios del Hospital	4	Probable	5	Crítico	20	Crítico	Compartir

**Tabla 10 Nivel de Impacto**

Nivel de Impacto								
Valor	Nivel	Descripción	Confidencialidad de la Información	Imagen	Satisfacción cliente	Fianzas	Legal	Operativo
1	Insignificante	Si el hecho llegara a presentarse, tendría consecuencias o efectos mínimos sobre la Organización y/o la eficacia de los controles es alta	Personal	Grupo de Funcionarios	El evento no afecta la satisfacción de los clientes	El evento no afecta la sostenibilidad financiera.	No afecta	Ajustes a una actividad concreta
2	Menor	Si el hecho llegara a presentarse, tendría bajo impacto o efecto sobre la Organización y/o la eficacia de los controles es moderada	Grupo de trabajo	Todos los Funcionarios	El evento afecta la satisfacción de los clientes pero sin trascendencia	El evento afecta levemente la sostenibilidad financiera (< USD \$100.000)	Multas	Cambios en los procedimientos
3	Moderado	Si el hecho llegara a presentarse, tendría medianas consecuencias o efectos sobre la Organización y/o la eficacia de los controles es baja	Relativa al proceso	Usuarios ciudad	El evento afecta moderadamente la satisfacción de los clientes	El evento afecta moderadamente la sostenibilidad financiera (< USD \$500.000)	Investigación disciplinaria / Demandas	Cambios en la interacción de los procesos
4	Mayor	Si el hecho llegara a presentarse, tendría altas consecuencias o efectos sobre la Organización y/o la eficacia de los controles es nula.	Estratégica	Usuarios Región	El evento afecta de manera significativa la satisfacción de los clientes	El evento afecta significativamente la sostenibilidad financiera (< USD \$1.000.000)	Investigación fiscal	Intermitencia en el servicio
5	Crítico	Si el hecho llegara a presentarse, tendría desastrosas consecuencias o efectos sobre la Organización y/o no existen controles o si existen es nula su eficacia.	Organizacional / Catastrófica	Usuarios País	Se pierden clientes.	El evento afecta catastróficamente la sostenibilidad financiera (> USD \$1.000.000)	Intervención / Cierre	Paro total del proceso

Tabla 11 Tabla de Calor

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Crítico
	1	2	3	4	5
Raro 1	B	B	M	A	A
Improbable 2	B	B	M	A	E
Posible 3	B	M	A	E	E
Probable 4	M	A	A	E	E
Casi Seguro 5	A	A	E	E	E

<b>B</b>	Zona de riesgo <b>Baja</b> : Asumir el riesgo
<b>M</b>	Zona de riesgo <b>Moderada</b> : Asumir el riesgo, reducir el riesgo
<b>A</b>	Zona de riesgo <b>Alta</b> : Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir
<b>E</b>	Zona de riesgo <b>Extrema</b> : Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir

Opción de manejo	
<b>Asumir:</b>	El riesgo se encuentra en un nivel que puede ser aceptado sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen.
<b>Evitar:</b>	Se deben tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización. Elaborar planes de acción para crear o mejorar controles.
<b>Reducir:</b>	Se deben tomar medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención), como el impacto (medidas de protección).
<b>Compartir:</b>	Se debe involucrar a un tercero en su manejo, quien en algunas ocasiones puede absorber parte de las pérdidas ocasionadas por la posible materialización del riesgo.
<b>Transferir</b>	Contratar una póliza con un asegurador.

**Tabla 12 Fase III Plan de acción**

FASE III				
RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	FECHA	RESPONSABLE	REGISTRO
Riesgo Operativo debido a la falta de oportunidad en la gestión de las PQRSD	Informes Cuatrimestrales con los seguimientos de las PQRSD	Cuatrimestral	Atención al Usuario	Informe de Seguimiento PQRSD
	Implementar herramientas automatizadas para realizar el seguimiento oportuno a las peticiones	Bimestral	Subdirección Administrativa	Formato de Consolidado PQRSD
Riesgo estratégico debido a la falta de oportunidad en la prestación de los servicios del Hospital.	Actualizar la página web del Hospital	Trimestral	Alta Gerencia	Formato de Avance Actualización a la Página Web
	Actualizar la documentación como procedimientos e instructivos del proceso Atención al Usuario	Bimestral	Atención al Usuario	Formato de Actualización o Modificación documental

**9.10 PROPUESTA DE INDICADOR ATENCIÓN AL CIUDADANO**

Teniendo en cuenta lo establecido en la ISO 9001:2015, capítulo 9.1 seguimiento, medición, análisis y evaluación, la organización debe determinar:

- a. Qué necesita seguimiento y medición;
- b. Los métodos de seguimiento, medición, análisis, y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos;
- c. Cuando se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición;
- d. Cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición.

La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de los resultados.

Por lo anterior, es necesario establecer como medición un indicador que facilite el seguimiento y control de las PQRSD recibidas y con respuesta de acuerdo con los tiempos de ley establecidos. La propuesta de indicador se puede ver en el anexo H, el cual, se plantea como: "Porcentaje de respuesta de PQRSD dentro de los términos definidos por la ley". El seguimiento y evidencia del cumplimiento del indicador se podrá analizar a través de la plantilla de seguimiento formulada que se prevé entregar como herramienta producto del proyecto, lo cual, facilitará la gestión del coordinador del SIAU, además, de insumo para el informe general para la gerencia del Hospital.

Desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, la dimensión gestión para resultados, a través de la evaluación de resultados permite realizar seguimiento al avance de la gestión y al desempeño institucional. Es por esto que se planea la elaboración de un indicador que permitan medir los tiempos de respuesta acorde con lo establecido en la Ley 1755 de 2015.

## **9.11 PROPUESTA DE PROCEDIMIENTO DE SALIDAS NO CONFORMES**

De acuerdo con la norma ISO 9001:2015, capítulo 8.7 control de las salidas no conformes, la organización debe asegurarse de que salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada.

La empresa debe tratar las salidas no conformes de las siguientes formas:

- a) Corrección.
- b) Separación, contención, devolución o suspensión de productos.

- c) Información del cliente.
- d) Obtener la autorización para la aceptación bajo concesión.

De acuerdo con lo anterior y con el fin de dar cumplimiento al numeral 8.7 de la norma, se diseñó la propuesta del procedimiento para el control de las Salidas No Conformes el Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz. El cual se puede consultar en el anexo I.

En el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, la dimensión Control Interno específica desde los componentes:

1. Ambiente de control
2. Evaluación del riesgo
3. Actividades de control
4. Información y comunicación
5. Actividades de monitoreo

## **9.12 PROPUESTA DEL PROCEDIMIENTO RECEPCIÓN Y GESTIÓN DE PQRSD**

La propuesta del procedimiento se presenta en el anexo J, el cual establece e implementar el procedimiento de recepción y gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias o Denuncias realizadas por los usuarios al mantener los canales de comunicación de manera oportuna y pertinente en la E.S.E Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz, centros y puestos de salud, en concordancia a la normatividad vigente. Desde la ISO 9001:2015, 7.5 información documentada. El sistema de gestión de la calidad de la organización debe incluir:

- a) La información documentada requerida para esta Norma Internacional
- b) La información documentada que la organización determina como determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

Desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la dimensión Gestión del Conocimiento, en el Sistema de gestión documental y de recopilación de información de los productos generados a los grupos de valor, por todo tipo de fuente de generación. Está se encuentra en la propuesta del flujograma del proceso Atención al Ciudadano se encuentra en el anexo K.

### **9.13 PROPUESTA DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PQRSD.**

Desde la ISO 9001:2015 capítulo 9.1.3 análisis y evaluación: La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición.

Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar:

- a) La conformidad de los productos y servicios;
- b) El grado de satisfacción del cliente;
- c) El desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad;
- d) Si lo planificado se ha implementado de forma eficaz;
- e) La eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades;
- f) El desempeño de los proveedores externos;
- g) La necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad.

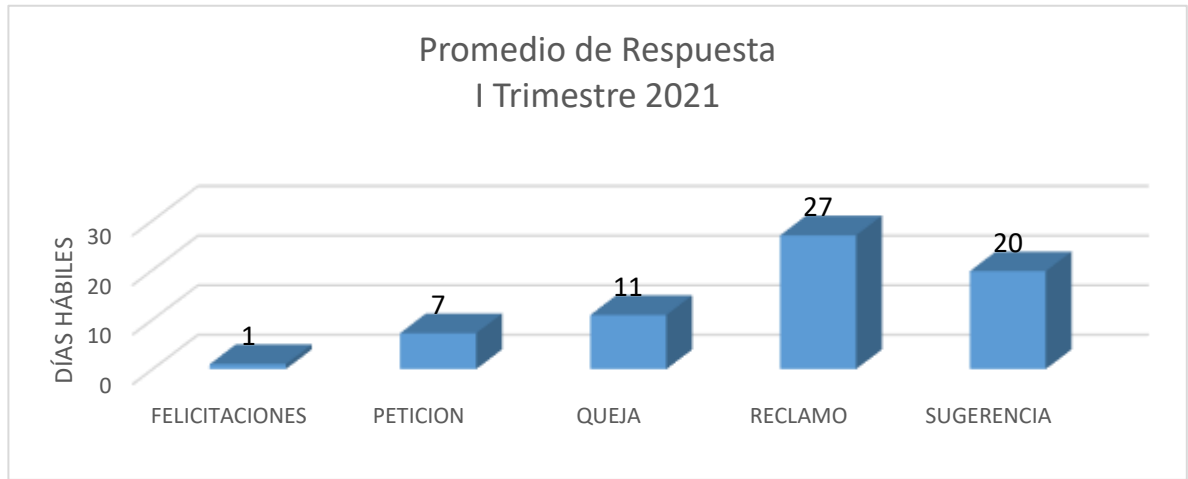
Desde el procedimiento recepción y gestión de PQRSD se propone para realizar para cierre de este, la aplicación de encuesta de satisfacción para generar análisis de datos y permita toma de decisiones para la mejora del proceso. Ver anexo L.

Desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) la dimensión Gestión del Conocimiento genera espacios de trabajo que promueven el análisis de la información y la generación del nuevo conocimiento, a través de alianzas estratégicas o grupos de investigación donde se revisan experiencias y generando la mejora continua del proceso y resultado.

### **9.14 REVISIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

Se realizó una revisión del proceso de atención al ciudadano y un análisis de los datos de la matriz proporcionada por el Hospital, correspondiente al registro y tratamiento de las PQRSD diciembre 2020 y primer trimestre 2021.

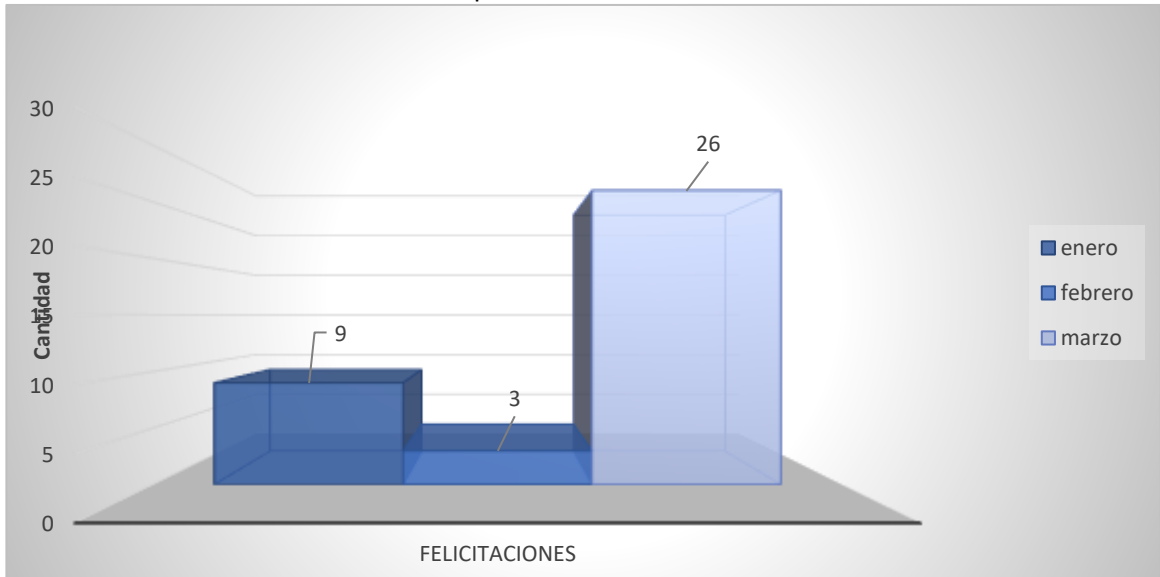
Gráfico 1 Promedio de Respuestas Primer Trimestre 2021 – en días hábiles



Para el mes de diciembre 2020 y los meses de enero, febrero y marzo 2021, el Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz de acuerdo con los tiempos que el Hospital respondió las PQRs de la siguiente manera: Felicitaciones 1 día hábil, Petición 7 días hábiles, Queja 11 días hábiles, Reclamo 27 días hábiles y Sugerencia 20 días hábiles, evidenciando que el reclamo supera los tiempos establecidos en la Ley 1755 de 2015<sup>2</sup>, en 12 días adicionales. Respecto a las Peticiones y Quejas, las respuestas se realizan dentro de los tiempos de Ley. Las Felicitaciones y Sugerencias, aunque las respuestas no sean obligatorias, el Hospital Regional emite una respuesta al peticionario.

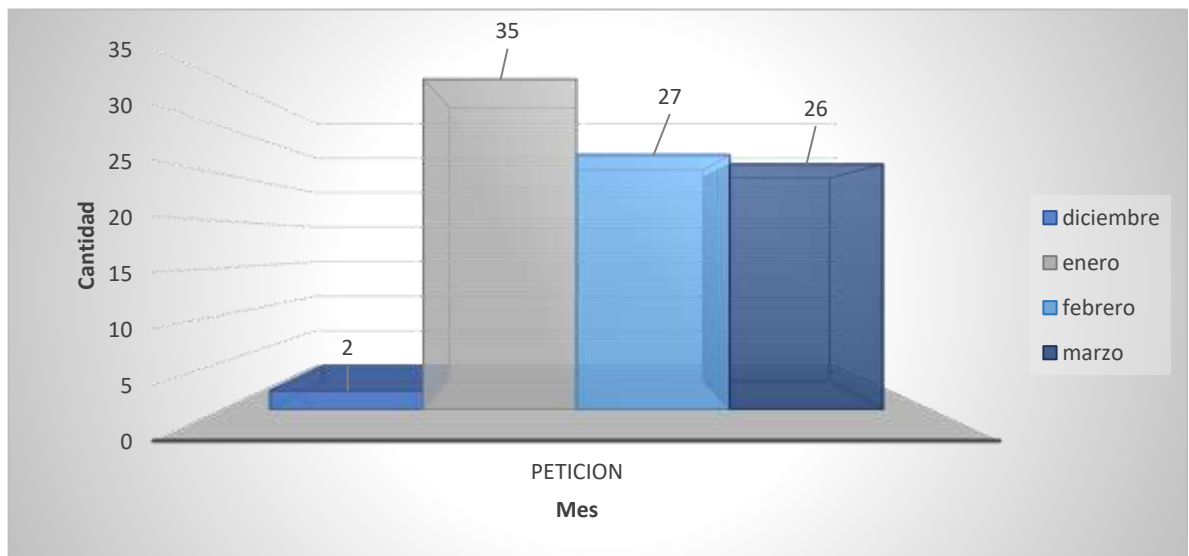
<sup>2</sup> Los tiempos establecidos en la Ley 1755 de 2015 son: Petición, Queja y Reclamo, Quince (15) días hábiles.

Gráfico 2 Felicitaciones radicadas en el primer trimestre de 2021



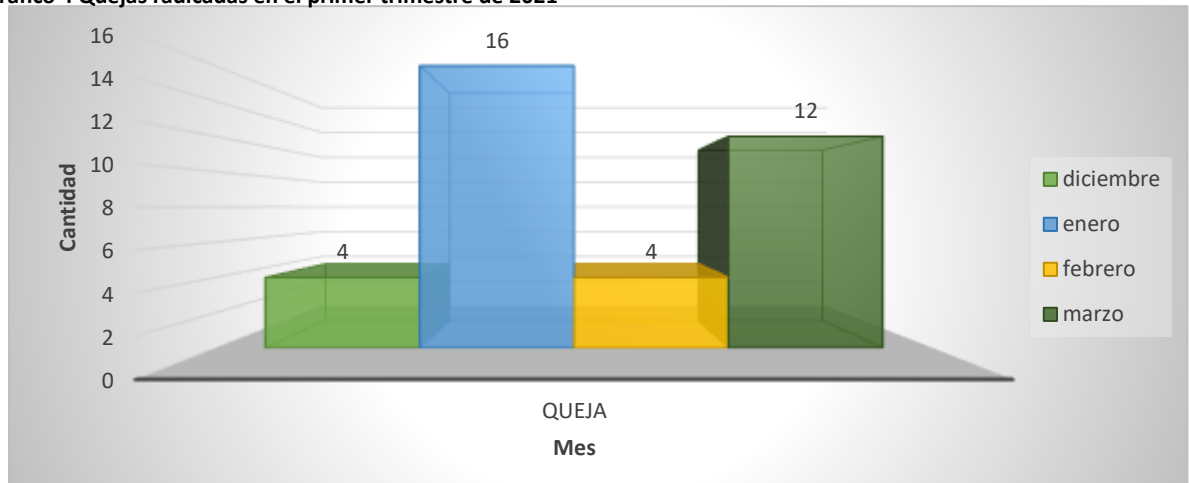
Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz recibió durante el primer trimestre del 2021 recibió en total 38 Felicitaciones distribuidas así: enero 9; febrero 3 y marzo 26. De acuerdo con lo anterior se evidencia la calidez y trato amable a los usuarios por parte del personal del Hospital Regional.

Gráfico 3 Peticiones radicadas en el primer trimestre de 2021



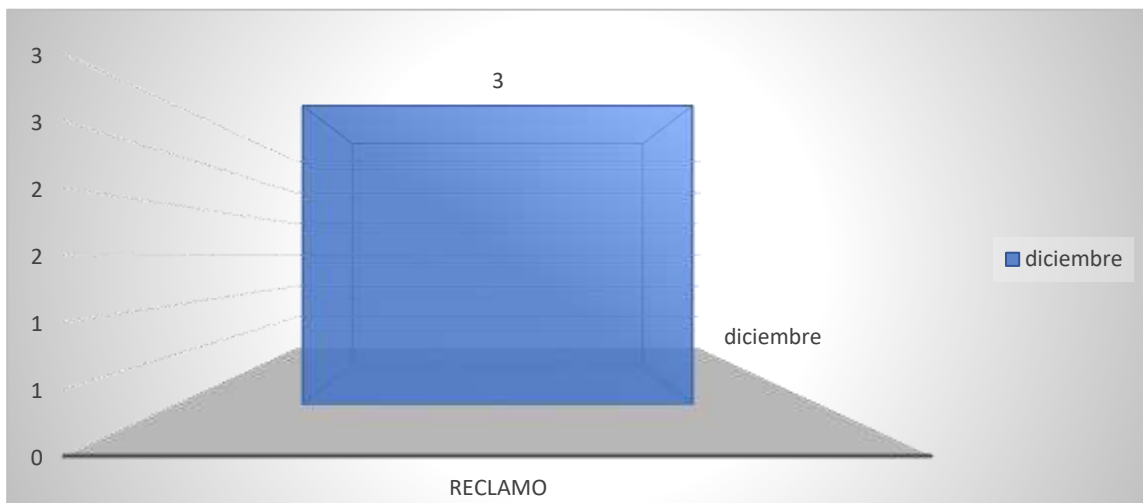
Regional Pedro León Álvarez Díaz durante el mes de diciembre de 2020<sup>3</sup> y Hospital trimestre del 2021, recibió en total 90 Peticiones distribuidas de la siguiente manera: diciembre 2, enero 35, febrero 27 y marzo 26. Se observa una disminución en las peticiones en entre el mes de enero y febrero del 22,85% y para los meses febrero y marzo disminuye las peticiones en 3,70%.

Gráfico 4 Quejas radicadas en el primer trimestre de 2021



Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz durante el mes de diciembre de 2020<sup>4</sup> y primer trimestre del 2021, recibió en total 36 quejas distribuidas de la siguiente manera: diciembre 4, enero 16, febrero 4 y marzo 12. Se observa los meses de enero y febrero disminuyó 400%, mientras se presentó un incremento del 300% de recepción de quejas entre los meses de febrero y marzo.

Gráfico 5 Reclamo radicado en diciembre de 2020



<sup>3</sup> Para el mes de diciembre quedaron 2 peticiones pendientes; por lo tanto, no es objeto de análisis.

<sup>4</sup> Para el mes de diciembre quedaron 4 quejas pendientes; por lo tanto, no es objeto de análisis.

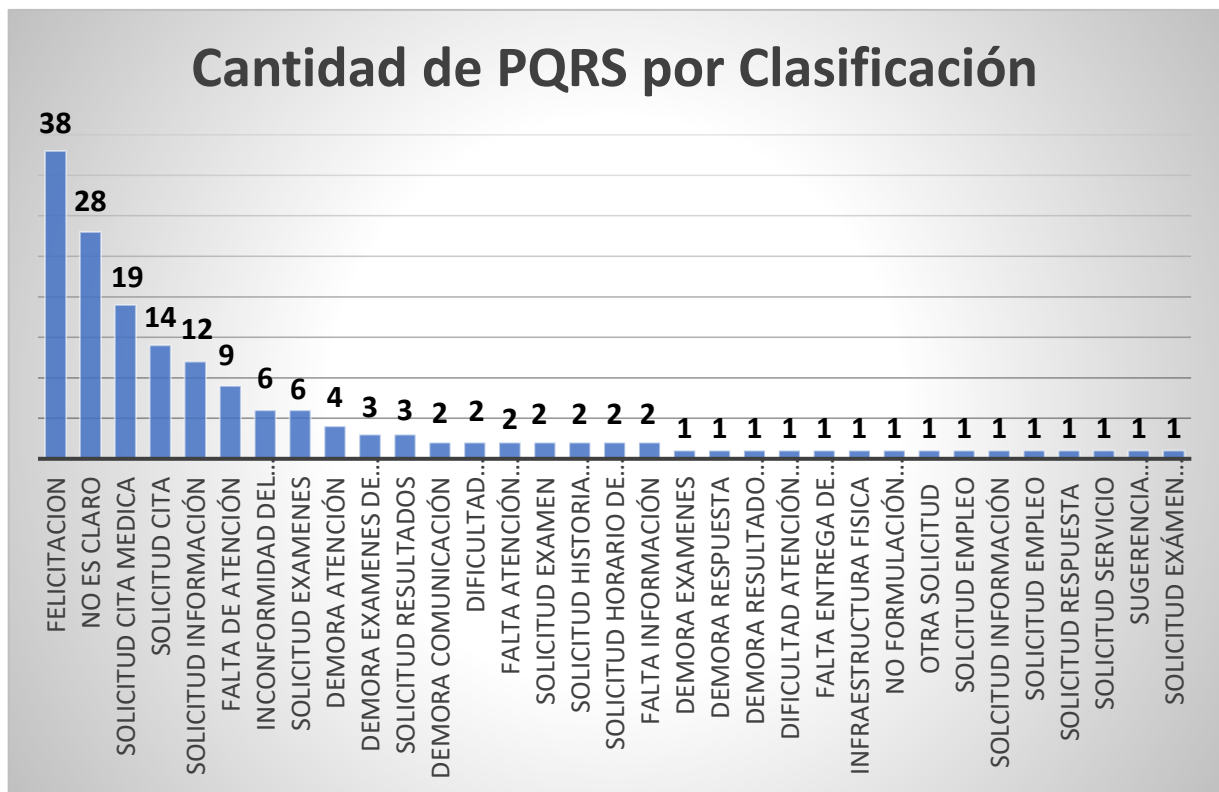
El Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz durante el mes de diciembre de 2020, recibió en total 3 reclamos.

Gráfico 6 Sugerencias radicadas en diciembre de 2020 y enero de 2021



Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz durante el mes de diciembre de 2020 y enero 2021 total 4 sugerencias distribuidas de la siguiente manera: diciembre 2 y enero 2, de mantuvo la tendencia en 2 sugerencias.

Gráfico 7 PQRS por clasificación radicadas en diciembre de 2020 y primer trimestre de 2021



<sup>5</sup> Para el mes de diciembre quedaron 2 sugerencias pendientes; por lo tanto, no es objeto de análisis.

Aplicando el principio de Pareto, se identificó que los datos relevantes de mayor incidencia por tipo son: Felicitación, Solicitud Cita Médica y No es Claro. La Felicitación se debe al trato amable a los usuarios por parte del personal del Hospital Regional, al no estar sujeto a tiempos establecidos para brindar respuesta desde la norma, no se tendrá en cuenta para este análisis; por lo tanto, los 3 tipos objeto de análisis son: Solicitud de Cita Médica, No es Claro y Solicitud de Información.

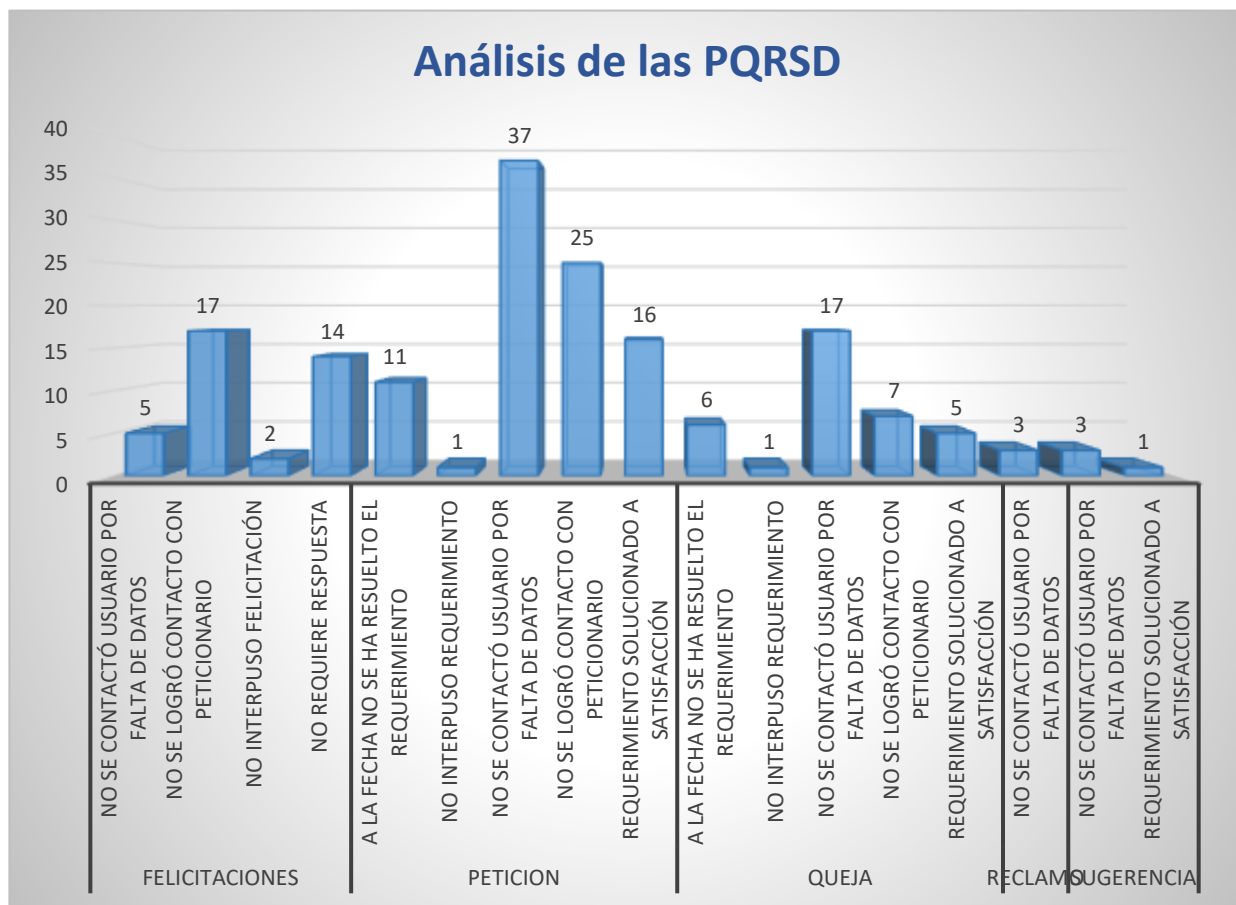
La *Solicitud de Cita Médica* enmarcan aquellas solicitudes de medicina general, especialistas y odontológicas; por lo anterior, se evidencia que los peticionarios acuden a la PQRSD al no tener una respuesta eficaz a través de la línea telefónica prevista para este fin.

No es claro, son datos que, por su redacción o falta de información básica, no fue posible clasificarlo en otro tipo.

La *Solicitud de Información* enmarca aquellas solicitudes de aclaración de procesos como radicados, envío de exámenes, números de contacto, exámenes médicos, exámenes de laboratorios y convenios vigentes del Hospital con las EPS.

Esto evidencia que los peticionarios solicitan una línea exclusiva para agendar citas médicas a través de un Centro de Atención Telefónica que tenga la capacidad instalada para atender el número de llamadas requeridos.

## 9.15 ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO DE LAS PQRSD



Teniendo en cuenta la información suministrada por el Hospital, se realizó verificación telefónica a cada uno de los registros el 10 de mayo de 2021, encontrando que:

- Para la categoría **Felicitaciones**, 5 peticionarios no se contactaron por falta de datos, es decir, no se encontraba registrado en la matriz el número telefónico. 17 peticionarios no se logró contacto debido a que no contestaron. 2 peticionarios manifestaron que no habían registrado felicitación y 14 peticionarios confirmaron que si habían registrado la felicitación.
- Para la categoría **Petición**, 11 peticionarios indicaron que a la fecha en la que se realizó la llamada, no se ha resuelto el requerimiento. 1 Peticionario no interpuso el requerimiento. 37 peticionarios no se lograron contactar por falta de datos. 25 peticionarios no se logró contacto, debido a que no

contestaron la llamada y 16 peticionarios confirmaron que se solucionó a satisfacción la solicitud.

- Para la categoría **queja**, 6 peticionarios indicaron que a la fecha en la que se realizó la llamada, no les habían dado respuesta. 1 peticionario no interpuso requerimiento. 17 peticionarios no se contactaron por falta de datos. 7 peticionarios no se logró contacto, debido a que no contestaron la llamada y 5 peticionarios confirmaron que se solucionó a satisfacción la queja.
- Para la categoría **reclamo**, 3 peticionarios no se lograron contactar por falta de datos.
- Por último, para la categoría **sugerencia**, 3 peticionarios no se lograron contactar por falta de datos y 1 peticionario confirmó que se solucionó a satisfacción la sugerencia.

## 9.16 PROPUESTA FORMATO MATRIZ PQRSD

Al revisar la documentación proporcionada por el Hospital Regional la Mesa, se encontró que la Matriz del registro de las PQRSD utilizada de manera general para reportar a la Gobernación de Cundinamarca, identificando la necesidad de realizar la propuesta de un formato de matriz propia, en la cual se pueda registrar información necesaria para el análisis de la gerencia. A continuación, se mencionan algunos de ellos:

Propuesta de campo de la matriz	Descripción del campo	Funcionalidad
Fecha máxima de respuesta	Está celda tiene formato DD/MM/AAAA	Este campo es automático y calcula la fecha máxima en que se debe dar la respuesta a la PQRSD teniendo en cuenta los días hábiles.
Fecha real de respuesta	Está celda tiene formato DD/MM/AAAA	Se debe ingresar de manera manual la fecha a la cual se da respuesta a la PQRSD
Días hábiles en respuesta		

Propuesta de campo de la matriz	Descripción del campo	Funcionalidad
	Está celda tiene formato DD/MM/AAAA	Este campo es automático y calcula los días hábiles entre la fecha de radicación y la fecha real de la respuesta, en donde indica el campo en color verde cuando cumple con los tiempos de respuesta y en rojo cuando sobrepasa los tiempos.
Tipo PQRSD	Está celda tiene el formato de lista desplegable.	Permite elegir de la lista la Petición, Queja, Reclamo, Sugerencia, Felicitaciones y Denuncia.
Municipio/Sede Central/Centro de Salud	Está celda tiene el formato de lista desplegable.	En está celda se encuentra una lista con la sede, los municipios de cada sede o puesto de salud. Con el fin de identificar de manera específica el origen de donde se presentó el origen de la PQRSD.
Ejes temáticos	Está celda tiene el formato de lista desplegable.	Se despliega una lista de los ejes temáticos de continuidad, oportunidad pertinencia, accesibilidad, seguridad, humanización y otras administrativas.
Clasificación de la PQRSD		En esta celda se encuentra la clasificación

Propuesta de campo de la matriz	Descripción del campo	Funcionalidad
	Está celda tiene el formato de lista desplegable.	en segundo nivel de los ejes temáticos definidos por la entidad o por el hospital, para cada PQRSD.
Área del servicio	Está celda tiene el formato de lista desplegable.	En esta celda está disponible en lista desplegable todas las áreas de prestación del servicio en salud que se relacionan con la prestación del servicio.

Para tener en cuenta:

1. La celda de medio de presentación de PQRSD, tipo de documento del petionario, municipio del petionario, tipo del documento del afectado, relación con quien puso la queja, entidad objeto de la PQRSD, naturaleza del prestador, municipio/vereda del prestador y medio de notificación de respuesta utilizado. Estos campos se han dispuesto en listas desplegables a fin de minimizar el error en la digitación de datos por parte del funcionario.
2. Está propuesta de matriz en formato Excel, incluye un instructivo para su diligenciamiento en un libro adicional titulado *Instructivo de diligenciamiento*.
3. Al diligenciar está propuesta de matriz, se diligencia mediante formulación automática la matriz de datos del formato de Gobernación de Cundinamarca, lo cual minimiza transcripciones y digitación adicional de los datos y facilita el proceso de administración de PQRSD.

La propuesta del Formato Matriz PQRSD Hospital Pedro León Álvarez se puede visualizar en el anexo M.



## 10. CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos identificados en el trabajo de grado, se presentan las siguientes conclusiones:

1. Identificar las brechas del proceso atención al ciudadano en el Hospital Regional La Mesa, en el marco de la norma NTC ISO 9001:2015 articulado con el documento MIPG, a través de un diagnóstico.
  - Se identificaron las brechas del proceso atención al ciudadano en el Hospital Regional la Mesa a través de la aplicación del diagnóstico, encontrando oportunidades de mejora frente a la metodología para registrar, hacer seguimiento, analizar y proponer planes de mejora frente a las PQRSD que llegan al Hospital.
2. Establecer un plan para mejorar el proceso de Atención al Ciudadano en el Hospital Regional la Mesa con base en los resultados del diagnóstico.

Se realizaron diferentes propuestas de mejora del proceso atención al ciudadano:

- ✓ Propuesta de actualización de la Planeación Estratégica.
  - ✓ Propuesta Misión
  - ✓ Propuesta Visión
  - ✓ Propuesta política de calidad
  - ✓ Propuesta de objetivos
  - ✓ Propuesta de política de calidad del proceso atención al ciudadano
  - ✓ Propuesta de partes interesadas
  - ✓ Propuesta mapa de procesos
  - ✓ Propuesta de indicador atención al ciudadano
  - ✓ Propuesta del procedimiento de Salidas No Conformes
  - ✓ Propuesta del procedimiento recepción y gestión de PQRSD
  - ✓ Propuesta de encuesta de satisfacción PQRSD
  - ✓ Propuesta Formato Matriz PQRSD
3. Presentar la propuesta de mejora del proceso de Atención al Ciudadano a la Alta Dirección del Hospital Regional la Mesa
    - Se realiza la presentación de la propuesta de mejora del proceso atención al ciudadano a la Alta Dirección en la semana del 14 de junio de 2021.

En conclusión, se identificó que el proceso de atención al ciudadano del Hospital Regional La Mesa, requiere ajustes en su estructura desde la planeación, hasta la verificación, asegurando la realimentación del proceso con el fin de disminuir la recepción de PQRSD.

## 11. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Alta gerencia, considerar la implementación de las herramientas propuestas tales como: Matriz DOFA, Comunicación de la Política de Calidad, Caracterización Proceso de Atención al ciudadano, Matriz de requisitos CLIO, Formato Planeación y Gestión del cambio, Ficha Indicador, Procedimiento de Salidas No Conformes, Procedimiento recepción y gestión de PQRSD, Propuesta de encuesta de satisfacción PQRSD y Propuesta de formato Matriz PQRSD, con miras a la mejora del proceso de atención al ciudadano.
- Revisar constantemente la documentación que está publicada con la que el Hospital dispone desde la Intranet y hacer una alineación de la información.
- Realizar sensibilizaciones a los colaboradores del proceso atención al ciudadano frente a los requisitos CLIO del Hospital, con el fin de garantizar la clasificación y respuesta adecuada de las PQRSD.
- Incluir en el programa de inducción y reinducción que se realiza a los colaboradores sobre la función pública, información relacionada con la mejora continua en el marco de la norma NTC ISO 9001:2015 y el MIPG.
- Se recomienda crear formatos propios para la evaluación de los procesos, en tiempo real de las necesidades y las no conformidades en el desarrollo de las actividades del Hospital La Mesa Pedro León Álvarez Díaz.
- Crear un informe ejecutivo semestral en donde se evidencie el seguimiento y valoración de la satisfacción del petionario y llevar un histórico.
- Desde la gestión del conocimiento, se recomienda implementar seguridad de la información a fin de proteger y preservar la información de acuerdo con la normatividad vigente y ley 1581 de 2012.
- La apertura del Buzón se puede realizar al finalizar la jornada de trabajo por el profesional encargado del centro médico, tomando como evidencia el registro de video de todo el proceso de la apertura y conteo de la cantidad de PQRSD recibidas y envío posterior a la Coordinadora del Hospital sede la Mesa, con el respectivo soporte fotográfico escaneado de la PQRSD.

- Se recomienda incluir la propuesta de la encuesta de satisfacción al usuario de PQRSD, debido a que permite medir las expectativas de esta parte interesada y tener un insumo para retroalimentación del proceso.

## BIBLIOGRAFÍA

Benites Campos, L. J. (2016). *Estudio de la Norma ISO 9001 del Requisito Competencia, Formación, Toma de Conciencia en las Relaciones Laborales de las Empresas*. Machala: Machala : Universidad Técnica de Machala.

FUNCIÓN PÚBLICA. (30 de octubre de 2018). Obtenido de [https://www.funcionpublica.gov.co/web/murc/respuesta1/-/asset\\_publisher/k5EyMjix5n8A/content/actividad-22](https://www.funcionpublica.gov.co/web/murc/respuesta1/-/asset_publisher/k5EyMjix5n8A/content/actividad-22)

Función Pública. (Diciembre de 2020). *Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas*. Bogotá.

ICONTEC. (2015) NTC – ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de Calidad. Bogotá: ICONTEC.

IDECUT (2018). *Trámite a Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias*. Bogotá.

Ley 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.

Pinto Dueñas, M. R., & Silva Perez, L. E. (2004). [https://lab.gob.cl/uploads/filer\\_public/be/1a/be1a1464-d681-4276-b491-0d9b047e91f1/proyecto\\_cuentas\\_claras.pdf](https://lab.gob.cl/uploads/filer_public/be/1a/be1a1464-d681-4276-b491-0d9b047e91f1/proyecto_cuentas_claras.pdf). Bucaragamanga.

Vento Quiñonez, P. (2014). *Propuesta de mejora en el trámite de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos en la Alcaldía de Bojacá, Cundinamarca*. Bogotá D.C.

(s.f.). Obtenido de <http://www.hospilamesa.gov.co/empresa/control-y-gestion/planeacion-y-calidad/manual-procesos-y-procedimientos/viewdocument/676>