

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME DE AUDITORIA CONTROL</b>	<b>CIN-FT-02 V3</b>

<b>Fecha:</b>	En nuestra condición de auditores de la Oficina de Control Interno, realizamos y reportamos el presente informe, el cual incluye recomendaciones relacionadas con oportunidades de mejoramiento, identificadas en la Auditoría realizada con corte comprendido entre los meses de 1 de octubre de 2022 al 28 de febrero de 2023.
<b>Proceso Auditado:</b>	Gestión de la Calidad – Humanización.
<b>Responsable del Proceso:</b>	Doctor Iván Cadena Granadas - Jefe de la Oficina de Calidad Doctora María Yolanda Camelo Reyes – Referente del Proceso de Humanización.
<b>Auditores:</b>	Andrés Felipe Cepeda Salazar– Auditor Especializado contratista Control Interno. Astrid Marcela Méndez Chaparro- Jefe de Oficina de Control Interno.

<b>Objetivo:</b>	Evaluar las Acciones de Humanización, con corte comprendido entre 1 de octubre de 2022 al 28 febrero de 2023, mediante la validación de los lineamientos establecidos en la Política, Programa y Procedimientos de Humanización de la Entidad, incluidos los documentos y registros generados, así como la adherencia para su aplicación, a fin de generar una alerta sobre fortalezas y debilidades detectadas, que orienten el proceso sobre la toma de acciones correctivas y logro de las metas propuestas.
<b>Alcance:</b>	<b>Desde:</b> Evaluación del proceso de humanización en las USS seleccionadas por el Equipo de Control Interno de la Subred Sur. <b>Hasta:</b> Acciones realizadas en la Implementación y seguimiento de estrategias que favorezcan la transformación, orientada a la calidad del servicio para el periodo comprendido 1 de octubre de 2022 al 28 febrero de 2023.
<b>Criterios de la Auditoría:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Constitución Política de Colombia: Colombia es un estado social de derecho...fundamentado en el respeto de la dignidad humana..."</li> <li>2. Resolución 13437 de 1991: "Adopta como postulados básicos el propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público en las Instituciones Hospitalarias..."</li> <li>3. Ley 100 de 1993: "Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones".</li> <li>4. Ley 1122 de 2006: "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud"</li> <li>5. Ley 1437 de 2011: Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.</li> <li>6. Ley 1474 de 2011: Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y de la efectividad del control de la gestión pública.</li> </ol>

7. Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad en Salud y se dictan otras disposiciones.

8. Resolución 1348 de 2012: Se expide la regulación sobre los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculantes a su atención en salud, más conocida como Ley de Deberes y Derechos de los pacientes.

## EJECUCIÓN

Para el desarrollo de esta Evaluación, se utilizaron diferentes Técnicas de Auditoría para la selección de muestras y revisión de atributos de la información. Tales Técnicas hacen referencia a: entrevistas con servidores, análisis de documentos, obtención de evidencias, entre otras. Como las Pruebas de Auditoría se desarrollaron con base en muestreos, además de sanear los casos específicos que se citan en el informe adjunto a manera de ejemplos, es necesarios cerciorarse de que estos hechos no sean recurrentes en otros escenarios u operaciones.

Se realizó prueba de recorrido para los procedimientos establecidos y publicados en la página Web y/o Almera, lo cual implica la ejecución independiente por parte del Auditor cuyo objetivo es realizar la verificación de la eficiencia operativa de los controles establecidos por la Entidad. El Procedimiento de Auditoría se realizó mediante entrevista con la Dra. Yolanda Camelo Referente de Humanización de la Entidad. De tal forma que se realizó la revisión aleatoria de un documento para cada procedimiento con el propósito de verificar que todas las actividades especificadas por los Procesos de Gestión de Calidad, cuyo objetivo es minimizar los riesgos asociados a cada acción.

Para efecto del presente informe se elaborarán como resultado de la auditoría observaciones y recomendaciones, las cuales son definidas a continuación:

- **Observaciones:** Hace referencia a desviaciones evidenciadas en las políticas, lineamientos, programas, procesos, procedimientos, o normatividad aplicable y están estarán sujetas a planes de mejoramiento.
- **Recomendaciones:** Hace referencia a la evaluación independiente realizada por parte de la Oficina de Control Interno, cuyas observaciones están encaminadas al mejoramiento del proceso y requieren planes de mejora a potestad de los evaluados.

### 1. Verificación del cumplimiento de los lineamientos del ambiente físico humanizado.

Inicialmente se realizó la validación de los criterios establecidos por la Entidad para mantener un ambiente físico humanizado, para lo cual se identificó la existencia del siguiente procedimiento publicado en Almera: CA- HUM-OD-03 Lineamientos Ambiente Físico Humanizado. De igual manera como herramienta para la validación de los criterios mencionados en el procedimiento, se identificó la lista de chequeo en CA- HUM- FT - 01 Lista de Chequeo Verificación Humanizada del Ambiente Físico.

En la validación de este Procedimiento se identificó que el objetivo de la Entidad para fomentar un ambiente humanizado es : *“Establecer los aspectos de diseño a través de los cuales la Subred fomenta la humanización de ambiente físico, así como los entornos agradables y confortables para pacientes, familiares y colaboradores, teniendo en cuenta no solo el marco normativo, sino también aspectos desde la psicología de la arquitectura y el ambiente, reconociendo el impacto tranquilizador y terapéutico que esto genera en los pacientes”.*

Este Procedimiento busca fortalecer las adecuaciones de los espacios físicos con el propósito de promover la reducción de estrés del paciente, sus familiares y de los colaboradores de la Entidad para producir mejorar emocionalmente, la comodidad y confortabilidad de la prestación de los servicios de salud con un especial énfasis en las áreas de pediátricas. Se recalca la necesidad de tener estructuras, centros y unidades “amigables” en donde el cuidado de los ambientes y de los entornos sea una condición importante para la humanización, de tal manera que aspectos como : decoración, disminución de ruidos, los horarios, la hostelería, el uso de pantallas y televisores, las salas de descanso, las salas de espera, el confort de las habitaciones, los espacios de entretenimiento, los jardines, la temperatura, la limpieza, la señalización, los mostradores, las zonas de acceso, las zonas adaptadas, la megafonía, entre otros aspectos cobran importancia.

El Procedimiento señala: *“Para dar alcance a los objetivos estratégicos y lograr los estándares superiores de calidad en salud, mediante la implementación de acciones progresivas que contribuyan al fortalecimiento del desempeño institucional en temas de confort y ambiente físico de las áreas de servicio se tendrá en cuenta los siguientes aspectos”:*

1. Iluminación
2. Salas de espera cómodas, con silletería suficiente para la capacidad de atención de la unidad.
3. Paleta de Colores por Servicio
4. Señalética Flotante
5. Salas de descanso para el personal asistencial
6. Jardines, plantas.
7. Tecnología (televisores, digiturnos, pantallas, equipos biomédicos – Wifi).
8. Megafonía
9. Juegos, Cartillas y libros.
10. Puntos de Hidratación.
11. Ambientes de Paz
12. Barreras de Privacidad
13. Espacios destinados a guardar las pertenencias
14. Herramientas de Comunicación para personas con limitaciones.

Igualmente, el proceso de humanización cuenta con una lista de chequeo mediante la cual se verifica los aspectos básicos de un ambiente físico humanizado, esta lista se identifica en Almera como CA- HUM- FT -01 Lista de Chequeo Verificación Humanizada del Ambiente Físico, a continuación, se relaciona dicha herramienta de inspección:

ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA (Aplica para todos los servicios)					
Nº	CRITERIO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
1	Las áreas de atención cuenta con información de derechos y deberes				
2	Las salas donde se prestan servicios (de hospitalización, asistencia, urgencias y recuperación quirúrgica, cuentan con ambientes de paz (oratorios o capillas) donde se realiza intervención a usuario basado en humanización (Respeto por los usuarios fallecidos, el dolor y emociones de la familia)				
3	Se cuenta con condiciones locativas y tecnológicas para reducción de filas que disminuye las ansiedades en la espera de atención				
4	Se cuenta con el uso de barreras de privacidad (ej: Bombos, cortinas, separadores entre unidades)				
5	Las habitaciones cuentan con mesa de noche o stand para guardar objetos personales del usuario				
6	El baño cuenta con sanitario, lavamanos y ducha en los espacios donde así lo requiera el paciente				
7	Cuenta con la incorporación de colores adecuados para pacientes adultos e imágenes para pacientes pediátricos.				
8	El hospital cuenta con revistero, juegos de mesa, o jardines, para disminuir la ansiedad				
9	La unidad cuenta con utilización de pizarras o afiches, sistemas de contacto visual para comunicarnos con aquellos pacientes con ventilación mecánica invasiva que no pueden hablar.				
10	Se cuenta con luz para lectura de los usuarios o su familia				
11	Cuentan con televisores en habitación o salas de espera				
12	Cuentan con elementos lúdicos que favorezcan la recuperación y el tiempo libre de los pacientes pediátricos				
13	Cuenta con una señalización adecuada, visible que identifique ubicación, rutas de acceso y rutas de evacuación, consultorios, entre otros.				
14	Los consultorios cuentan con señalización del horario del profesional cuando estos son compartidos.				
15	Se cuenta con espacios disponible para entregar información a familiares de los pacientes.				
16	Cuenta con lenguaje braille en lugares de acceso común o herramientas para comunicación inclusiva.				
17	Se cuenta con altavoz para el llamado de los pacientes.				
18	Se cuenta con sillas en buen estado de fácil limpieza y desinfección en las salas de espera.				
19	Se cuenta con sillas suficientes en las salas de espera.				
20	Se cuenta con almohadas en cada cama y/o camilla.				
21	Se cuenta con elementos antiescoria (ej cojín y/o colchones antiescoria)				
22	Se cuenta con inmovilizadores para pacientes				
23	Se cuenta con elementos para mantener temperatura en los pacientes (cobijas o manta )				
24	Las habitaciones cuentan con persianas o cortinas para el control de la iluminación				
25	El servicio cuenta con apoyos sanitarios como sillas pata, patos, pisingos, rifoneras				
26	El espacio cuenta con puntos de hidratación				
27	El espacio cuenta con utensilios que reduzcan el ruido (interlocutorios, altavoces, bocinas)				

La lista de chequeo incluye 27 atributos de validación aplicables para todos los servicios, cuyo propósito consiste en la validación de los aspectos básicos de un ambiente físico humanizado. Se observa que los puntos 2,5,9,11,12, 21, 22, 23 y 27 son de aplicación única para las unidades médicas, en los cuales se presta servicios de atención hospitalaria, por lo cual, con el propósito de generar una inspección con mayor efectividad de acuerdo con la unidad médica, se recomienda separar los aspectos físicos humanizados según tipo de servicios prestados; ya sean de atención hospitalaria o de consulta externa. **Ver Recomendación No 1.**

Como parte de la verificación del cumplimiento de estos atributos, en la presente auditoría se tuvieron en cuenta las unidades médicas que se encuentran en proceso de acreditación y se realizó la selección de dos unidades médicas para inspeccionar los lineamientos establecidos en la lista de chequeo para dar cumplimiento a un ambiente físico humanizado.

A continuación, se relacionan las USS en acreditación y las USS seleccionadas por el Equipo de Control Interno.

Ruralidad / Urbana	USS en Acreditación	Selección Control Interno
Ruralidad	USS Destino	Selección Control Interno
	USS Pasquilla	Selección Control Interno
	USS Mochuelo	
	San Juan de Sumapaz (Reacreditación)	
	Nazareth (Reacreditación)	
Urbana	Vista Hermosa	

De acuerdo con la verificación realizada en la USS Destino y USS Pasquilla, se evidenciaron las siguientes situaciones para tener en cuenta:

### USS Destino

1. Las áreas de atención no cuentan con información de Derechos y Deberes.
2. Para dar cumplimiento a las condiciones locativa y tecnológicas para la reducción de filas que disminuye la ansiedad en la espera de la atención. La unidad médica cuenta con digiturno, sin embargo, este está fuera de funcionamiento.



3. A pesar de que se trata de una unidad de servicio médico de consulta externa, no se observó un revistero, juegos de mesa o jardines, para disminuir la ansiedad.

4. Considerando la comunicación inclusiva, no se observó la publicación de los Derechos y Deberes en lenguaje braille.
5. El espacio no cuenta con puntos de hidratación.

### USS Pasquilla

1. A pesar de que se trata de una unidad de servicio médico de consulta externa, no se observó un revistero, juegos de mesa o jardines, para disminuir la ansiedad.
2. El espacio no cuenta con puntos de hidratación.
3. Los baños de la unidad médica no contaban con antideslizante.



4. Considerando la comunicación inclusiva no se observó la publicación de los métodos de participación del ciudadano.

### **Ver Observación N°1 Incumplimiento de los estándares establecidos por la Entidad.**

Como parte del trabajo realizado se efectuaron indagaciones con los colaboradores de las unidades médicas de Destino y Pasquilla, cuyas funciones requieren de mayor interacción con los usuarios como lo son: **Facturación y Farmacia**. *El propósito de estas indagaciones consistió en conocer situaciones que se hubieran presentado en un tiempo cercano con los usuarios del servicio y que pueden afectar el desarrollo normal de las actividades y de las funciones de los diferentes cargos.*

Ante las indagaciones realizadas en la unidad médica de Pasquilla se generó una queja por parte de la persona que se encontraba realizando turno en la farmacia. Según el relato de este colaborador en días pasados se presentó una situación conflictiva con el paciente asociado a la historia clínica identificada con No. 5247670, para la colaboradora el paciente recurrentemente tiene una actitud inadecuada, ante la situación se solicitó el soporte de la referente de humanización y se pudo identificar que es necesario *fortalecer los canales de apoyo* que pueden tener los colaboradores de la Entidad para manifestar quejas a los usuarios del servicio y fortalecer la prestación del servicio en cumplimiento de estándares humanizados. **(De acuerdo con el análisis efectuado a la respuesta remitida se aceptan los argumentos planteados y se retira la observación).**

**Ver Observación N°2.** Cumplimiento de Derechos y Deberes de los pacientes. De acuerdo con los estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalario de Colombia, El Estándar 97 Establece: *La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y derechos del cliente interno y del paciente y su familia.* **(De acuerdo con el alcance comprendido entre el 1 de octubre al 2022 al 28 de febrero de 2023 y según los soportes revisados se evidencio la desviación identificada, sin embargo, esta fue corregida a partir de las mesas de trabajo entre la Oficina de Control Interno y el**

**Subproceso de Humanización con posterioridad al alcance de la auditoría. Por lo cual con el análisis efectuado a la respuesta remitida se aceptan los argumentos planteados y se retira la observación).**

Igualmente, en cumplimiento con un ambiente físico humanizado de acuerdo con los lineamientos establecidos en la política, en el programa, en el instructivo CA- HUM-OD-03 Lineamientos Ambiente Físico Humanizado y en el Manual de Acreditación en Salud, se suministró la siguiente información.

- a. **Plan de Mejora 650:** Hallazgo Ente Acreditador – Estándar 115: La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores. Se incluye criterios:
- Trato Humano cálido, cortés y respetuoso.
  - Consideración del entorno personal y familiar.
  - Análisis del panorama de riesgos.
  - Remuneración, incentivos y bienestar.
  - Medición de Fatiga y estrés laboral.
  - Carga Laboral, turnos y rotación.
  - Ambiente de Trabajo.
  - Abordaje de Enfermedad Profesional.
  - Preparación para la Jubilación y el retiro laboral.
  - Mejoramiento de Salud Ocupacional.

**Oportunidad de Mejora:** Consolidar actividades que promuevan la intervención de acciones preventivas que afecten la convivencia laboral.

**Proceso:** Gestión del Talento Humano

**Fecha de Inicio:** 1 de mayo de 2022

**Acciones de Mejoramiento Propuestas:**

- i. Socializar a través de piezas comunicativas el objeto, alcance y logros del Comité de Convivencia Laboral Soportes: Pieza comunicativa y listado de asistencia
- ii. Implementar la estrategia lúdica en las Unidades y/o servicios priorizados Soportes: Estrategia documentada (video) y registro de desarrollo de la estrategia
- iii. Monitorear la gestión de los reportes o casos allegados al Comité de convivencia Soporte: Informe con gestión de casos.

**Acciones efectuadas.**

Se diseñó pieza comunicativa con video situacional para despliegue en colaboradores. La temática presentada a través de video simula una situación de la vida real, en donde se presentan situaciones que afectan la sana convivencia en determinado proceso. Se realiza proceso de retroalimentación con los colaboradores abordados, se analizan comportamientos y se concluye con mensaje de divulgación del decálogo de convivencia. Durante la intervención se escuchan inquietudes de los colaboradores y se recuerdan los mecanismos para comunicarse con el comité de convivencia.

Dentro de los logros identificados por el Comité, se resalta:

1. Lograr el cumplimiento del 100% de plan de acción, desarrollando actividades que aportan a la prevención de casos o situaciones que afecten la convivencia.
2. Implementación de la estrategia lúdica, para la sensibilización en los colaboradores.
3. Logro de la disminución de quejas y casos de acoso laboral y maltrato.

4. Entendimiento en los colaboradores respecto al alcance y competencia del Comité.

De acuerdo con las evidencias subidas en la herramienta Almera para las acciones i y ii, se evidencia que no se cuenta con un listado de asistencia de los 168 colaboradores que recibieron este abordaje, adicionalmente, no se evidencia mecanismo medición de apropiación a los asistentes. El contenido suministrado no está relacionado directamente con el ambiente físico humanizado.

Para el caso de la acción número 3 se observa Informe de Gestión del año 2022 del Comité de Convivencia, en el cual se relaciona que a la fecha se gestionaron 14 casos de los cuales 1 se encuentra cerrado, 3 se encuentra abiertos y 7 trasladados. Al respecto no se evidencia una relación directa con el ambiente físico humanizado.

**Oportunidad de respuesta de los planes de mejora:**

- i. Socializar a través de piezas comunicativas el objeto, alcance y logros del Comité de Convivencia Laboral Soportes: Pieza comunicativa y listado de asistencia.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	1/05/2022	1/11/2022	180
Fin	30/11/2022	29/12/2022	29
Tiempo de Elaboración	209	238	29

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora – Seguimiento.

Para esta acción de mejora se observa que el plan de mejora debió iniciar el 1 de mayo de 2022 y realmente inicio el 1 de noviembre de 2022 presentando un retraso de 180 días, por otra parte, para el caso de la fecha de finalización se observa un retraso de 29 días con respecto a la fecha planeada, la acción y su planteamiento se efectuó para desarrollarla en 209 días y se elaboró, soporte y cerro efectivamente en 238 días.

- ii. Implementar la estrategia lúdica en las Unidades y/o servicios priorizados Soportes: Estrategia documentada (video) y registro de desarrollo de la estrategia

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	1/05/2022	1/11/2022	180
Fin	30/11/2022	29/12/2022	29
Tiempo de Elaboración	209	238	29

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan de mejora debió iniciar el 1 de mayo de 2022 y realmente inicio el 1 de noviembre de 2022 presentando un retraso de 180 días, por otra parte, para el caso de la fecha de finalización se observa un retraso de 29 días con respecto a la fecha planeada, la acción y su planteamiento se efectuó para desarrollarla en 209 días y se elaboró, soporte y cerro efectivamente en 238 días.

- iii. Monitorear la gestión de los reportes o casos allegados al Comité de Convivencia Soporte: Informe con gestión de casos.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	1/05/2022	1/12/2022	210
Fin	30/11/2022	29/12/2022	29
Tiempo de Elaboración	209	28	29

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan de mejora debió iniciar el 1 de mayo de 2022 y realmente inicio el 1 de noviembre de 2022 presentando un retraso de 210 días, por otra parte, para el caso de la fecha

de finalización se observa un retraso de 29 días con respecto a la fecha planeada, la acción y su planteamiento se efectuó para desarrollarla en 209 días y se elaboró, soporto y cerro efectivamente en 28 días.

- b. Plan de Mejora 596: Estándar 80: La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independiente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

**Oportunidad de Mejora:** Diseñar e implementar dentro de los Procesos de Talento Humano, un mecanismo para revisar casos que involucren a colaboradores agredidos por usuarios y sus familiares, durante el ciclo de atención, el cual debe incluir intervención individual y grupal.

**Proceso:** Gestión del Talento Humano

**Fecha de Inicio:** 1 de mayo de 2022

**Acciones de Mejoramiento Propuestas:**

- i. Conformar el equipo de trabajo para desarrollar mecanismos de prevención de la agresión de usuarios a colaboradores.
- ii. Realizar mesas de trabajo necesarias para la construcción de documentos, actas de reuniones y listados de asistencia.

#### **Acciones efectuadas**

Para la primera acción se observa acta de conformación de mesa de seguimiento en donde se involucra colaboradores agredidos.

Se observa acta MI-SIG-SIG-FT-01 V4 en la cual se expone:

**Objetivo de acta:** Conformar el equipo técnico para gestionar los casos de agresión de usuarios a colaboradores y diseñar un protocolo de atención.

Fecha de la Reunión: 3 de junio de 2022

Orden del día:

1. Conformación de equipo técnico de gestión de casos de agresión de usuarios a colaboradores.
2. Propuesta de ruta de atención a quejas interpuestas por funcionarios a usuarios que han tenido trato deshumanizado.
3. Compromisos.

Desarrollo de los temas:

1. Se conforma equipo técnico de gestión de casos de agresión de usuarios a colaboradores, integrado por el director de talento humano, la jefe de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano y la referente de Humanización.
2. Desde la Oficina de Participación se manifiesta que las quejas que son interpuestas por parte de los colaboradores llegan por diferentes medios de comunicación como el buzón de colaboradores, el buzón de sugerencias destinado para los usuarios, correspondencia y/o personalmente en las oficinas administrativas y asistenciales. Se menciona que la prioridad debe ser el Buzón de Colaboradores, sin embargo, el Director de Talento Humano refiere que a la fecha no han llegado manifestaciones por allí relacionadas con trato deshumanizado de un usuario a un colaborador.

Como parte de los comentarios expresados por el área de humanización se manifiesta que el proceso que se está manejando es mediante un oficio recibido por el colaborador en el cual la EPS realiza una retroalimentación de sus Derechos y Deberes. Por lo cual se hace hincapié el realizar acciones encaminadas al ejercicio de restablecimiento y atención primaria y secundaria por parte de talento humano y humanización.

Igualmente, a través del buzón de colaboradores se puede reportar los casos de agresión de usuarios a colaboradores y los pasos a seguir son los siguientes: Desde el proceso de Participación Social y Servicio al Ciudadano se emite oficio a la EAPB donde está afiliado el usuario con el fin que la entidad aseguradora realice retroalimentación con el usuario. Frente al colaborador la Oficina de Talento Humano hace la intervención de apoyo emocional al colaborador que fue agredido y Humanización realiza una actividad grupal con los colaboradores donde ocurrió el evento para manejo de paciente y disminución de estrés.

3. Se propone ruta de acción y reacción donde se plantea:

**Gestión inmediata:** activación de mecanismos de protección inmediata al colaborador. Notificando a su profesional de enlace., quien debe activar los mecanismos de protección como la seguridad de la unidad, policía, fiscalía. Luego, el profesional de enlace debe notificar la acción a buzón de colaboradores. Una vez notificados, se redistribuye esta información vía ORFEO a las dependencias encargadas.

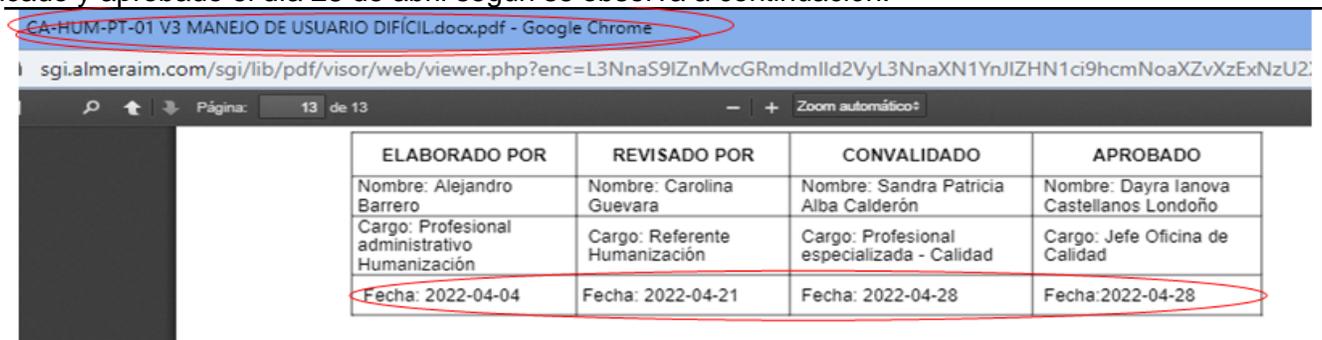
**Acciones de intervención primaria:** Esta tiene como objetivo desarrollar, integrar e informar acciones de manera colectiva con el colaborador y su equipo, a partir de lo evidenciado en las quejas, estando a cargo del equipo de humanización. Una vez desarrollado, se enviará la información a Talento Humano, quien se encargará de unificar la información.

**Acciones de intervención secundaria:** Tiene como objetivo dar un acompañamiento personalizado y generar espacios de restablecimiento y bienestar al colaborador, teniendo inicialmente la atención Seguridad y Salud en el Trabajo, de manera individual y realizando un informe cuando se haga la intervención, teniendo como medición la encuesta de satisfacción con la intervención, siendo este informe entregado a talento humano, oficina desde la cual saldrá el informe trimestral del seguimiento

4. **Compromisos:** Se plantea diseñar el protocolo de atención de agresiones a funcionarios desde un usuario, estando a cargo de la referente de humanización.

5. **Observación de los Compromisos:** Según lo establecido en la evidencia cargada en la herramienta Almera, este compromiso lo acepta el subproceso de humanización, sin embargo, de acuerdo a los discutido en reunión la preliminar de cierre del presente informe, se estableció que la dicha actividad es competencia de Talento Humano.

A la fecha de la revisión no se observa un procedimiento establecido, formalizado y publicado en Almera que tenga como objetivo las acciones plasmadas en el acta y por otra parte él tampoco se evidencia un protocolo de atención de agresiones a funcionarios desde un usuario con los lineamientos planteados en la reunión. En la herramienta Almera se observa publicado el protocolo CA-HUM-PT-01 Manejo de Usuario Difícil el cual fue publicado y aprobado el día 28 de abril según se observa a continuación:



ELABORADO POR	REVISADO POR	CONVALIDADO	APROBADO
Nombre: Alejandro Barrero	Nombre: Carolina Guevara	Nombre: Sandra Patricia Alba Calderón	Nombre: Dayra Ianova Castellanos Londoño
Cargo: Profesional administrativo Humanización	Cargo: Referente Humanización	Cargo: Profesional especializada - Calidad	Cargo: Jefe Oficina de Calidad
Fecha: 2022-04-04	Fecha: 2022-04-21	Fecha: 2022-04-28	Fecha: 2022-04-28

**Fuente:** Procedimiento Publicado en la Herramienta Almera

Por lo cual las acciones propuestas el día 3 de junio de 2022 mediante el acta de conformación de equipo de seguimiento de agresión a colaboradores no se encuentran incluidas dentro de este protocolo. Se recomienda continuar con la elaboración de los planes establecidos mediante acta para dar cumplimiento al plan de mejora 596. **Ver Recomendación N°2** y continuar realizando estas mesas de trabajo para fortaleciendo el trato Humanizado del usuario al colaborador, ya que para la segunda acción planteada se observa como soporte la misma evidencia que para la misma acción. Igualmente se evidencia que la acción suministrada hace referencia a temas de Humanización sin embargo no está directamente relacionada con el ambiente físico humanizado.

**Oportunidad de respuesta de los planes de mejora:**

- i. Conformar el equipo de trabajo para desarrollar mecanismos de prevención de la agresión de usuarios a colaboradores.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	2/05/2022	31/05/2022	29
Fin	31/05/2022	21/06/2022	21
Tiempo de Elaboración	29	49	20

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan de mejora debió iniciar el 2 de mayo de 2022 y realmente inicio el 31 de mayo de 2022 presentando un retraso de 29 días, por otra parte, para el caso de la fecha de finalización se observa un retraso de 21 días con respecto a la fecha planeada, la acción y su planteamiento se efectuó para desarrollarla en 29 días y se elaboró, soporte y cerro efectivamente en 49 días.

- ii. Realizar mesas de trabajo necesarias para la construcción de documentos, actas de reuniones y listados de asistencia.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	2/05/2022	31/05/2022	29
Fin	31/05/2022	25/11/2022	175
Tiempo de Elaboración	29	203	174

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan de mejora debió iniciar el 2 de mayo de 2022 y realmente inicio el 31 de mayo de 2022 presentando un retraso de 29 días, por otra parte, para el caso de la fecha de finalización se observa un retraso de 175 días con respecto a la fecha planeada, por lo cual la acción su planteamiento se efectuó para desarrollarlo en 29 días desde y se elaboró, soporte y cerro efectivamente en 175 días.

- c. **Plan de Mejora 563:** Estándar 116: La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional. Esto considerando sí: Criterios: 1. Se incentiva y respeta la opinión de los colaboradores. 2. A partir de los resultados evaluados se generan planes de mejoramiento, los cuales serán seguidos en el tiempo para verificar su cumplimiento.

**Oportunidad de Mejora:** Definir mecanismos para evaluar la satisfacción de los colaboradores.

**Proceso:** Gestión del Talento Humano

**Fecha de Inicio:** 1 de abril de 2022

**Acciones de Mejoramiento Propuestas:**

- i. Documentar los mecanismos para evaluar la satisfacción de los colaboradores.
- ii. Implementar los mecanismos para evaluar la satisfacción de los colaboradores.

### Acciones efectuadas

Como mecanismos para evaluar la satisfacción de los colaboradores se observa:

1. Encuesta de satisfacción de bienestar.
2. Encuesta de Satisfacción del Proceso de Capacitación.
3. Documento Preliminar – Mecanismo para la Evaluación de satisfacción de los colaboradores.

Como soporte de la acción número ii se observa la tabulación de la encuesta de satisfacción responsabilidad social primer trimestre 2020, los resultados de la encuesta de satisfacción del 1 trimestre, soporte del indicador de la encuesta de satisfacción con un resultado de satisfacción equivalente al 90% y soporte de satisfacción del segundo trimestre del PIC con un porcentaje de satisfacción del 90,14%.

Acorde a las evidencias cargadas en la herramienta Almera para la acción i se evidencia que no se cuenta con la formalización del documento denominado “Mecanismo para la Evaluación de satisfacción de los colaboradores”. Mediante este documento se formalizan y se documentan los mecanismos de evaluación para la medición de la satisfacción de los colaboradores en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., el contenido suministrado no está relacionado directamente con el ambiente físico humanizado.

Se recomienda formalizar los mecanismos de evaluación de la satisfacción de los colaboradores con el propósito de contribuir a el cumplimiento del estándar 116 el cual hace referencia a la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional. **Ver Recomendación N 3.**

### Oportunidad de respuesta de los planes de mejora:

- i. Documentar los mecanismos para evaluar la satisfacción de los colaboradores.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	1/04/2022	1/04/2022	0
Fin	30/04/2022	1/04/2022	-29
Tiempo de Elaboración	29	0	-29

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan de mejora se cumplió oportunamente con ejecución en términos de tiempo.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	2/05/2022	1/07/2022	59
Fin	30/06/2022	1/07/2022	1
Tiempo de Elaboración	58	59	1

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan de mejora debió iniciar el 2 de mayo de 2022 y realmente inicio el 1 de julio de 2022 presentando un retraso de 59 días, por otra parte, para el caso de la fecha de finalización se observa un retraso de 1 día con respecto a la fecha planeada, la acción y su planteamiento se efectuó para desarrollarla en 58 días y se elaboró, soporte y cerro efectivamente en 59 días.

- d. **Plan de Mejora 690:** Realizar diagnostico a los colaboradores aplicando herramienta de síndrome de burnout.

**Oportunidad de Mejora:** Realizar Diagnostico e intervención de variables que hacen parte de síndrome de Burnout.

**Fecha de Inicio:** 1 de enero de 2022

**Proceso:** Gestión del Talento Humano

**Acciones de Mejoramiento Propuestas:**

- i. Diseñar cronograma de despliegue de la herramienta.
- ii. Aplicación de la herramienta de acuerdo con cronograma.
- iii. Realizar informe acorde al resultado.
- iv. Establecer Plan de Intervención de acuerdo con diagnóstico y cronograma de despliegue.
- v. Realizar el despliegue de acuerdo con el plan de intervención.

**Acciones efectuadas**

De acuerdo con la evidencia cargada en el sistema Almera se observa que la acción de mejora se encuentra implementada y genera los resultados esperados en orientación al síndrome de burnout, el cual surge por la exposición crónica a factores de riesgo de tipo psicosocial. Se presenta como una manifestación o respuesta al estrés crónico laboral y se caracteriza por tres dimensiones: a) agotamiento emocional (agotamiento de los recursos emocionales propios); b) despersonalización (actitudes negativas), y c) falta de realización personal en el trabajo (valoración negativa del propio rol profesional). la acción suministrada hace referencia a temas de Humanización sin embargo no está directamente relacionada con el ambiente físico humanizado.

**Oportunidad de respuesta de los planes de mejora:**

- i. Diseñar cronograma de despliegue de la herramienta.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	1/08/2022	16/08/2022	15
Fin	16/08/2022	16/08/2022	0
Tiempo de Elaboración	15	15	0

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan de mejora debió iniciar el 1 de agosto de 2022 y realmente inicio el 16 de agosto de 2022 presentando un retraso de 15 días, por otra parte, para el caso de la fecha de finalización se elaboró oportunamente con respecto a la fecha planeada, la acción y su planteamiento se efectuó para desarrollarla en 15 días y se elaboró, soporte y cerro efectivamente en el tiempo establecido.

- ii. Aplicación de la herramienta acorde a cronograma.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	5/08/2022	1/08/2022	-4
Fin	30/09/2022	14/10/2022	14
Tiempo de Elaboración	55	73	14

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan de mejora debió iniciar el 5 de agosto de 2022 y realmente inicio el 1 de agosto de 2022 por lo cual se elaboró de manera anticipada, por otra parte, para el caso de la fecha de finalización se observa un retraso de 14 día con respecto a la fecha planeada, la acción y su planteamiento se efectuó para desarrollarla en 55 días y se elaboró, soporte y cerro efectivamente en 73 días.

iii. Realizar informe de acuerdo con resultado.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	3/10/2022	31/10/2022	28
Fin	31/10/2022	31/10/2022	0
Tiempo de Elaboración	28	28	0

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan de mejora debió iniciar el 3 de octubre de 2022 y realmente inicio el 31 de octubre de 2022 presentando un retraso de 28 días, por otra parte, para el caso de la fecha de finalización se elaboró oportunamente con respecto a la fecha planeada, la acción y su planteamiento se efectuó para desarrollarla en 28 días y se elaboró, soporto y cerro efectivamente en el tiempo establecido.

iv. Establecer Plan de Intervención de acuerdo con diagnóstico y cronograma de despliegue.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	1/11/2022	30/11/2022	29
Fin	25/11/2022	16/12/2022	21
Tiempo de Elaboración	24	45	21

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan de mejora debió iniciar el 1 de noviembre de 2022 y realmente inicio el 30 de noviembre de 2022 presentando un retraso de 29 días, por otra parte, para el caso de la fecha de finalización se observa un retraso de 21 días con respecto a la fecha planeada, por lo cual la acción y se planteamiento se efectuó para desarrollarlo en 24 días desde y se elaboró, soporto y cerro efectivamente en 45 días.

v. Realizar el despliegue de acuerdo con el plan de intervención.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	11/11/2022	22/12/2022	41
Fin	15/12/2022	22/12/2022	7
Tiempo de Elaboración	34	41	7

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan de mejora debió iniciar el 11 de noviembre de 2022 y realmente inicio el 22 de diciembre de 2022 presentando un retraso de 41 días, por otra parte, para el caso de la fecha de finalización se observa un retraso de 7 días con respecto a la fecha planeada, por lo cual la acción y se planteamiento se efectuó para desarrollarlo en 34 días y se elaboró, soporto y cerro efectivamente el mismo día de programación.

- e. **Plan de Mejora 595:** Estándar 80: La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independiente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

**Oportunidad de Mejora:** Avanzar en la implementación de estrategias para promover en clientes internos y externos, la atención humanizada, el respeto, la privacidad y la dignidad, usando metodologías lúdico-pedagógicas y evaluar la percepción del usuario frente al respeto de su dignidad personal, privacidad, seguridad y comunicación.

**Fecha de Inicio:** 1 de abril de 2022

**Proceso:** Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

### Acciones de Mejoramiento Propuestas:

- i. Conformar el equipo de trabajo dar continuidad y definir estrategias para promover en clientes internos y externos, la atención humanizada, el respeto, la privacidad y la dignidad.
- ii. Socializar las estrategias derivadas de las mesas de trabajo de acuerdo con cronograma establecido por el equipo.
- iii. Realizar la estrategia de acuerdo con los criterios establecidos en el PIC: cobertura, apropiación y satisfacción.
- iv. Actualizar la encuesta de satisfacción para incluir las variables del estándar: respeto de su dignidad personal, privacidad, seguridad y comunicación.
- v. Aplicar la encuesta de satisfacción.

### Acciones efectuadas

Se observa conformación de mesa de humanización realizada con los responsables de Humanización y Talento Humano, en el acta se propone la conformación de una mesa de humanización y de las líneas estratégicas con los procesos que intervienen y apoyan. Se busca fortalecer la atención humanizada, respeto, privacidad y dignidad.

Se plantea que se fortalezca las siguientes líneas de acción direccionadas al cliente interno y externo:

LINEA ESTRATEGICA	Población objeto	DIRECCIÓN - PROCESO O PERSONAL INVOLUCRADO
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>HUMANIZACIÓN</b></li> </ul>	C. interno C. Externo.	Subgerencia de Prestación de Servicios. Subgerencia Corporativa. Of. Asesora de comunicaciones. Dir. Administrativa. Dir. Financiera. Of de Calidad.
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>DERECHOS Y DEBERES</b></li> </ul>	C Externo.	Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano. Of. Asesora de Comunicaciones. Subgerencia de Prestación de Servicios. Subgerencia Corporativa.
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>SEGURIDAD EN EL PACIENTE.</b></li> </ul>	C interno. C externo.	Subgerencia de Prestación de Servicios. Subgerencia Corporativa. Dirección administrativa. Dir. Financiera. Of. De Calidad.
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y BIENESTAR.</b></li> </ul>	C interno.	Dirección de Talento Humano. Of. Asesora de comunicaciones. Dirección administrativa. Dir. Financiera.

**Fuente:** Acta Conformación de Mesa de Humanización

Se desarrolla un control bimestral y se desarrollará una reunión en donde cada día línea expondrá los avances asociados a los cuatro temas mencionados previamente.

Como datos relevantes observados en la reunión se especifica que los que, en la medición de los derechos y deberes, el porcentaje más bajo de conocimiento se encuentra concentrado en los funcionarios. Igualmente se llega a un acuerdo que no serán más de 4 indicadores a los que se les realizara el seguimiento y aportarán para medir la efectividad de la humanización.

Se observo la socialización de la actividad Sentimos.

Se hacen mesas de trabajo para revisar y actualizar las preguntas de la encuesta de satisfacción de acuerdo con los criterios definidos en la OM y se realiza su respectiva aplicación, a continuación, se relacionan las encuestas actualizadas:

- PS-SC-NEU-FT-01 V2 MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO SERVICIOS COMPLEMENTARIO
- PS-SC-NEU-FT-03 V2 MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO SERVICIOS AMBULATORIOS
- PS-SC-NEU-FT-04 V2 MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
- PS-SC-NEU-FT-05 V2 MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO SERVICIO DE URGENCIAS

De acuerdo con oportunidad de mejora revisada es posible establecer la acción hace referencia a temas de Humanización y se está cumpliendo e igualmente esta direccionada para mejorar los valores de la Entidad en caminando la cultura organizacional al respeto la dignidad personal, privacidad, seguridad y comunicación. Sin embargo, no está directamente relacionada con el ambiente físico humanizado.

#### Oportunidad de respuesta de los planes de mejora:

i. Conformar el equipo de trabajo dar continuidad y definir estrategias para promover en clientes internos y externos, la atención humanizada, el respeto, la privacidad y la dignidad.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	2/05/2022	2/05/2022	0
Fin	31/05/2022	24/08/2022	84
Tiempo de Elaboración	29	112	83

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan de mejora inicio oportunamente, por otra parte, para el caso de la fecha de finalización se observa un retraso de 84 días con respecto a la fecha planeada, por lo cual la acción y se planteamiento se efectuó para desarrollarlo en 29 días y se elaboró, soporte y cerro efectivamente en 112 días desde su programación.

ii. Socializar las estrategias derivadas de las mesas de trabajo de acuerdo a cronograma establecido por el equipo.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	1/06/2022	22/11/2022	171
Fin	30/11/2022	30/11/2022	0
Tiempo de Elaboración	179	179	0

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan de mejora inicio debió iniciar el 1 de junio de 2022 y realmente inicio el 22 de noviembre de 2022 presentando un retraso de 171 días, por otra parte, para el caso de la fecha de finalización no se observa retraso con respecto a la fecha planeada, por lo cual la acción y se planteamiento se efectuó para desarrollarlo en 179 días y se elaboró, soporte y cerro efectivamente en el

tiempo de su programación.

- iii. Realizar la estrategia de acuerdo con los criterios establecidos en el PIC: cobertura, apropiación y satisfacción.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	1/06/2022	1/06/2022	0
Fin	30/11/2022	15/12/2022	15
Tiempo de Elaboración	179	194	15

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan de mejora inicio de manera oportuna. Por otra parte, para el caso de la fecha de finalización no se observa un retraso con respecto a la fecha planeada de 15 días, por lo cual la acción y se planteamiento se efectuó para desarrollarlo en 179 días y se elaboró, soporte y cerro efectivamente en 194 días desde su programación.

- iv. Actualizar la encuesta de satisfacción para incluir las variables del estándar: respeto de su dignidad personal, privacidad, seguridad y comunicación.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	2/05/2022	2/05/2022	0
Fin	31/05/2022	31/05/2022	0
Tiempo de Elaboración	29	29	0

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

La acción de mejora por lo cual la acción y se planteamiento se efectuó para desarrollarlo en 29 días y se elaboró, soporte y cerro efectivamente según su programación.

- v. Aplicar la encuesta de satisfacción.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	1/06/2022	1/06/2022	0
Fin	30/11/2022	10/11/2022	-20
Tiempo de Elaboración	179	159	-20

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

La acción de mejora por lo cual la acción y se planteamiento se efectuó para desarrollarlo en 179 días y se elaboró, soporte y cerro efectivamente en 159 días programación.

- f. **Plan de Mejora 550:** Estándar 129: La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores. Incluye: Criterios: Condiciones de humedad, ruido, iluminación. Promoción de condiciones de silencio: Señalización adecuada, sencilla y suficiente. Ambiente de trabajo adecuado. Reducción de contaminación visual y ambiental. Accesos que tienen en cuenta las limitaciones de los usuarios. Salas de espera confortable.

**Fecha de Inicio:** 1 de abril de 2022

**Proceso:** Gestión Administrativa.

**Oportunidad de Mejora:** Diseñar una política de silencio, aplicable a los ambientes de trabajo y a aquellos en los que se prestan servicios de salud.

### Acciones de Mejoramiento Propuestas:

- i. Definir los contenidos, actividades y mecanismos de medición que se van a desarrollar el tema de silencio aplicable a los ambientes de trabajo y aquellos en los que se prestan servicios de salud.
- ii. Documentar y normalizar el documento que dé respuesta al manejo del silencio aplicable a los ambientes de trabajo y aquellos en los que se prestan servicios de salud.
- iii. Implementar el documento que dé respuesta al manejo del silencio aplicable a los ambientes de trabajo y aquellos en los que se prestan servicios de salud.
- iv. Solicitar la referenciación para revisar el tema para el manejo del silencio aplicable a los ambientes de trabajo y aquellos en los que se prestan servicios de salud.

### Acciones efectuadas.

El día 29 de abril de 2022 se observa acta cuyo objeto consiste en consolidar los contenidos, actividades y mecanismos de medición que se van a desarrollar en temas relacionados con el silencio en los ambientes de trabajo de las unidades de la Subred Sur.

Como estrategias se define: realizar una Socialización con el cliente interno y externo sobre la importancia de respetar a los demás bajando el volumen en los teléfonos celulares, televisores, radios, localizadores y otros dispositivos.

Actividades desde la estrategia Humanizarte: para capacitar y sensibilizar en el proceso de disminución de ruidos en los ambientes de las unidades de la Subred Sur.

Mantenimiento de mobiliarios: Revisión de elementos como carros de medicamentos, sillas de ruedas, entre otros, para que estén en óptimas condiciones y no generen ruidos fuertes cuando estén en desplazamiento.

Igualmente se ha realizado un documento como respuesta al manejo del silencio en el cual se establece como estrategia la sensibilización a través de socializaciones en las unidades priorizadas y especialmente en la unidad del Tunal, en la cual se determinó que los niveles de decibeles (db) están por encima de los 60 db con máximos por encima de los 80 (db), según se menciona los niveles de decibeles en hospitales deben estar por debajo de los 50 decibeles. Como compromiso se genera priorizar cronograma para la ejecución de las actividades de manera gradual, iniciando con las sedes postuladas.

El subproceso de humanización realiza evaluación de forma trimestral de conceptos de política y programa, en los cuales está incluido la importancia del silencio y se encuentra en el informe general de resultados del primer trimestre del 2023 en la gráfica y análisis de "Condiciones de silencio, confort, infraestructura, acompañamiento". con un resultado del 91.2%. Para lo cual se suministró la siguiente evidencia:

- Informe de medición de ruido el cual se realiza anualmente. (julio 2022).
- Informe de satisfacción del usuario cuarto trimestre 2022 y primer trimestre 2023
- Instrumento de Medición de la percepción y satisfacción del usuario servicios ambulatorios, para identificación de las preguntas que se realizan sobre las condiciones de silencio durante la atención y que se evidencia en los resultados del informe de satisfacción del usuario.

A partir de las acciones efectuadas es posible establecer que la política de humanización hace referencia a temas relacionados con el silencio ya que se incluye la conceptualización del concepto la contaminación acústica y de igual forma en el programa de humanización se realiza la sensibilización de temas relacionados con el ambiente físico humanizado el cual está asociado a la disminución del ruido.

**Oportunidad de respuesta de los planes de mejora:**

- i. Definir los contenidos, actividades y mecanismos de medición que se van a desarrollar el tema de silencio aplicable a los ambientes de trabajo y aquellos en los que se prestan servicios de salud.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	1/04/2022	1/05/2022	30
Fin	16/05/2022	1/05/2022	-15
Tiempo de Elaboración	45	0	-45

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan de mejora debió iniciar el 1 de abril de 2022 y realmente inicio el 1 de mayo de 2022 presentando un retraso de 30 días. Por otra parte, para el caso de la fecha de finalización una anticipación de 15 días a la fecha planeada, la acción y su planteamiento se efectuó para desarrollarlo en 45 días y se elaboró, soporte y cerro efectivamente en 30 días desde su programación.

- ii. Documentar y normalizar el documento que dé respuesta al manejo del silencio aplicable a los ambientes de trabajo y aquellos en los que se prestan servicios de salud.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	17/05/2022	27/05/2022	10
Fin	31/05/2022	6/06/2022	6
Tiempo de Elaboración	14	19	5

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan debió iniciar el 17 de mayo de 2022 y realmente inicio el 27 de mayo de 2022 presentando un retraso de 10 días, por otra parte, para el caso de la fecha de finalización presenta un retraso de 6 días a la fecha planeada, la acción y su planteamiento se efectuó para desarrollarla en 14 días y se elaboró, soporte y cerro efectivamente en 19 días desde su programación.

- iii. Implementar el documento que dé respuesta al manejo del silencio aplicable a los ambientes de trabajo y aquellos en los que se prestan servicios de salud.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	1/06/2022	1/08/2022	60
Fin	31/10/2022	7/12/2022	37
Tiempo de Elaboración	150	186	36

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan debió iniciar el 1 de junio de 2022 y realmente inicio el 1 de agosto de 2022 presentando un retraso de 60 días, por otra parte, para el caso de la fecha de finalización presenta un retraso de 37 días a la fecha planeada, la acción y su planteamiento se efectuó para desarrollarla en 150 días y se elaboró, soporte y cerro efectivamente en 186 días desde su programación.

- iv. Solicitar la referenciación para revisar el tema para el manejo del silencio aplicable a los ambientes de trabajo y aquellos en los que se prestan servicios de salud.

Fecha	Planeada	Real	Tiempo de Oportunidad
Inicio	1/04/2022	27/06/2022	86
Fin	30/06/2022	27/06/2022	-3
Tiempo de Elaboración	89	86	-3

Fuente: Almera, Consulta de Planes de Mejora - Seguimiento

Para esta acción de mejora se observa que el plan debió iniciar el 1 de abril de 2022 y realmente inicio el 27 de

agosto de 2022 presentando un retraso de 86 días, por otra parte, para el caso de la fecha de finalización presenta un anticipo de 3 días a la fecha planeada, la acción y su planteamiento se efectuó para desarrollarla en 89 días y se elaboró, soporto y cerro efectivamente en 86 días desde su programación.

**Conclusiones del cumplimiento de los lineamientos del Ambiente Físico Humanizado**

1. La Entidad cuenta con los direccionamientos establecidos para fomentar un Ambiente Físico Humanizado en la política y en el programa, sin embargo, no se cuenta de manera puntual con la asignación de un proceso o subproceso responsable de controlar y monitorear de manera periódica los posibles cambios que puedan afectar el ambiente físico y la prestación del servicio tanto para los colaboradores como para los usuarios, como sucede con la herramienta CA- HUM- FT -01 Lista de Chequeo Verificación Humanizada del Ambiente Físico.
2. De acuerdo con las inspecciones realizadas en las Unidades Médicas de Pasquilla y Destino se identificaron algunos atributos, los cuales se encuentran señalados en CA- HUM- FT -01 Lista de Chequeo Verificación Humanizada del Ambiente Físico y requieren de su cumplimiento.
3. A través de las revisiones efectuadas en los planes de mejora (Evidencias Plan de Mejora 595) y de indagaciones hechas por el Equipo de Control Interno a los colaboradores de Pasquilla y Destino es posible establecer que la Entidad debe fortalecer el conocimiento de los Deberes y Derechos y los mecanismos con los que puede optar el colaborar para tratar manejar a los usuarios difíciles y recurrentes.
4. Se identifica la ausencia de direccionamientos para la atención de agresiones a funcionarios por parte de un usuario. Se recomienda documentar y formalizar en la herramienta Almera las acciones propuestas en la acción 596.
5. De acuerdo con los planes de acción suministrados por parte del Subproceso de Humanización se identificaron las siguientes situaciones:
  - a. Se evidencia retrasos en la oportunidad de respuesta a los planes de mejora relacionados con humanización, el objetivo de estos planes consiste en corregir las desviaciones identificadas al subproceso en cumplimiento de los estándares de acreditación y de gestión. A continuación, se relacionan dichos datos, los cuales se encuentran entre 1 a 174 días de retraso entre la fecha de planeación y la fecha de ejecución y documentación en la herramienta Almera. **Ver Recomendación No 4.**

**Tabla No 1 – Consolidado de Planes de Acción de mejora con Retraso**

Plan de Mejora	Acción	Tiempo de Retraso	Área Responsable
Plan de Mejora 596	Acción ii	174	Gestión del Talento Humano
Plan de Mejora 595	Acción i	83	Participación Comunitaria Y Servicio al Ciudadano
Plan de Mejora 550	Acción iv	36	Gestión Administrativa
Plan de Mejora 650	Acción i	29	Gestión del Talento Humano
Plan de Mejora 650	Acción ii	29	Gestión del Talento Humano
Plan de Mejora 650	Acción iii	29	Gestión del Talento Humano
Plan de Mejora 690	Acción iv	21	Gestión del Talento Humano
Plan de Mejora 596	Acción i	20	Gestión del Talento Humano
Plan de Mejora 595	Acción iii	15	Participación Comunitaria Y Servicio al Ciudadano
Plan de Mejora 690	Acción ii	14	Gestión del Talento Humano
Plan de Mejora 690	Acción v	7	Gestión del Talento Humano
Plan de Mejora 550	Acción iii	5	Gestión Administrativa
Plan de Mejora 563	Acción ii	1	Gestión del Talento Humano

- b. Para la planificación a estructura de planificación establecida en el subproceso de humanización en lo correspondiente a Ambiente Físico Humanizado se encuentra fundamentada en acciones de mejora, por lo cual se enfoca en controles de carácter correctivo, se debe fortalecer la estructura señalada en el sentido de la planificación y la implementación de acciones de control asociadas a los lineamientos del ambiente físico humanizado, de tal manera que se posible orientar el subproceso de humanización a la mejora continua a través de la planificación, el hacer, el verificar y el actuar, en cumplimiento del artículo 2 de la 87 de 1993, en la cual se desarrollan los objetivos del Sistema de Control Interno, en los cuales se determina:

*“Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional; asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y sus registros; definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presentan en la organización y que pueden afectar el logro de los objetivos y garantizar que el sistema de control interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación.” Ver Observación N°3. **(De acuerdo con el análisis efectuado a la respuesta remitida se aceptan los argumentos planteados y se retira la observación).***

- c. De acuerdo con los estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalario de Colombia, se pudo establecer: En cumplimiento del estándar 33 el cual establece: “El proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad”. **Criterio:** *Gestión de Riesgos relacionados con la falta de humanización en el servicio.* Se evidencio que no se cuenta con la identificación de riesgos en caso de falta de humanización a nivel de prestación de servicios y en lo correspondiente a ambiente físico. **Ver Observación N°4. (De acuerdo con el análisis efectuado a la respuesta remitida se aceptan los argumentos planteados y se retira la observación).**

- d. En cumplimiento del estándar 122 el cual establece: “La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico”.<sup>1</sup>

**Criterio:** “La organización cuenta con una estrategia para promover la cultura institucional para el buen ambiente físico”.

Se evidencia que la entidad cuenta dentro de su plan de capacitación con temáticas como la política de humanización y el programa de humanización los cuales incluyen de manera general el ambiente físico humanizado sin embargo no se evidencia de manera específica capacitaciones correspondientes a Ambiente Físico Humanizado. **Ver Observación 5. (De acuerdo con el análisis efectuado a la respuesta remitida se aceptan los argumentos planteados y se retira la observación).**

## 2. Verificación del diseño e implementación de los controles establecidos en el procedimiento CAM-HUM-PR-01 Intervención Humanizada PQRS.

Para el procedimiento CAM-HUM-PR-01 Intervención Humanizada se realizó prueba de recorrido cuya evidencia se relacionadas líneas abajo. El procedimiento consta de 8 actividades los cuales están enfocados a generar peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, relacionados con posibles desviaciones en el proceso de humanización en la atención en salud, para identificar factores críticos y sensibilizar a los colaboradores en la búsqueda del cambio del comportamiento.

De acuerdo con la validación observada para el procedimiento en mención se suministró y observo la siguiente evidencia:

1. Filtro de PQRS con fallas en el proceso de humanización.

Se observo Base de datos suministra por la oficina de Participación Comunitaria del mes de octubre de 2022, en esta base de datos se observaron los casos atendidos por el subproceso de humanización:

Fecha De Peticionario	Fecha De Radicación	Orfeo	Cedula del Usuario	Eps	Tipo De Población	Recepción en:	Perfil Colaborador
25/10/2022	26/10/2022	202206010158122	41432 <sup>ooo</sup>	Capital Salud	Adulto Mayor	Oficina Central	Terapeuta Física
21/10/2022	26/10/2022	202206010158202	1007659 <sup>ooo</sup>	Capital Salud	General	Uss Vista Hermosa	Médico General
21/10/2022	26/10/2022	2022060101582200	19114 <sup>ooo</sup>	Capital Salud	General	Uss Vista Hermosa	Médico General

**Fuente:** Base de datos PQRS Oficina de Participación Comunitaria

2. Establecer una ruta de abordaje:

La base de datos que recibe el Subproceso de Humanización proviene de la Oficina de Participación Comunitaria, con esta base de PQRS el proceso de humanización se ha enfocado en responder y atender aquellos casos que son recurrentes (se presenta más de dos veces en el mes) y/o una situación de agresión física. De acuerdo con estos criterios se realizó las siguientes validaciones:

Fecha De Peticionario	Fecha De Radicación	Orfeo	Cedula del Usuario	Eps	Tipo De Población	Recepción en:	Perfil Colaborador
25/10/2022	26/10/2022	202206010158122	41432 <sup>ooo</sup>	Capital Salud	Adulto Mayor	Oficina Central	Terapeuta Física
21/10/2022	26/10/2022	202206010158202	1007659 <sup>ooo</sup>	Capital Salud	General	Uss Vista Hermosa	Médico General
21/10/2022	26/10/2022	2022060101582200	19114 <sup>ooo</sup>	Capital Salud	General	Uss Vista Hermosa	Médico General

**Fuente:** Base de datos PQRS Oficina de Participación Comunitaria.

3. Atención y respuesta de PQRS / Líder de Servicio

La actividad consiste en realizar el acta MI-SIG-SIG-FT-01 Acta de Reunión y mesas de trabajo en la cual se soporta que el líder del servicio o referente de la USS se reúne con el involucrado de la PQRS y se abordarán los compromisos de la persona involucrada en la queja. Al respecto de este procedimiento y evidencia no se obtuvo soporte. **Ver Observación N°6 - Condición a.**

4. La actividad consiste en un correo electrónico mediante el cual se efectúa la intervención en Reiteración de quejas a funcionarios o servicio en menos de dos meses. En caso de que el líder del área verifique que el funcionario o servicio ha tenido más de dos quejas en el mes, solicitara al profesional de humanización una intervención por parte de humanización para fortalecer los procesos, y buscar las mejoras de calidad. Al respecto de este procedimiento y evidencia no se obtuvo soporte. **Ver Observación N°6- Condición b.**

5. Intervención Directa Profesional de Humanización: Si se determina el cumplimiento de los atributos mencionados en el punto N°2 del presente procedimiento, el profesional de humanización realizará un abordaje. La intervención se realiza mediante el diligenciamiento del formato DI-HUM-FT-03 Acciones de Intervención Humanizada. Para los casos presentados en el mes de octubre de 2022 se observó la siguiente evidencia:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E					
ACCIONES DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL PQRS			DI-HUM-FT-03 V1		
Nombre del Colaborador: <b>Información Verificada por la Ofc. Control Interno</b> Identificación: _____ Cargo: <i>Medico</i> Área: <i>Ambulatorios - Perdomo</i>					
CRITERIO PEDAGÓGICO N° 1					
PQRS	CONTENIDO BÁSICO DEL PQRS	FECHA DE OCURRENCIA			TIPO DE QUEJA
		DIA	MES	AÑO	
<i>20220610154202</i>	<i>El paciente refiere que el medico fue grosero, dando un trato inapropiado en cómo hablar, por su mala actitud al responder dudas, y refiere tono de burla.</i>	<i>12</i>	<i>10</i>	<i>22</i>	<i>Queja</i>
	<i>El Dr. Refiere que la consulta con la paciente duro 40 minutos explicando el diagnostico así así la consulta no estuvo conforme</i>				
COMPROMISO DE MEJORA ADQUIRIDO					
DESCRIPCIÓN DEL COMPROMISO		FIRMA DEL COLABORADOR			
<i>con el resultado, el Dr. le sugiere una cita con psiquiatra y la paciente se molesta.</i>		<i>[Firma]</i>			
<i>Compromiso a mantener un trato digno y humanizado.</i>		FIRMA DEL PROFESIONAL QUE REALIZA INTERVENCIÓN			
		<i>[Firma]</i>			
		FECHA: <i>30 Nov. 2022</i>			

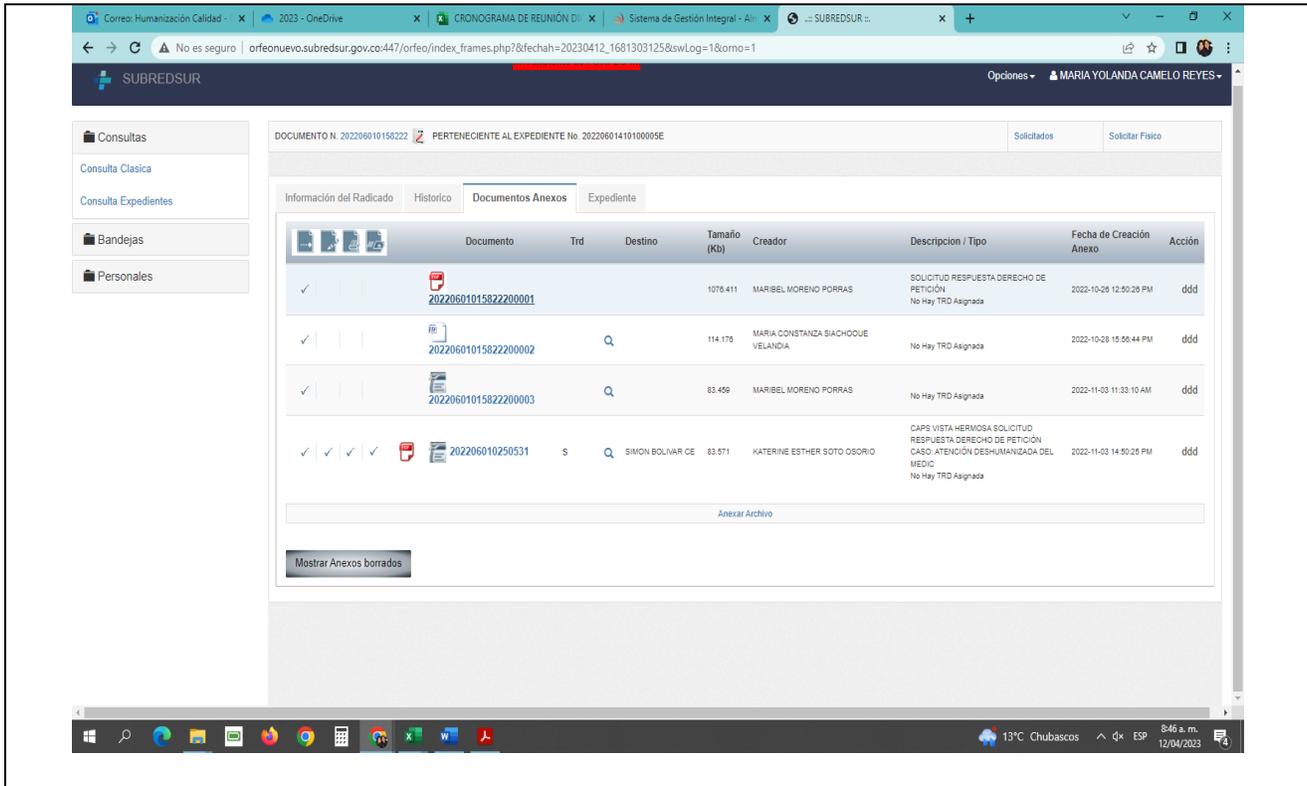
**Fuente:** Compromiso realizado con el colaborador suministrado por el Subproceso de Humanización.

- Se valida la utilización del formato DI-HUM-FT-03 Acciones de Intervención Humanizada, establecido en el procedimiento.
- Se evidencia PQRS Identificado con ID No 20220610154202.
- La queja fue puesta por el peticionario el día 12 de octubre de 2022.
- De los compromisos generado a partir de la intervención del Subproceso de Humanización se identificaron los siguientes tiempos de atención:

Fecha Peticionario	Fecha de Radiación	Fecha de Firma del Formato	Tiempo de Respuesta Humanización
12/10/2022	19/10/2022	30/11/2022	48

Se observa que el tiempo de respuesta por parte del Subproceso de Humanización se extendió 48 días calendario.

- El procedimiento salta del consecutivo numero 5 al número 7, se requiere su modificación. **Ver Recomendación N 5.**
- Envío de la información de PQRS gestionadas: El referente de PQRS envía al Profesional de Humanización el número de PQRS gestionadas, Numero de PQRS no gestionadas y motivo, respuesta del colaborador a la PQRS. Para el caso validado se evidencia el cargue del caso en el Sistema Orfeo. Mediante esta herramienta se realiza el seguimiento por parte del Referente de PQRS y el profesional de humanización. A continuación, se relaciona la evidencia suministrada:



**Fuente:** Cargue del caso 202206010154202 para el respectivo seguimiento por parte El referente de PQRS envía al Profesional de Humanización. Suministrado por el Subproceso de Humanización.

- El profesional de Humanización debe elaborar informe de Gestión de PQRS. De acuerdo a la documentación del procedimiento este informe se debe realizar de manera Bimestral y en la práctica se realiza de manera mensual. Se debe ajustar la documentación los datos a la efectuados en la realidad. **Ver Recomendación No 6.**

Como parte de la evidencia suministrada se observó la siguiente evidencia:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS  
DE SALUD SUR E.S.E

**CONCLUSIONES**

Durante la revisión de las quejas por trato deshumanizado que se presentaron durante el mes de octubre del 2022, se evidenciaron como fallas comunes en el personal temas como la falta de empatía, falta apoyo al usuario, falta de comunicación clara y suficiente, falta de comunicación efectiva y asertiva, falta de compromiso a nivel laboral y actitud inadecuada para un total de 75 quejas que fueron intervenidas y respondidas al 100% por los líderes o profesionales de enlace.

Se evidencia que no hubo quejas relacionadas con faltas graves o agresiones físicas; y solo un colaborador tuvo quejas reiterativas en el mes.

Se sigue identificando que los usuarios utilizan el concepto "humanización" de manera ambigua, por lo que ocasionalmente se tipifican como trato deshumanizados temas como fallas en el sistema, falta de citas, tiempos de respuesta, falta de medicamentos, y tiempos de atención en las consultas.

**Fuente:** Informe PQRS octubre de 2022, Información suministrada por el Subproceso de Humanización.

En el informe suministrado se evidencia un reporte de 75 quejas, sin embargo, el reporte suministrado por la Oficina de Participación Comunitaria cuenta con un total de 93 quejas. En cumplimiento de lo estipulado en este numeral del procedimiento, no se evidencia el seguimiento y las recomendaciones correspondientes, al respecto se recomienda realizar las actividades establecidas en el procedimiento y discriminar el número de quejas reportada por la oficina de participación.

### Validaciones Independientes de la Oficina de Control Interno – Selección documentos PQRS.

Para realizar la validación de los procedimientos: CAM-HUM-PR-01 Intervención Humanizada PQRS se realizó una muestra selectiva para verificar los controles clave establecidos y descritos en las validaciones relacionadas en la parte superior del presente informe, dicha validación se realizó con el propósito de determinar de manera amplia y suficiente la correcta administración de los riesgos de dichas operaciones.

A continuación, se relacionan los atributos validados los cuales se encuentran relacionados en la parte inferior del presente informe en el **Anexo 1 – Selección y Documentación Revisados correspondientes a PQRS.**

**Tabla No 2 – Atributos Validados por la Oficina de Control Interno**

<b>Actividad No 1 y 2</b>	1. Fecha del Peticionario
	2. Soporte de la Queja Peticionario (SI/NO)
	3. Fecha de Radicación
	4. Fecha de Respuesta
<b>Actividad No 3</b>	5. Atención y Respuesta de la PQRS / Líder del Servicio acta MI-SIG-SIG-FT-01 Reunión y mesas de trabajo
<b>A criterio de Control Interno</b>	6. Tiempo de Respuesta
	7. Tiempo Oportuno (SI/NO)
<b>Actividad No 5</b>	8. Según caso requiere de Intervención de Profesional de Humanización (SI/NO)
<b>A Criterio de Control Interno</b>	9. Respuesta a las Inquietudes (PQRS) del Peticionario
	10. Observaciones

Como resultado de dicha validación se observaron las siguientes situaciones:

1. Se estableció según el muestreo realizado por la Oficina de Control Interno que no se está dando cumplimiento a la actividad No 3 del procedimiento CAM-HUM-PR-01 Intervención Humanizada PQRS la cual consiste en: *“Elaborar acta MI-SIG-SIG-FT-01 Acta de Reunión y mesas de trabajo en la cual se soporta que el líder del servicio o referente de la USS se reúne con el involucrado de la PQRS y se abordarán los compromisos de la persona involucrada en la queja”.*

Ítem	Periodo	Numero de Documento del Usuario	EPS	Tipo de Población	Recepcionado en:	Servicio Involucrado	Perfil de Colaborador
1	Octubre	414323©©©	Capital Salud	Adulto Mayor	Oficina Central	1. Servicios Ambulatorios	Terapeuta Física
2	Octubre	102295©©©	Capital Salud	Gestante	Uss Meissen	6. Complementario	Medico Ecógrafo
3	Octubre	102457©©©	Sanitas	General	Uss Meissen	2. Servicios Hospitalarios	Jefe De Enfermería
4	Octubre	102295©©©	Capital Salud	Gestante	Uss Meissen	6. Complementario	Medico Ecógrafo
5	Octubre	101368©©©	Capital Salud	General	Uss Vista Hermosa	1. Servicios Ambulatorios	Pediatra
6	Octubre	103376©©©	Capital Salud	General	Uss Vista Hermosa	8. Servicio Al Ciudadano	Auxiliar Ruta De La Salud
7	Noviembre	416072©©©	Capital Salud	Persona Con Discapacidad	Oficina Central	7. Facturación	No Aplica
8	Noviembre	204929©©©	Sin Dato	Adulto Mayor	Uss Meissen	2. Servicios	Enfermera

						Hospitalarios	
9	Noviembre	SIN DA@@@	Sin Dato	Gestante	Uss Meissen	6. Complementario	Medico
10	Noviembre	102292@@@	Capital Salud	General	Uss Meissen	2. Servicios Hospitalarios	Aux. Enfermería
11	Noviembre	527391@@@	Capital Salud	General	Uss Usme	6. Complementario	No Registra
12	Noviembre	173115@@@	Capital Salud	General	Uss Usme	6. Complementario	Terapeuta
13	Diciembre	264526@@@	Capital Salud	Adulto Mayor	Uss Vista Hermosa	7. Facturación	Facturador
15	Diciembre	454179@@@	Capital Salud	Adulto Mayor	Uss Tunjuelito	1. Servicios Ambulatorios	Nutricionista
17	Diciembre	528810@@@	Capital Salud	General	Uss Meissen	6. Complementario	Radiólogo
18	Diciembre	523800@@@	Capital Salud	General	Uss Meissen	1. Servicios Ambulatorios	Medico
19	Enero	795470@@@	Capital Salud	Víctima Del Conflicto Armado	Uss Vista Hermosa	5. Áreas De Apoyo	Vigilante
20	Enero	516960@@@	Nueva Eps	General	Uss Vista Hermosa	1. Servicios Ambulatorios	Auxiliar De Enfermería
21	Enero	NO REG@@@	Sin Dato	General	Uss Vista Hermosa	1. Servicios Ambulatorios	Odontóloga Y Auxiliar De Odontología
22	Enero	102630@@@	Sin Dato	General	Oficina Central	2. Servicios Hospitalarios	Aux Enfermería
23	Enero	NO REGISTRA	Sin Dato	General	Oficina Central	2. Servicios Hospitalarios	Nefrólogo
25	Enero	519183@@@	Capital Salud	Persona Con Discapacidad	Uss Usme	1. Servicios Ambulatorios	Odontóloga
26	Febrero	PT4328@@@	Sin Dato	Gestante	Hospital Meissen	7. Facturación	No Registra
27	Febrero	515935@@@	Capital Salud	General	Hospital Tunjuelito	8. Servicio Al Ciudadano	Auxiliar De Enfermería
28	Febrero	225453@@@	Salud Total	General	Hospital Tunal	3. Servicio De Urgencias	Médico General
29	Febrero	303437@@@	Capital Salud	General	Hospital Tunal	3. Servicio De Urgencias	Enfermería
30	Febrero	503396@@@	Capital Salud	General	Oficina Central	1. Servicios Ambulatorios	No Aplica

2. Para La actividad No 4 del procedimiento no se obtuvo evidencia de su elaboración, la actividad consiste en: *“Un correo electrónico mediante el cual se efectúa la intervención en reiteración de quejas a funcionarios o servicio en menos de dos meses. En caso de que el líder del área verifique que el funcionario o servicio ha tenido más de dos quejas en el mes, solicitara al profesional de humanización una intervención por parte de humanización para fortalecer los procesos, y buscar las mejorar de calidad”.* **Ver Observación No 6.**
3. Las siguientes acciones de acuerdo con los criterios establecidos en la actividad No 2 del procedimiento, con los principios establecidos en la política y con la respuesta por parte de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano al usuario, no cuentan con intervención por parte del subproceso de humanización. **Ver Anexo 2 Casos sin Intervención Subproceso de Humanización. Ver Observación No 7.**
4. Se evidencia que el caso con numero de radicado 202306010005842 presentó por parte del peticionario el día 12 de diciembre de 2022 según se observa en la queja interpuesta por el usuario y de acuerdo al registro efectuado en la base de datos suministrados por la Oficina de Participación y Servicio al Ciudadano se realizó radicación el día 29 de diciembre de 2022, a este caso se le dio respuesta el día 27 de enero de 2023 en cuyo caso se presenta una incumplimiento a la oportunidad la cual no debe ser superior a 15 días siguientes a su recepción en cumplimiento con lo establecido en : *“Artículo 14 términos para resolver las distintas modalidades de las peticiones de 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”.* **Ver Observación No 8.**

### Queja Interpuesta por el Usuario en el Caso 202306010005842

 <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>		PS-SC-NEU-FT-13 V5
RECEPCIÓN DERECHOS DE PETICIÓN		
FECHA DE LA INTERPOSICIÓN DE LA PETICIÓN:	2022. 12. jueves.	HORA: 9:30 am
Autoriza el uso y tratamiento de datos personales <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
De conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012, por lo cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos de información, según lo dispuesto en nuestra política de tratamiento de datos personales, la cual puede ser consultada en la página:		

No. 202306010005842  
 Cod Verificación: 9c2f6  
 Fecha Radicado: 16-JAN-2023 09:00  
 Destino: DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS  
 Remitente: WILLIAM ALEXANDER BRAVO PARRA  
 Anexos: Folios 1  
 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. Ruta:

### Respuesta Parte de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano


**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**

Al contestar por favor cite: 202306010020141

Bogotá D.C., Enero 27 de 2023

**Información Verificada por la Ofc. Control Interno**

Asunto: Respuesta con radicado Orfeo No. 202306010005842 y SDQS No. 207412023  
 Centro de Salud Marichuela.

5. El procedimiento establecido indica en la actividad No 3. que se debe registrar en el acta: “Seguimiento de los temas abordados y compromisos de la persona involucrada en la queja”. Esta situación no fue observada en el acta suministrada para el caso relacionado a continuación **Ver Observación No 9:**

Ítem	Periodo	Número de documento del usuario	EPS	Tipo de población	Recepcionado en:	Servicio Involucrado	Perfil Colaborador	Observaciones
1	Diciembre	362725©©©	Capital Salud	General	Uss Usme	1. Servicios Ambulatorios	Auxiliar De Enfermería	El acta realizada en la Socialización con el colaborador no incluye los compromisos para evitar y minimizar el trato deshumanizado.

### Evidencia del Acta de Atención y Respuesta de la PQRS / Líder del Servicio acta MI-SIG-SIG-FT-01 Reunión y mesas de trabajo

**6. DESARROLLO DE LOS TEMAS:**

SE REALIZA SOCIALIZACION DE LA INCONFORMIDAD DE LA [Oficina CI] QUIEN REFIERE DE MANERA ESCRITA QUE LA FUNCIONARIA [Oficina CI] AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE SALUD DE MARICHUELA, QUIEN REALIZA LA TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA, DONDE REFIERE UNA ATENCION DESHUMANIZADA, MALTRATO AL MOMENTO DE LA TOMA DEL EXAMEN; NO MODALES ADECUADOS.

SE REALIZA LA SOCIALIZACION DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS; SE REALIZA ENFASIS EN EL TRATO HUMANIZADO CON LOS USUARIOS, EN EL CUIDADO EMOCIONAL Y FISICO AL MOMENTO DE LA REALIZACION DEL EXAMEN.

SE RESALTA LA IMPORTANCIA DEL CUMPLIMIENTO EN LA ATENCION CON EL FIN DE GARANTIZAR UNA ATENCION CON CALIDAD, CALIDEZ AL PACIENTE.

### Análisis de datos PQRSD suministrados por parte de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.

De acuerdo con las bases de datos suministradas por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, se realizó un análisis de la información de los PQRSD interpuestos durante el periodo comprendido entre octubre de 2022 y marzo de 2023 y se obtuvo como resultado la siguiente información:

**Grafica No 1 – PQRS por Unidad Médica de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur**



De la anterior grafica se observa que para el periodo auditado se presentaron un total de 387 casos por situaciones relacionadas con el trato deshumanizado de los cuales se observa que de las 16 Unidades médicas que presentaron una concentración en 6 Unidades médicas, según se relaciona a continuación:

**Tabla No 3 – USS con mayor Incidencia de PQRSD por trato deshumanizado**

USS	Cantidad de PQRS	%
USS VISTA HERMOSA	76	20%
USS MEISSEN	69	18%
USS TUNJUELITO	66	17%
USS USME	56	14%
USS TUNAL	49	13%
OFICINA CENTRAL	39	10%

Se evidencia que el 92% de los PQRSD se presentan en las unidades médicas relacionadas en la Tabla N°3 y la unidad médica con mayor número de quejas corresponde al Hospital Vista Hermosa con un total de 76 PQRSD, por otra parte, la unidad de menor participación es la oficina central con un total de 39 PQRSD. Se resalta que para las unidades médicas de Destino y Pasquilla no se presentaron PQRS.



**Grafica No 2 – PQRS por Servicio de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur**



De la anterior grafica se observa que para el periodo auditado para los casos presentados por situaciones relacionadas con el trato deshumanizado se presentó una concentración en 5 tipos de servicios, según se relaciona a continuación:

**Tabla No 4 –Tipo de Servicio de PQRS por trato deshumanizado**

Tipo de Servicio	Cantidad de PQRS	%
COMPLEMENTARIO	75	19%
SERVICIOS AMBULATORIOS	71	18%
SERVICIOS HOSPITALARIOS	62	16%
ÁREAS DE APOYO	50	13%
FACTURACIÓN	46	12%
SERVICIO AL CIUDADANO	36	9%
SERVICIO DE URGENCIAS	34	9%
GESTIÓN DEL RIESGO	9	2%
APH	4	1%
<b>TOTAL, GENERAL</b>	<b>387</b>	<b>100%</b>

Se evidencia que el 79% de los PQRS observados en la Tabla N°4 discriminados por tipo de servicio se encuentra concentrados en 5 tipos de servicios, como se relaciona a continuación: Complementarios, Ambulatorios, Hospitalarios, Áreas de Apoyo, Facturación, el servicio con mayor número de quejas es el presentado en *Complementarios con un total de 75 quejas equivalente a 19%* del total de las quejas, por otra parte de estos 5 tipos de servicios, Facturación es el servicios con menor número de quejas con un total de 46 casos equivalentes al 12% del total de quejas presentadas en el periodo auditado.

**Grafica No 3 – PQRS por Población de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur**



De la anterior grafica se observa que para el periodo auditado para los casos presentados por situaciones relacionadas con el trato deshumanizado se presentó una concentración en 1 tipo de población e igualmente se observa que después de dicha población existen otras 3 con las que se presenta alguna frecuencia, según se relaciona a continuación:

**Tabla No 5 –Tipo de Población de PQRSD por trato deshumanizado**

Tipo de Población	Cantidad de PQRS	%
GENERAL	335	87%
ADULTO MAYOR	25	6%
PERSONA CON DISCAPACIDAD	9	2%
NO REGISTRA	7	2%
GESTANTE	4	1%
NO APLICA	2	1%
PERSONA CON DISCAPACIDAD	2	1%
VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO	2	1%
COMUNIDAD INDÍGENA	1	0%
<b>TOTAL, GENERAL</b>	<b>387</b>	

Se evidencia que el 87% de los PQRSD observados en la Tabla N°5 discriminados por tipo de población se encuentra concentrado en el tipo de Población: General, con un total de 335 quejas equivalente a 87% del total de las quejas.

De acuerdo con las bases de datos suministradas por mes de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano se evidenciaron 387 entre octubre de 2022 a marzo de 2023 se observa la intervención del área de humanización en los siguientes casos:

Fecha De Peticionario	Fecha De Radicación	Orfeo	Mes	Perfil Colaborador
12/10/2022	19/10/2022	202206010154202	Octubre	Médico General
14/10/2022	19/10/2022	202206010154272	Octubre	Médico General
13/10/2022	19/10/2022	202206010154412	Octubre	Médico General
21/10/2022	26/10/2022	202206010158202	Octubre	Médico General
21/10/2022	26/10/2022	2022060101582200	Octubre	Médico General
9/11/2022	11/11/2022	202206010165802	Noviembre	No Aplica
9/11/2022	9/11/2022	202206010165802	Noviembre	No Aplica
31/1/2023	31/1/2023	202306010015212	Enero	Auxiliar De Enfermería
31/1/2023	31/1/2023	202306010015242	Enero	Auxiliar De Enfermería/Auxiliar De Facturación

Fuente: Consolidado bases de datos suministradas por mes de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.

Según lo establece el procedimiento Intervención Humanizada de PQRS CA- HUM-PR-01 V4 en las actividades de control del numeral 8, denominada: Establecer Informe de Gestión de PQRS Gestionados y la cual consistente en: *“Comportamiento de los casos intervenidos frente a los casos remitidos para elaborar indicador”*. Para el periodo de análisis se evidencia la siguiente operación aritmética:

Casos Intervenidos	9	=	2,3%
Casos Remitidos	387		

De esta operación se observa que del total de los casos presentados durante el periodo se evidenció un cubrimiento total de 2,3%, al respecto de este control los informes suministrados por el área no evidencian dicho seguimiento y control. **Ver Recomendación 7.**

Igualmente analizados los casos remitidos en comparación con los casos intervenidos por el área de humanización, se estableció en el marco del cumplimiento de la actividad No 5 del procedimiento *“Intervención directa Profesional Humanización”* la siguiente operación aritmética:

Casos Intervenidos	9	=	69,3%
Casos Remitidos	13		

De esta operación se observa que del total de los casos presentados durante el periodo y los cuales deben contar con intervención directa por parte del área de humanización se presentó un cubrimiento total de 69,3%. **Ver Observación 7.**

#### Conclusiones Procedimiento Intervención Humanizada de PQRS CA-HUM-PR-01 V4

1. El procedimiento establecido para la intervención de PQRS por parte del Subproceso de Humanización no cumple con todas las actividades de control establecidas, como sucede con la actividad No 3 Atención y Respuesta de PQRS / Líder de Servicio y la actividad No 4 Correo Electrónico de Reiteración.
2. Los criterios de selección establecidos en la actividad No 2 “Establecer una Ruta de Abordaje” no son cumplidos en su totalidad.
3. Se evidencio un caso en el cual un PQRS se respondió en un periodo superior a 15 días, por lo cual no se está dando pleno cumplimiento a *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”*.
4. Es necesario fortalecer la adherencia a los colaboradores con respecto al procedimientos, considerando que para la actividad 3 no se evidencia la documentación soporte para todos los casos seleccionados e igualmente para los casos establecidos no se cumple con todos los atributos establecidos como lo es *“Seguimiento de los temas abordados y compromisos de la persona involucrada en la queja”*.
5. Los criterios de selección para la intervención por parte del Subproceso de Humanización deben tener en cuenta otras características como lo son: Unidades médicas con mayor número de casos, Servicios con Mayor Número de Casos, Tipo de Población: Adulto Mayor, con discapacidad o gestante. **Ver Recomendación 8.**
6. El total de las intervenciones realizadas por el subproceso de Humanización cuenta con un cubrimiento del 2,3% del total de las bases de datos suministradas por mes de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.

**3. Ficha de los indicadores establecidos en la política de humanización y Evaluación efectuada por el proceso según la periodicidad establecida en la política y soportes utilizados para esta evaluación.**

La entidad cuenta con una política de Humanización cuyo objetivo es : “Consolidar en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. esquemas de buen trato y sana convivencia entre los grupos de valor (usuarios, familia y comunidad, colaboradores, medio ambiente, gobierno, educación – formación y proveedores), que permitan la proyección de los valores, el desarrollo de habilidades sociales y fortalecimiento de los atributos de calidad que impactan en un servicio con calidez profesionalismo en beneficio de la satisfacción del servicio.”

La política de la entidad está alineada con los direccionamientos estratégicos de la entidad como lo son: la misión la visión y los 5 objetivos estratégicos, para monitorear y controlar el cumplimiento de la Política de Humanización la entidad cuenta con 5 indicadores los cuales son medidos periódicamente en la herramienta Almera. A continuación, se relacionan estos indicadores, junto con la periodicidad de su medición:

**Tabla No 6 – Indicadores de Almera Política de Humanización**

No	Descripción del Indicador	Periodicidad Política	Periodicidad Almera	Cumple Periodicidad	ID Almera
1	Lograr que el 85% de los colaboradores estén capacitados en temas como programa de humanización.	Trimestral	Mensual	X	82CA
2	Alcanzar un 85% de apropiación del conocimiento del programa y política de humanización.	Trimestral	Trimestral	✓	92CA
3	Ejecutar el 100% el programa de Humanización Institucional con dos líneas de Intervención (Cliente Interno y Cliente Externo).	Trimestral	Trimestral	✓	83CA
4	Disminuir en un 2% anual el número de PQRS por trato deshumanizado con respecto al periodo anterior.	Anual	Trimestral	X	311CA
5	Lograr el 85% de satisfacción de los Usuarios Intervenido en las diferentes estrategias del programa de Humanización	Trimestral	Trimestral	✓	84CA



**Cumple Periodicidad de la Política.**



**No Cumple Periodicidad de la Política.**

Revisa  
da la  
docum

entación de los indicadores en Almera se evidencio que la periodicidad establecida en Almera no coincide con la periodicidad relacionada en la Política de Humanización de la anterior situación se realizará una recomendación orientada a la validación de la eficiencia de la medición de estos dos indicadores considerando que a través de la política se establecen menor número de periodos de validación a los efectuados y documentados en la herramienta Almera, lo cual puede repercutir en mayor cantidad actividades por ejecutar por parte de los colaboradores del Subproceso de humanización lo cual no es coherente con lo establecido por los lineamientos. **Ver Recomendación No 9.**

Asociado a la política se cuenta con el programa de Humanización Publicado en la Herramienta Almera e identificado con el código CA- HUM-PG-01 V4, el objetivo de este programa consiste en : “Promover la Visión integral del ser humano, a partir de un direccionamiento estratégico alineado a la humanización en salud, el desarrollo de estrategias que mejoren el bienestar y las competencias de los colaboradores fomentando la entrega de servicios de salud centrados en usuario y familia, con atributos de calidad y calidez ; aportando así bienestar de la población y generando satisfacción de la comunidad y los usuarios tanto de la zona urbana como rural.”

El programa cuenta con las siguientes líneas de intervención para el cliente interno y el cliente externo:

### Cliente interno:

Este se caracteriza por la intervención realizada a colaboradores independiente de su tipo de vinculación, la modalidad de esta puede realizarse virtual y/o presencial, a nivel individual y/o grupal.

1. Capacitación de competencias a colaboradores.
2. Inducción y Reinducción.
3. Campañas o estrategias de sensibilización.
4. Intervención de PQRS.
5. Gimnasia mental y corporal.
6. Socialización de Protocolos.
7. Protocolo Manejo Integral del duelo.

### Cliente Externo:

Este se caracteriza por la intervención realizada a usuarios, familia y comunidad por medio de atención virtual y/o presencial, individual y/o grupalmente.

1. Acompañamiento Espiritual.
2. Intervención de PQRS.
3. Nacimiento Humanizado.
4. Asesorías Grupos de Participación

Igualmente, el programa cuenta con las siguientes Estrategias y/o campañas:

**Artesanos de Sonrisas:** La presente estrategia, tiene como objeto fortalecer los espacios de acompañamiento e intervención con el usuario y su familia, disminuyendo el impacto negativo que se produce cuando se encuentran hospitalizados a través de la lectura por parte de un(a) Artesano(a) o el préstamo de libros para que el paciente realice su propia lectura. Lo anterior permite fortalecer la relación con paciente, al igual que apoya en el proceso de recuperación como también el manejo de las emociones y aprovechamiento del tiempo libre.

**Humanizar-te:** Incorporar un conjunto de acciones a las líneas de trabajo, para fortalecer la cultura de humanización del talento humano en salud y a la vez generar una experiencia participativa con los usuarios de la Subred Sur que mejore la satisfacción en la atención a través de la pedagogía, el arte y el clown. En esta estrategia se manejan todos los temas claves del eje, como lo son, la comunicación asertiva, el respeto, la privacidad, disminución de ruido, empatía, entre otros.

### Validación de las Intervenciones realizadas por el Subproceso de Humanización:

#### a. Cliente Interno IV Trimestre de 2022

No	Descripción la Actividad	Meses de Evidencia	Evidencia	Observaciones
1	Capacitación de competencias a colaboradores.	Octubre, noviembre, Diciembre	✓	Para los meses de octubre, noviembre se observó suministrada la evidencia de la cual se pudo establecer que no se obtuvo la documentación soporte de: Evaluaciones de Competencias Blandas y la percepción de estas en todos los servicios de la Subred Sur. <b>Observación No 9 (a)</b>
2	Inducción y Reinducción.	Octubre, noviembre,	✓	Se evidencia los soportes suficientes de inducción y reinducción. <b>Resultado</b>



		Diciembre		Satisfactorio
3	Campañas estrategias sensibilización. o de	Octubre, noviembre, Diciembre	✓	Para los meses de octubre, noviembre se observó la evidencia suministrada de la cual se pudo establecer que no se obtuvo la documentación soporte de: Aplicación de las diferentes actividades Lúdicas Publicadas en Almera. <b>Observación No 9 (b)</b>
4	Intervención PQRS. de	Octubre y Noviembre	X	Se adjuntan actas de manejo del usuario difícil, el programa habla de hacer una intervención para socializar los derechos y deberes y sensibilizar en la importancia de la calidad que incluye el buen trato, igualmente no se obtuvo evidencia suficiente para el mes de diciembre. <b>Observación No 9 (c)</b>
5	Gimnasia mental y corporal.	Octubre, noviembre, Diciembre	✓	<b>Resultado Satisfactorio</b>
6	Socialización de Protocolos.	Octubre, noviembre, Diciembre	✓	Para los meses de octubre, noviembre y diciembre no se evidencia intervenciones por Nacimiento Humanizado, Atención Humanizada, y Ambiente Físico Humanizado. <b>Observación No 9 (d)</b>
7	Protocolo Manejo Integral del duelo.	No fue suministrada evidencia para este punto.	X	No fue suministrada evidencia para la validación de esta intervención. <b>Observación 9 (e)</b>

**b. Cliente Interno I Trimestre 2023**

No	Descripción la Actividad	Meses de Evidencia	Evidencia	Observaciones
1	Capacitación de competencias colaboradores.	Enero, febrero y Marzo	✓	Se evidencia la medición Competencias Blandas y la percepción de las mismas la Apropiación - política, programa de Humanización. <b>Resultado Satisfactorio.</b>
2	Inducción y Reinducción.	Enero, febrero y Marzo	✓	Se evidencia los soportes suficientes de inducción y reinducción. <b>Resultado Satisfactorio</b>
3	Campañas estrategias sensibilización. o de	No fue suministrada evidencia para este punto.	X	De acuerdo con los soportes validados y según lo establecido en el programa no se organizó y suministro información directamente para este punto, sin embargo en los soportes suministrado se observa que si se da cumplimiento considerando las capacitaciones de la Política de humanización, de tal manera que esta evidencia suministrada se asocia a la intervención " Socialización de Protocolos", por lo cual se recomienda unificar los puntos 3 y 6 de las campañas y los protocolos para dar un alcance más específico.
4	Intervención PQRS. de	Enero, febrero y Marzo	✓	De acuerdo con la validación realizada es posible establecer:  1. La intervención realizada se efectúa desde el procedimiento CA- HUM-PR-01 Intervención Humanizada de PQRS y en los casos revisados no se observó un enfoque funcionario a Usuario.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME DE AUDITORIA CONTROL</b>	<b>CIN-FT-02 V3</b>

				2. Según establece en el programa esta intervención está enfocada en las quejas funcionario a usuario y se trata mediante él envío de la queja a la EPS, al respecto esta actividad no se obtuvo evidencia. <b>Ver observación No 2</b>
5	Gimnasia mental y corporal.	Enero, febrero y Marzo	✓	<b>Resultado Satisfactorio</b>
6	Socialización de Protocolos.	Febrero	X	Para los meses de enero y marzo no se evidencia intervenciones por Nacimiento Humanizado (Cliente Interno), Atención Humanizada, y Ambiente Físico Humanizado. <b>Observación No 9 (d)</b>
7	Protocolo Manejo Integral del duelo.	No fue suministrada evidencia para este punto.	X	De acuerdo con los soportes suministrado no se obtuvo evidencia para los meses de enero, febrero y marzo.

### c. Cliente Externo IV Trimestre 2022

No	Descripción la Actividad	Meses de Evidencia	Evidencia	Observaciones
1	Acompañamiento Espiritual.	Octubre y Noviembre	X	De acuerdo con los soportes suministrado no se obtuvo evidencia para el mes de diciembre.
2	Intervención de PQRS.	No fue suministrada evidencia para este punto.	X	De acuerdo con la validación realizada es posible establecer:  1. La intervención realizada se efectúa desde el procedimiento CA- HUM-PR-01 Intervención Humanizada de PQRS y en los casos revisados no se observó un enfoque Funcionario a Usuario.  2. Según establece en el programa esta intervención está enfocada en las quejas funcionario a usuario y se trata mediante él envío de la queja a la EPS, al respecto esta actividad no se obtuvo evidencia. <b>Ver Observación No 2</b>
3	Nacimiento Humanizado.	Octubre, noviembre, Diciembre	✓	<b>Resultado Satisfactorio</b>
4	Asesorías Grupos de Participación	Septiembre	X	De acuerdo con los soportes suministrado no se obtuvo evidencia para los meses de octubre, noviembre y diciembre.

### d. Cliente Externo I Trimestre 2023

No	Descripción la Actividad	Meses de Evidencia	Evidencia	Observaciones
1	Acompañamiento Espiritual.	No fue suministrada evidencia para este punto.	X	De acuerdo con los soportes suministrado no se obtuvo evidencia para los meses de enero, febrero y marzo.
2	Intervención de PQRS.	No fue suministrada evidencia para este punto.	X	De acuerdo con la validación realizada es posible establecer:  1. La intervención realizada se efectúa desde el procedimiento CA- HUM-PR-01

				Intervención Humanizada de PQRS y en los casos revisados no se observó un enfoque Funcionario a Usuario.  2. Según establece en el programa esta intervención está enfocada en las quejas funcionario a usuario y se trata mediante él envió a la queja a la EPS, al respecto esta actividad no se obtuvo evidencia. <b>Ver Observación No 2</b>
<b>3</b>	Nacimiento Humanizado.	Febrero	<b>✓</b>	<b>Resultado Satisfactorio</b>
<b>4</b>	Asesorías Grupos de Participación	No fue suministrada evidencia para este punto.	<b>X</b>	De acuerdo con los soportes suministrado no se obtuvo evidencia para los meses de enero, febrero y marzo.



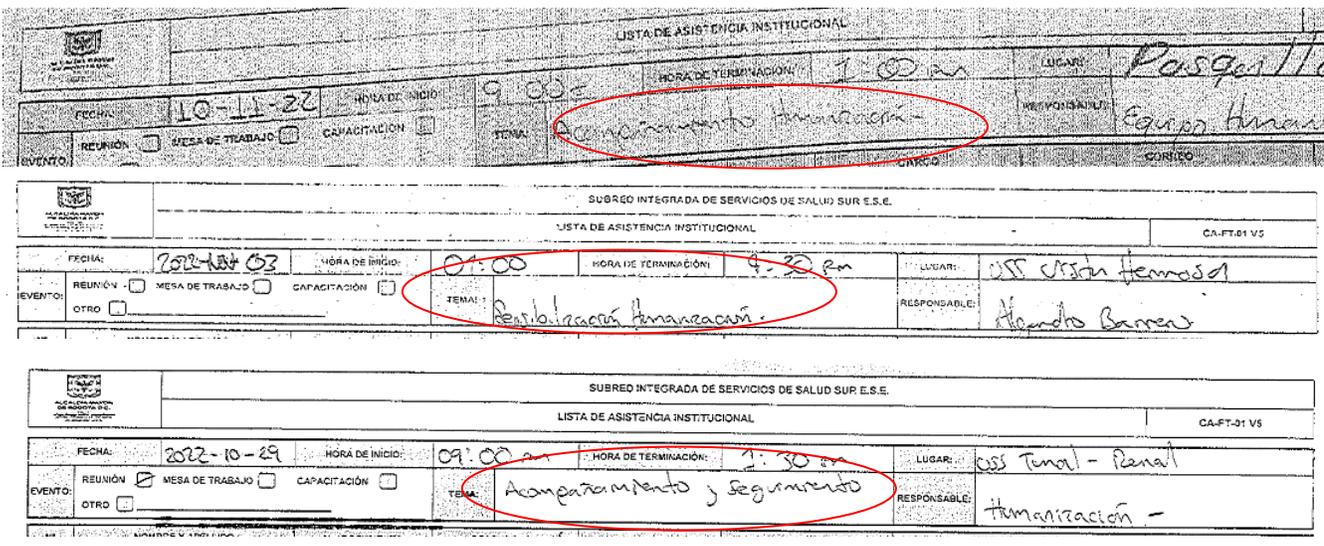
**Cumple con Evidencia para todo el Trimestre.**



**No Cumple con evidencia para todo el trimestre.**

De acuerdo con la evidencia suministrada para cada una de las intervenciones establecidas en el programa se observaron las siguientes situaciones:

- Las listas de asistencia en reiteradas ocasiones cuentan con nombres generalizados por parte de las intervenciones del Subproceso humanización, según se evidencia a continuación:



The image shows three examples of 'LISTA DE ASISTENCIA INSTITUCIONAL' forms from the 'SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.' The forms are dated 10-11-22, 2022-10-03, and 2022-10-29. In each form, the 'TEMA' field is circled in red. The first form has 'Asesoramiento humanización', the second 'Resolución Humanización', and the third 'Acompañamiento y Seguimiento'. The 'LUGAR' field also contains general terms like 'Pasaporte', 'Oficina Humanización', and 'CIS Tonal - Panat'.

- En algunos casos el Acta de Reuniones y Mesas de Trabajo MI- SIG-FT-01 V4 no coincide con la temática relacionada en la lista de asistencia, según se evidencia a continuación:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME DE AUDITORIA CONTROL</b>	<b>CIN-FT-02 V3</b>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO</b>	<b>MI-SIG-SIG-FT-01 V4</b>

<b>NOMBRE DE LA REUNIÓN:</b> Sensibilización equipos de DESTINO –socialización manejo de usuario difícil		
<b>RESPONSABLE:</b> Alejandro Barrero – Carolina Guevara		<b>SECRETARIO:</b> Alejandro Barrero
<b>REUNIÓN N°:</b> 1	<b>FECHA:</b> 11-10-2022	<b>HORA INICIO:</b> 7:40 am
<b>LUGAR:</b> USS DESTINO		<b>HORA FINAL:</b> 9: 00 am

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E					
LISTA DE ASISTENCIA INSTITUCIONAL					
CA-FT-01 V5					
<b>FECHA:</b> 11/10/2022	<b>HORA DE INICIO:</b> 7:40 am	<b>HORA DE TERMINACIÓN:</b> 9:00 am	<b>LUGAR:</b> Destino		
<b>EVENTO:</b> REUNIÓN <input type="checkbox"/> MESA DE TRABAJO <input type="checkbox"/> CAPACITACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	<b>TEMA:</b> Unidos por la Higiene Universal de Meses!		<b>RESPONSABLE:</b> Humanización – Equip IAAS		

Estas situaciones están son objeto de las siguientes recomendaciones. **Ver Recomendación 10 y 11.**

A continuación, se relaciona la validación efectuada a las metas establecidas en indicadores de la política de humanización, documentados en la herramienta Almera, para realizar esta validación se efectuó una selección de los periodos a revisar, según se relaciona a líneas abajo:

No	ID Almera	Selección Control Interno
1	82CA	Selección diciembre 22 y marzo 23
2	92CA	Selección diciembre 22 y marzo 23
3	83CA	Selección diciembre 22 y marzo 23
4	311CA	Selección diciembre 22 y marzo 23
5	84CA	Selección diciembre 22 y marzo 23

**a. Validación de Indicadores IV Trimestre 2023**

No	ID Almera	Selección Control Interno	Meta Alcanzada	Medición de la Meta	Población de Medición	Observaciones
1	82CA	Lograr que el 85% de los colaboradores estén capacitados en temas como programa de humanización.	✓	Meta realizada: 162.12% Meta a Lograr: 85%	Se evidencia el cumplimiento de la meta a un 162,12% el cual equivale a 689 intervenidas en la semana de humanización de un total de 425 personas convocadas.	1. No se evidencia soporte para garantizar adherencia de la capacitación, pre-test y post-test. 2. La intervención realizada no está relacionada de forma directa con el programa de humanización. 3. Se evidencia subestimación en la meta del indicador.

No	ID Almera	Selección Control Interno	Meta Alcanzada	Medición de la Meta	Población de Medición	Observaciones
----	-----------	---------------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME DE AUDITORIA CONTROL</b>	<b>CIN-FT-02 V3</b>

2	92CA	Alcanzar un 85% de apropiación del conocimiento del programa y política de humanización.	✓	Meta realizada: 90,41%  Meta a Lograr: 85%	Se evidencia el cumplimiento de la meta a un 90,41% el cual equivale a 1210 usuarios intervenidas de un total de 1094 que cumplen con los criterios de evaluación.	Revisar Evidencia con el Subproceso de Humanización
3	83CA	Ejecutar el 100% el programa de Humanización Institucional con dos líneas de Intervención (Cliente Interno y Cliente Externo).	✓	Meta realizada: 100%  Meta a Lograr: 100%	Se evidencia el cumplimiento de la meta a un 100% el cual equivale a el cumplimiento de las actividades establecidas en el programa de humanización.	No se evidencia soportes del indicador, de tal manera que no es posible determinar el cumplimiento de este. <b>Recomendación No 12 (a)</b>
4	311CA	Disminuir en un 2% anual el número de PQRS por trato deshumanizado con respecto al periodo anterior.	X	Meta realizada: 0,59%  Meta a Lograr: 2%	Se evidencia el Incumplimiento de la meta considerando que se establecido alcanzar un 2% y se alcanzó un 0,59%, el cual corresponde a un total de 188 de PQRS generados por trato deshumanizado de un total de 118 PQRS de la vigencia anterior.	1. Se evidencia incumplimiento en la meta establecida. <b>Observación No 11.</b>  2. De acuerdo con la Base de datos suministrada por la Oficina de Participación el total de PQRS durante el trimestre asciende a 234.
5	84CA	Lograr el 85% de satisfacción de los Usuarios Intervenidos en las diferentes estrategias del programa de Humanización	✓	Meta realizada: 100%  Meta a Lograr: 100%	Se evidencia el cumplimiento de la meta a un 100% el cual equivale al total de usuarios intervenidos	No se evidencia soportes del indicador, de tal manera que no es posible determinar el cumplimiento de este. <b>Recomendación No 12 (b)</b>

#### b. Validación de Indicadores IV Trimestre 2023

No	ID Almera	Selección Control Interno	Meta Alcanzada	Medición de la Meta	Población de Medición	Observaciones
1	82CA	Lograr que el 85% de los colaboradores estén capacitados en temas como programa de humanización.	✓	Meta realizada: 162,35%  Meta a Lograr: 85%	Se evidencia el cumplimiento de la meta a un 162,35% el cual equivale a 690 intervenidas en la semana de humanización de un total de 425 personas convocadas.	1. No se evidencia soporte para garantizar adherencia de la capacitación, pre-test y post-test.  2. Se evidencia subestimación en la meta del indicador.
2	92CA	Alcanzar un 85% de apropiación del conocimiento del programa y política de humanización.	✓	Meta realizada: 86,39%  Meta a Lograr: 85%	Se evidencia el cumplimiento de la meta a un 86,39% el cual equivale a 9276 usuarios intervenidas de un total de 8014 que cumplen con los criterios de evaluación.	<b>Resultado Satisfactorio</b>

3	83CA	Ejecutar el 100% el programa de Humanización Institucional con dos líneas de Intervención (Cliente Interno y Cliente Externo).	✓	Meta realizada: 100%  Meta a Lograr: 100%	Se evidencia el cumplimiento de la meta a un 100% el cual equivale a el cumplimiento de las actividades establecidas en el programa de humanización.	No se evidencia soportes del indicador, de tal manera que no es posible determinar el cumplimiento de este. <b>Recomendación No 12 (a)</b>
---	------	--	---	---	--	---

No	ID Almera	Selección Control Interno	Meta Alcanzada	Medición de la Meta	Población de Medición	Observaciones
4	311CA	Disminuir en un 2% anual el número de PQRS por trato deshumanizado con respecto al periodo anterior.	X	Meta realizada: 0,59%  Meta a Lograr: 2%	Se evidencia el incumplimiento de la meta considerando que se establecido alcanzar un 2% y se alcanzó un 0,37%, el cual corresponde a un total de 159 de PQRS generados por trato deshumanizado de un total de 116 PQRS de la vigencia anterior.	Se evidencia incumplimiento en la meta establecida. Observación <b>No 11.</b>
5	84CA	Lograr el 85% de satisfacción de los Usuarios Intervenido en las diferentes estrategias del programa de Humanización	✓	Meta realizada: 85%  Meta a Lograr: 100%	Se evidencia el cumplimiento de la meta a un 100% el cual equivale al total de usuarios intervenidos	No se evidencia soportes del indicador, de tal manera que no es posible determinar el cumplimiento de este. <b>Recomendación No 12 (b)</b>



**Meta del Indicador Alcanzada.**



**Meta del Indicador no Alcanzada.**

### Conclusiones Fichas de los Indicadores Establecidos en la Política de Humanización y evaluación efectuada en el proceso.

- Los indicadores documentados en la política de humanización de la entidad cuentan con una periodicidad *de medición superior a los efectuados y documentados en la herramienta Almera*, lo cual puede repercutir en mayor cantidad actividades por ejecutar por parte de los colaboradores del Subproceso de humanización y no es coherente con lo establecido por los lineamientos.
- Para el indicador 83CA el cual mide “Ejecutar el 100% el programa de Humanización Institucional con dos líneas de Intervención (Cliente Interno y Cliente Externo)” y el indicador 84CA “el cual mide Lograr el 85% de satisfacción de los Usuarios Intervenido en las diferentes estrategias del programa de Humanización” presentan un cumplimiento del 100% entre la meta proyectada y la meta lograda, sin embargo en la Herramienta Almera no se evidencia cargada la documentación soporte para establecer dicho alcance. **Ver Recomendación 12.**
- El programa asociado a la política de humanización “CA-HUM-PG-01 Humanización” cuenta con 11 líneas de intervención divididas entre cliente interno y cliente externo, dentro de las cuales se observó que se carece de los siguientes criterios que facilitan su medición control y seguimiento:
  - Las siguientes líneas de intervención no definen una periodicidad para su aplicación: Cliente Interno: Gimnasia Mental y Corporal, Socialización de Protocolos y Protocolo de Manejo Integral del Duelo. Cliente Externo: Acompañamiento Espiritual, Nacimiento Humanizado, Asesorías a Grupos de

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME DE AUDITORIA CONTROL</b>	<b>CIN-FT-02 V3</b>

**Participación. Ver Recomendación 13.**

- El programa señala que para la medición de estas líneas de intervención se realizara el seguimiento mediante indicadores documentados en el documento, al respecto no se suministró evidencia.
4. En la medición del indicador identificado con el código 82CA el cual establece *“Lograr que el 85% de los colaboradores estén capacitados en temas como programa de humanización”* Se evidencio:
- a). Un cumplimiento de un 77% por encima de la meta establecida por lo cual es posible concluir que se requiere de una ejecución con un cubrimiento de menor alcance con el propósito de fortalecer actividades que pueden contribuir al cumplimiento de todos indicadores de la política de humanización. **Ver Recomendación 14.**
  - b). No se evidencia soporte para garantizar adherencia de la capacitación, pre-test y post-test. **Ver Recomendación 14.**
  - c). De acuerdo con la evidencia suministrada La intervención realizada no está relacionada de forma directa con el programa de humanización.
5. El indicador 311CA el cual mide *“Disminuir en un 2% anual el número de PQRS por trato deshumanizado con respecto al periodo anterior”* presento las siguientes inconsistencias:
- a). No cumplió la meta establecida para los periodos verificados. **Ver Observación No 10 (De acuerdo con el análisis efectuado a la respuesta remitida se aceptan los argumentos planteados y se retira la observación).**
  - b). De acuerdo con la Base de datos suministrada por la Oficina de Participación el total de PQRS durante el trimestre asciende a 234 y según la evidencia documentada en la herramienta Almera se presentaron 188. **Ver Recomendación 15.**

**HALLAZGOS**

**Observación N°1**

**Cumplimiento de los estándares establecidos por la Entidad.**

**Condición:**

Se realizó la selección de las unidades médicas de Pasquilla y Destino para inspeccionar los lineamientos establecidos en la lista de chequeo CA- HUM- FT -01 Lista de Chequeo Verificación Humanizada del Ambiente Físico y se identificó el incumplimiento de los siguientes atributos:

**Criterio:** lista de chequeo CA- HUM- FT -01 Lista de Chequeo Verificación Humanizada del Ambiente Físico

**USS Destino**

1. Las áreas de atención no cuentan con información de derechos y deberes.
2. Para dar cumplimiento a las condiciones locativa y tecnológicas para la reducción de filas que disminuye la ansiedad en la espera de la atención. La unidad médica cuenta con digiturno, sin embargo, este está fuera de funcionamiento.
3. A pesar de que se trata de una unidad de servicio médico de consulta externa, no se observó un revistero, juegos de mesa o jardines, para disminuir la ansiedad.
4. Considerando la comunicación inclusiva no se observó la publicación de los derechos y deberes en lenguaje braille.
5. El espacio no cuenta con puntos de hidratación.

## USS Pasquilla

1. A pesar de que se trata de una unidad de servicio médico de consulta externa, no se observó un revistero, juegos de mesa o jardines, para disminuir la ansiedad.
2. El espacio no cuenta con puntos de hidratación.
3. Los baños de la unidad médica no contaban con antideslizante.
4. Considerando la comunicación inclusiva no se observó la publicación de los métodos de participación del ciudadano.

**Causa:** Asignación de recursos insuficientes para cumplir con los lineamientos establecidos para hacer seguimiento y mejorar los niveles del Ambiente Físico Humanizado respecto de la atención de los usuarios de la Entidad.

**Efecto:** Mayores niveles de insatisfacción entre los usuarios de la Entidad y formación de una imagen negativa de los servicios prestados y recibidos.

De acuerdo con el análisis efectuado a la respuesta remida se aceptan los argumentos planteados y se retira los siguientes literales.

### Respuesta por parte del Subproceso de Humanización:

1. Los listados que deberían estar publicados y no fueron observados por el equipo de Control Interno, como los son: Información de derechos y deberes, publicación de los derechos y deberes en lenguaje braille y publicación de los métodos de participación del ciudadano, se encontraban desinstalados de su ubicación original ya que las unidades médicas se encontraban en mantenimiento para efectos del proceso de acreditación.
2. Según se sustenta el Subproceso de Humanización, de acuerdo con lo establecido la Resolución 3100 de 2019 *“por la cual se definen los procedimientos y condiciones de Inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”*. En el apartado que hace referencia a las Características de los ambientes y áreas que pueden ser requeridos en varios servicios de salud y según establecen los numerales 36 y 37 los cuales indican:

**Numeral 36:** Baño, ambiente que cuenta con:

- a. Sanitario
- b. Lavamanos
- c. Ducha
- d. Alarma o sistema de llamado, donde se requiera.
- e. Puertas Corredizas o con apertura hacia el exterior.

**Numeral 37:** Unidad Sanitaria, ambiente que cuenta con:

- a. Sanitario
- b. Lavamanos

De tal manera que la Unidad Médica de Pasquilla no requiere de un antideslizante al tratarse de una unidad sanitaria.

3. Las unidades médicas de Pasquilla y Destino al tratarse de una unidad médica pequeña no requiere de: revistero, juegos de mesa o jardines, para disminuir la ansiedad y zonas de hidratación.

4. Las mejoras en el ambiente físico humanizado están sujetos a los recursos económicos médicos de la entidad, lo cual limita las disipaciones o mejoras que pueda sugerir el subproceso de humanización.

### **Observación No 2**

#### **Cumplimiento de los derechos y deberes por parte del Usuario.**

**Condición:** A través de las revisiones efectuadas en los planes de mejora (Evidencias Plan de Mejora 595) y de indagaciones hechas por el equipo de control interno a los colaboradores de Pasquilla y Destino es posible establecer que la Entidad debe fortalecer el conocimiento de los deberes y derechos de los colaboradores en el sentido de fortalecer los canales de apoyo que pueden tener los colaboradores de la entidad para manifestar quejas a los usuarios del servicio y fortalecer la prestación del servicio en cumplimiento de estándares humanizados.

Igualmente se observa en la línea de intervención “Intervención de PQRS” del IV y I trimestre de 2022 y 2023 respectivamente del Cliente Externo que las quejas funcionario usuario deben ser tratadas mediante el envío de la queja a la EPS para que se encarguen de realizar la intervención con el usuario, al respecto no se obtuvo evidencia.

**Criterio:** De acuerdo con los estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalario de Colombia, El Estándar 97 Establece: *La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y derechos del cliente interno y del paciente y su familia.*

De igual manera lo establece la política de entidad la cual establece en el objetivo general: *“Consolidar en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. esquemas de buen trato y sana convivencia entre los grupos de valor (usuarios, familia y comunidad, colaboradores, medio ambiente, gobierno, educación-formación y proveedores). Que permitan la proyección de los valores, el desarrollo de las habilidades sociales y el fortalecimiento de los atributos de calidad que impacten en un servicio con calidez profesionalismo en beneficio de la satisfacción del servicio.*

**Causa:** Falta de adherencia de los colaboradores respecto de los Deberes y Derechos, como parte del fortalecimiento de la prestación de los servicios y cumplimiento de los Estándares de Humanización.

**Efecto:** Mayores niveles de conflictos e insatisfacción entre los servidores y usuarios de la Entidad y formación de una imagen negativa de los servicios prestados y recibidos

De acuerdo con el análisis efectuado a la respuesta remida se aceptan los argumentos planteados y se retira la observación.

#### **Respuesta por parte del Subproceso de Humanización:**

Como sustento a las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno fue suministrado los siguientes soportes que sustentan las acciones realizadas por parte del subproceso de humanización:

1. Procedimiento de Protección a Colaboradores GH-CVC-SST-PR-04 V1, cuyo objetivo consiste en establecer una ruta de atención para el manejo de las situaciones de agresión o lesiones que se generan por parte de los usuarios en contra de los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud que se encuentren prestando servicios.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS  
DE SALUD SUR E.S.E**

**PROCEDIMIENTO PROTECCIÓN A  
COLABORADORES  
GH-CVC-SST-PR-04 V1**

ELABORADO POR	REVISADO POR	CONVALIDADO	APROBADO
<b>Nombre:</b> María Cristina Guzmán Rodríguez / Edward Castro	<b>Nombre:</b> Andrea López Guerrero / James Fernando Beltrán	<b>Nombre:</b> Sandra Patricia Alba Calderón	<b>Nombre:</b> Andrea López Guerrero / James Fernando Beltrán
<b>Cargo:</b> Profesional Administrativo / Profesional Universitario	<b>Cargo:</b> Jefe Oficina PCSC / Director Talento Humano.	<b>Cargo:</b> Profesional especializado – Control documental	<b>Cargo:</b> Jefe Oficina PCSC / Director Talento Humano.
<b>Fecha:</b> 2023-04-25	<b>Fecha:</b> 2023-05-23	<b>Fecha:</b> 2023-05-23	<b>Fecha:</b> 2023-05-23

2. Cronograma de Socialización Procedimiento Protección a Colaboradores.

HOSPITAL /CENTRO DE SALUD	FECHA			HORA	MODALIDAD	RESPONSABLE
	MES	DIA	AÑO			
ODONTOLOGÍA	JUNIO	14	2023	2:00 pm	PRESENCIAL	HUMANIZACION
CENTRO DE SALUD CANDELARIA LA NUEVA	JUNIO	23	2023	2:40 p. m.	PRESENCIAL	HUMANIZACION
CENTRO DE SALUD SAN BENITO	JUNIO	23	2023	9:40 a. m.	PRESENCIAL	HUMANIZACION
RURALIDAD	JUNIO	26	2023	3:00 pm	PRESENCIAL	HUMANIZACION
HOSPITAL VISTA HERMOSA	JUNIO	27	2023	10:00 a. m.	PRESENCIAL	PARTICIPACION
CENTRO DE SALUD MARICHUELA - YOMASA	JUNIO	28	2023	12:20 p. m.	PRESENCIAL	PARTICIPACION
HOSPITAL MEISSEN	JUNIO	29	2023	10:00 a. m.	PRESENCIAL	TALENTO HUMNAO
CENTRO DE SALUD BETANIA-REFORMA-DANUBIO	JUNIO	29	2023	12:30 p. m.	PRESENCIAL	PARTICIPACION
CENTRO DE SALUD ABRAHAM LINCOLN	JUNIO	29	2023	2:00 p. m.	PRESENCIAL	TALENTO HUMANO
CENTRO DE SALUD MANUELA BELTRÁN	JUNIO	30	2023	11:40 a. m.	PRESENCIAL	PARTICIPACION
HOSPITAL USME	JUNIO	30	2023	9:40 a. m.	PRESENCIAL	PARTICIPACION

3. Soporte de las presentaciones compartidas con los Colaboradores.





¿ DÓNDE DENUNCIAR ?

1. Salas de recepción de denuncias.
  - a. Unidades de Reacción Inmediata – URI.
  - b. Centros de Atención de la Fiscalía - CAF.
2. Estaciones de la Policía Nacional.
3. Centro de Atención Inmediata - CAI.
4. De forma escrita en las ventanillas únicas de correspondencia.
5. De forma escrita en la página web [www.fiscalia.gov.co](http://www.fiscalia.gov.co) / Botón 122/ Denuncia Fácil.
6. En el Centro de contacto de la Fiscalía General de la Nación llamando a los números (601) 5702000 (#7) en Bogotá, 018000919748 o línea celular 122 para el resto del país.
7. Ingresar a las páginas [www.fiscalia.gov.co](http://www.fiscalia.gov.co) o [www.policia.gov.co](http://www.policia.gov.co) y buscar el ícono virtual **¡A Denunciar!**

4. Listas de Asistencia de las intervenciones realizadas por parte del Subproceso de Humanización.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E							
LISTA DE ASISTENCIA INSTITUCIONAL							
CA-FT-01 V6							
FECHA:	2023/01/02	HORA DE INICIO:	8:00 AM	HORA DE TERMINACIÓN:	1:00 PM	LUGAR:	Tonal Administrativa
EVENTO:	<input type="checkbox"/> REUNIÓN <input type="checkbox"/> MESA DE TRABAJO <input type="checkbox"/> CAPACITACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> OTRO: Vacuna	TEMA:	Política nacional de Estrategias de Atención, prevención, promoción y control de la salud		RESPONSABLE:	Egopo Humanización	
Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Nº DOCUMENTO	DEPENDENCIA	UBS	CARGO	CORREO	FIRMA
1	Rey Henao	51813533	Seguridad	Admón	Subgerente	Seguridad@ssd.gov.co	[Firma]
2	Eduardo Obando	06748414	FPMJ	Adm	Director	eduardo.obando@ssd.gov.co	[Firma]
3	Alejandra Guevara	102257008	Calidad	Prod. Admón	Prod. Admón	alejandra.guevara@ssd.gov.co	[Firma]
4	Lina Marcela Parboja	1032915499	FPMJ	Ambiental	Interventor - expositivo	linaparboja@ssd.gov.co	[Firma]
5	Angie Paola Daza	1023961486	FPMJ	Proyectos	Interventor - expositivo	angie.pdaza@ssd.gov.co	[Firma]
6	Wilmar Rodríguez	102621011	Prevención	Ecocanal	Artista	wilmar.rodriguez@ssd.gov.co	[Firma]
7	Audrey Pozo	7320964	Ecología	Ecología	Coordinadora	audrey.pozo@ssd.gov.co	[Firma]
8	Emilia Romero	111205200	ST. Humanización	Admón	Interventor	emilia.romero@ssd.gov.co	[Firma]

**Observación No 3**

**Planificación de las Acciones de mejor de un Ambiente Físico Humanizado**

**Condición:** La estructura de planificación establecida en el subproceso de humanización en lo correspondiente a ambiente físico humanizado se encuentra fundamentada en acciones de mejora, por lo cual se enfoca en controles de carácter correctivo, se debe fortalecer la estructura señalada en el sentido de la planificación y la implementación de acciones de control asociadas a los lineamientos del ambiente físico humanizado, de tal manera que sea posible orientar el subproceso de humanización a la mejora continua a través de planear, hacer, verificar y actuar.

**Criterio:** En cumplimiento del artículo 2 de la ley 87 de 1993, en la cual se desarrollan los objetivos del sistema de control interno, en los cuales se determina: “Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional; asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y sus registros; definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presentan en la organización y que pueden afectar el logro de los objetivos y garantizar que el sistema de control interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación.”

**Causa:** Ausencia de planificación integral, orientada a asegurar la mejora continua del Ambiente Físico Humanizado, acorde al seguimiento y monitoreo realizado.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME DE AUDITORIA CONTROL</b>	<b>CIN-FT-02 V3</b>

**Efecto:** Mayores niveles de insatisfacción entre los usuarios de la Entidad y formación de una imagen negativa de los servicios prestados y recibidos.

De acuerdo con el análisis efectuado a la respuesta remitida se aceptan los argumentos planteados y se retira la observación.

**Respuesta por parte del Subproceso de Humanización:**

El subproceso de humanización de la entidad realiza mesas de trabajo en las cuales se documenta y planea las acciones correspondientes a ambiente físico humanizado, como evidencia de dicho procedimiento se observaron los planes de mejora 547,548,549,550,982 y 983 cargados en la herramienta Almera, una vez analizadas y revisadas dichas acciones se observó que cada plan de mejora cuenta con el cargue de un acta de Reuniones y Mesas de Trabajo como soporte de la Mesa de Ambiente Físico.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO</b>	<b>MI-SIG-SIG-FT-01 V4</b>
<b>NOMBRE DE LA REUNIÓN: MESA DE AMBIENTE FISICO NOVIEMBRE</b>		
<b>RESPONSABLE: Martha Lucia Nieto Hernández</b>		<b>SECRETARIO: Lizeth Mairena Montero Londoño</b>
<b>REUNIÓN N°:</b>	<b>FECHA: 30 de noviembre de 2022</b>	<b>HORA INICIO: 8:00pm</b>
<b>LUGAR: Auditorio Sede Administrativa</b>		<b>HORA FINAL: 12: 00 pm</b>

<b>7. COMPROMISOS:</b>			
<b>QUÉ (Tarea o actividad)</b>	<b>CÓMO (Metodología – estrategia)</b>	<b>CUANDO (Fecha limite dd-mm--aa)</b>	<b>QUIEN (Responsable)</b>
Presentación de informe de estrategias para abordar problemática de palomas	Presentación mesa de ambiente físico	Próxima mesa	Gestión Ambiental- Servicios Básicos
Enviar acta de la mesa del mes de septiembre	Correo electrónico	01/12/2022	Secretaria Mesa de Ambiente físico
Pendiente generar referenciación interna entre en seguridad y salud en el trabajo y seguridad del paciente	Envío Correo electrónico	Próxima/a mesa	Seguridad y Salud en el Trabajo
Revisión de los lineamientos de ambiente físico humanizado y presentar observaciones	Presentación en la próxima mesa	Mesa que se desarrolla en el mes de Diciembre	Todos los integrantes

**Observación No 4 y 5**

**Adopción de los Estándares de Acreditación 33 y 122**

**Condición:** De acuerdo con los estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalario de Colombia, se pudo establecer que no se está dando adoptando plenamente los criterios de acreditación establecidos en el estándar 33 referente a los Estándares Asistenciales y estándar 122 Gerencia de un Ambiente Físico Humanizado, se evidencio que no se cuenta con la identificación de riesgos en caso de la falta de humanización a nivel de prestación de servicios y en lo correspondiente a ambiente físico.

**Criterio:**

- a. El estándar 33 el cual establece: “El proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su

privacidad y dignidad”.

- b. El estándar 122 establece: “La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico”. Según se establece en los **Criterios**: La organización cuenta con una estrategia para promover la cultura institucional para el buen ambiente físico.

**Causa:** En el proceso de adopción de los estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalario de Colombia, no se ha dado pleno seguimiento a los estándares 33 correspondiente, a los Estándares Asistenciales y estándar 122 Gerencia de un Ambiente Físico Humanizado.

**Efecto:** Mayores niveles de insatisfacción entre los usuarios de la Entidad y formación de una imagen negativa de los servicios prestados y recibidos.

De acuerdo con el análisis efectuado a la respuesta remitida se aceptan los argumentos planteados acorde con la adopción gradual de los mismos y se retira la observación.

**Respuesta por parte del Subproceso de Humanización:**

Como sustentación a las observaciones mencionadas en el subproceso de humanización se aclara que se cuenta con diferentes intervenciones de carácter preventivo las cuales están orientadas a la socialización de la política de humanización y promoción de una cultura organizacional de un buen ambiente físico, según se relaciona a continuación:

**Socializaciones realizadas en el mes de enero**

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	COLABORADORES
- Tunjuelito	62
- Tunal	158
- Vista hermosa	150
- Marichuela	25
- Mochuelo	14
- Meissen	100
- Abraham Lincon	17
- Usme	20
- Administrativa	112
<b>Total</b>	<b>658</b>

**Socializaciones realizadas en el mes de febrero**



UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	COLABORADORES
SAN JUAN	12
NAZARETH	10
VISTA HERMOSA	86
TUNAL	65
MEISSEN	88
MARICHUELA	58
BETANIA	11
CANDELARIA	23
SAN BENITO	25
MANUELA BELTRAN	94
LA ESTRELLA	10
EL CARMEN	43
AMBRAHAM LINCON	17
DANUBIU AZUL	6
REFORMA	10
PASQUILLA	11
YOMASA	5
MOCHUELO	11
JERUSALEM	7
SANTA LIBRADA	22
TUNJUELITO	17
DESTINO	9
ADMINISTRATIVO	39
<b>TOTAL</b>	<b>679</b>

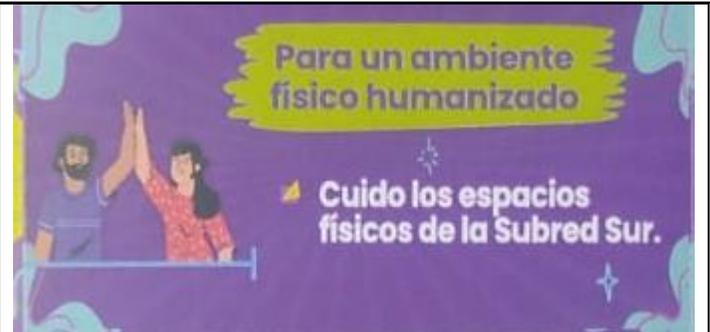
**Socializaciones realizadas en el mes de marzo**

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	COLABORADORES
SAN JUAN	7
NAZARETH	17
VISTA HERMOSA	68
TUNAL	202
MEISSEN	106
MARICHUELA	12
BETANIA	8
CANDELARIA	32
SAN BENITO	9
MANUELA BELTRAN	17
LA ESTRELLA	10
EL CARMEN	16

AMBRAHAM LINCON	11
DANUBIU AZUL	5
REFORMA	6
PASQUILLA MOCHUELO	21
YOMASA	6
USME	17
JERUSALEM	6
SANTA LIBRADA	12
TUNJUELITO	22
DESTINO-FLORA	14

RURALIDAD	66
<b>TOTAL</b>	<b>690</b>

**Estrategias para promover y fortalecer la Cultura del ambiente físico humanizado:** Mediante Socialización, capacitación y sticker adheridos a los carnets para fomentar el adecuado cuidado de la entidad.



**Video de Campaña para la sensibilización del ambiente físico humanizado**



**Observación No 6**

**Cumplimiento a las actividades del procedimiento CAM-HUM-PR-01 Intervención Humanizada PQRS**

**Condición:**

- a. Al realizar una prueba de recorrido lo cual consiste en una prueba de auditoría que implica la ejecución independiente por parte del auditor cuyo objetivo es realizar la verificación de la eficiencia operativa de los controles establecidos por la entidad y la obtención de la evidencia, se estableció que actividades

número 3 y 4 del procedimiento no se efectúan.

- b.** Según las actas suministradas en cumplimiento de la actividad No 3 del procedimiento CAM-HUM-PR-01 Intervención Humanizada PQRS, se identificó que no se da pleno cumplimiento a las actividades de control establecidas para el caso relacionado en el recuadro de a continuación:

Ítem	Periodo	Número de documento del usuario	EPS	Tipo de población	Recepcionado en:	Servicio Involucrado	Perfil Colaborador	Observaciones
1	Diciembre	362725@@@	Capital Salud	General	Uss Usme	1. Servicios Ambulatorios	Auxiliar De Enfermería	El acta realizada en la Socialización con el colaborador no incluye los compromisos para evitar y minimizar el trato deshumanizado.

**Criterio:** El procedimiento CAM-HUM-PR-01 Intervención Humanizada PQRS establece que para dar respuesta a los PQRS se deben efectuar las siguientes actividades:

- a. Actividad N°3:** Realizar el acta MI-SIG-SIG-FT-01 Acta de Reunión y mesas de trabajo en la cual se soporta que el líder del servicio o referente de la USS se reúne con el involucrado de la PQRS y se abordarán los compromisos de la persona involucrada en la queja. **Anexo 1 – Selección y Documentación Revisados correspondientes a PQRS.**
- b.** El procedimiento establecido indica en la actividad No 3 que se debe registrar en el acta: *“Seguimiento de los temas abordados y compromisos de la persona involucrada en la queja”*. Esta situación no fue observada en el acta suministrada para el caso relacionado en el recuadro de la parte superior.

**Causa:**

- a.** La actividad consiste en un correo electrónico mediante el cual se efectúa la intervención en Reiteración de quejas a funcionarios o servicio en menos de dos meses. En caso de que el líder del área verifique que el funcionario o servicio ha tenido más de dos quejas en el mes, solicitara al profesional de humanización una intervención por parte de humanización para fortalecer los procesos, y buscar las mejorar de calidad.
- b.** Mecanismos de monitoreo, seguimiento y anticipación a eventos no deseados de nivel bajo lo cual puede repercute en la omisión de las actividades establecidas en el procedimiento.
- c.** Los mecanismos de control establecidos en la actividad N°3 del procedimiento CAM-HUM-PR-01 Intervención Humanizada de PQRS carecen de un control de validación en donde se especifique: quien elaboró, quien revisó y quien aprobó.

**Efecto:**

1. Incumplimiento a en el procedimiento establecido por la entidad.
2. Incremento de PQRS los casos presentados por trato deshumanizado.
3. Incumplimiento en los compromisos establecidos entre el Líder del servicio o Referente de la USS y el personal involucrado en la PQRS.

**Respuesta por parte del Subproceso de Humanización:**

El día 31 de marzo de 2023 se realiza una reunión entre la referente de humanización y los profesionales de

enlace en los cuales se desarrollaron los temas relacionados a continuación:

**6. DESARROLLO DE LOS TEMAS:**

- En esta mesa asisten la dirección de Talento Humano: Referente de bienestar, referente de capacitaciones. Representante de comunicaciones, representante de participación social y servicio al ciudadano, representante de subgerencia, y profesionales de enlace
- Se da lectura al acta de la mesa anterior.
- La referente de humanización María Yolanda, informa el orden del día y da la bienvenida a los participantes, se excusa por no contar con salón, ya que en el momento hay auditoria del proceso de talento humano.
- El jefe de talento humano informa que dentro del proceso de talento humano en el año 2023 se toma como base las tres mediciones realizadas en el año 2022 realizadas para identificar diagnóstico institucional. En donde uno de los objetivos es fortalecer las competencias de los profesionales de enlace, en principio se realizarán dos actividades para lo cual se recomienda no consumir carnes rojas un día antes de la actividad y asistir en ropa muy cómoda. Las fechas establecidas para el 27 de abril y 25 de mayo.
- Refiere que al planear el fortalecimiento de habilidades gerenciales se fortalecerá: la negociación, reconocimiento del otro, sentido de pertenencia, liderazgo.
- Explica que para aquellos equipos o servicios que cumplan con sus metas el gerente los acompañará con la actividad "café con pan" para su reconocimiento y escuchar sus inquietudes y expectativas.
- Además informa de actividades encaminadas a la participación del personal de OPS para que puedan disfrutar espacios con compañeros de trabajo y familia.
- Desde humanización del servicio se informa como esta conformado el equipo, las acciones realizadas para socializar la política, programa, estrategias y protocolos en cada unidad de la subred, además los talleres con el personal para el fortalecimiento de la comunicación asertiva, escucha activa, trabajo en equipo y la participación en las unidades locales de comunicación, informando que se reactivaran cuando la subgerencia determine.
- Se explica que es importante el seguimiento por cada profesional cuando se presenten quejas por trato deshumanizado, ya que estas serán revisadas por control interno. Algunos profesionales manifiestan que no están de acuerdo por situaciones que se han presentado por acoso laboral, se manifiesta que el protocolo establece el seguimiento por el personal de enlace y en quejas reiterativas por Humanización del servicio serán abordadas por el subproceso. Se explica que en el mes de abril se iniciara con los talleres desde humanización los cuales se informara para que ellos envíen a las personas que han presentado quejas por trato deshumanizado.
- También refieren que la institución debe garantizar el personal en los diferentes servicios para evitar la sobrecarga de trabajo que implica el trato deshumanizado.
- Refieren que deben mejorar los espacios de bienestar especialmente en la sede de Tunal y garantizar la utilización de los baños

Se establecieron los siguientes compromisos:

**7. COMPROMISOS:**

QUÉ (Tarea o actividad)	CÓMO (Metodología – estrategia)	CUANDO (Fecha límite dd-mm-aa)	QUIEN (responsable)
Realización taller para profesionales de enlace	Invitación por correo electrónico	27/04/2023	Director de Talento Humano
Revisar alternativas para el manejo de PQRS por trato deshumanizado	Presencial – auditorio sede administrativa	5/05/2023	Jefe de talento humano, jefe de participación social y servicio al ciudadano, subgerente asistencial y corporativo o representante, líder de calidad, referente humanización

**Observación No 7**

**Casos de PQRS sin Intervención por el Subproceso de Humanización.**

**Condición:** Las siguientes acciones de acuerdo con los criterios establecidos en la actividad No 2 del procedimiento, con los principios establecidos en la política y con la respuesta por parte de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano al usuario, no cuentan con intervención por parte del

subproceso de humanización. **Ver Anexo 2 Casos sin Intervención Subproceso de Humanización.**

**Al respecto se hace la siguiente aclaración:**

Se estableció en el marco del cumplimiento de la actividad No 5 del procedimiento “*Intervención directa Profesional Humanización*” la siguiente operación aritmética, la cual indica un 69,3% en el cumplimiento de dicha actividad:

Casos Intervenidos	$\frac{9}{13}$	=	69,3%
Casos Remitidos	13		

**Criterio:** De acuerdo a lo establecido en el procedimiento Intervención Humanizada de PQRS CA-HUM-PR-01 V4., las siguientes serán las características para determinar que el caso debe pasar directamente al profesional de humanización.

- Queja reiterativa (2 o más) del mismo profesional o equipo en el mismo mes.
- Queja reiterativa durante (2) meses consecutivos del mismo profesional o equipo.
- Agresión física reportada en la queja.

**Causa:** El subproceso de humanización no realiza el seguimiento de las PQRS presentadas durante el mes en cumplimiento con lo establecido en el procedimiento CA-HUM-PR-01 V4.

**Efecto:**

- Bajo Cubrimiento de los casos presentados por trato deshumanizado.
- Falta de adherencia en los clientes internos y externos a la política de humanización de la entidad.
- Incremento de PQRS los casos presentados por trato deshumanizado.

**Observación No 8.**

**Incumplimiento de la respuesta de un PQRS cuyo tiempo es superior a 15 días.**

**Condición:** Se evidencia que el caso con número de radicado 202306010005842 se presentó por parte del peticionario el día 12 de diciembre de 2022 según se observa en la queja interpuesta por el usuario y de acuerdo al registro efectuado en la base de datos suministrados por la Oficina de Participación y Servicio al Ciudadano se realizó radicación el día 29 de diciembre de 2022, a este caso se le dio respuesta el día 27 de enero de 2023 en cuyo caso se presenta un incumplimiento a la oportunidad la cual no debe ser superior a 15 días siguientes a su recepción en cumplimiento con lo establecido en : “*Artículo 14 términos para resolver las distintas modalidades de las peticiones de 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”.*”

El plan de mejora sujeto a esta observación corresponde a la Oficina de Participación y Servicio al Ciudadano.

**Criterio:** 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, en su Artículo 14 establece:

***Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. Estará sometida a término especial la resolución de las siguientes peticiones:***

1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.

2. Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción.

**PARÁGRAFO.** Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en la ley expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto.

**Causa:** La desviación observada no es representativa en la muestra realizada por lo cual se evidencia una existencia de mecanismos de control para validar la oportunidad de las respuestas a los usuarios, sin embargo, se deben fortalecer dichos controles para responder oportunamente a todos los requerimientos correspondientes a PQRS.

**Efecto:** Se presenta falta de oportunidad al caso presentado, lo cual puede repercutir en:

1. Intervenciones tardías por parte del subproceso de humanización a los colaboradores y/o usuario.
2. Posibles situaciones legales que comprometen la reputación de la entidad.
3. Posibles pérdidas económicas en litigios presentados con los usuarios.

### **Observación No 9**

#### **Cumplimiento de las actividades establecidas en el programa para seis Intervenciones.**

**Condición:** De acuerdo con los establecido en el Programa de Humanización “CA-HUM-PG-01 Humanización” para el cliente interno y el cliente externo, se evidencio que no se están dando cumplimiento a las actividades relacionadas a continuación correspondientes a las siguientes líneas de intervención:

No	Descripción la Actividad	Meses de Evidencia	Observaciones
1	Capacitación de competencias a colaboradores.	Octubre, noviembre, Diciembre	Para los meses de octubre, noviembre se observó la evidencia suministrada de la cual se pudo establecer que no se obtuvo la documentación soporte de: Evaluaciones de Competencias Blandas y la percepción de las mismas en todos los servicios de la Subred Sur. <b>Observación No 10 (a)</b>
2	Campañas o estrategias de sensibilización.	Octubre, noviembre, Diciembre	Para los meses de octubre, noviembre se observó la evidencia suministrada de la cual se pudo establecer que no se obtuvo la documentación soporte de: Aplicación de las diferentes actividades Lúdicas Publicadas en Almera <b>Observación No 10 (b)</b>
3	Intervención de PQRS.	Octubre y Noviembre	Se adjuntan actas de manejo del usuario difícil, el programa habla de hacer una intervención para socializar los derechos y deberes y sensibilizar en la importancia de la calidad que incluye el buen trato, igualmente no se obtuvo evidencia suficiente para el mes de diciembre. <b>Observación No 10 (c)</b>
4	Socialización de Protocolos.	Octubre, noviembre, Diciembre	Para los meses de octubre, noviembre y diciembre no se evidencia intervenciones por Nacimiento Humanizado, Atención Humanizada, y Ambiente Físico Humanizado. <b>Observación No 10 (d)</b>
5	Socialización de Protocolos.	Febrero	Para los meses de enero y marzo no se evidencia intervenciones por Nacimiento Humanizado (Cliente Interno), Atención Humanizada y Ambiente Físico Humanizado. <b>Observación No 10 (d)</b>
6	Protocolo Manejo Integral del duelo.	Octubre a Marzo	De acuerdo con los soportes suministrado no se obtuvo evidencia

para los meses de enero, febrero y marzo **Observación No 10 (e)**

**Criterio:** El programa “CA-HUM-PG-01 Humanización” establece que para realizar las líneas de intervención se deben efectuar las siguientes actividades:

1. Capacitación de Competencias a Colaboradores: Este tipo de intervención tiene como objetivo sensibilizar, Psicoeducar y evaluar las competencias blandas que caracterizan la atención humanizada y la percepción de esta en todos los servicios que presta la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
2. Campañas o Estrategias de Sensibilización: Este componente tiene como objetivo promover un aprendizaje en el personal de la entidad, orientado a desarrollar mejores prácticas con el usuario y su familia, además del reconocimiento de la política de humanización, desarrollando competencias por medio de un proceso que sea flexible, y responsable. Esto se ejecuta de forma trimestral y actualmente está constituido por diferentes estrategias lúdicas que se encuentran en Almera publicada y codificadas.

**Documentos publicados en Almera:**

- CA-SIG-HUM-OD-02 Estoy Contigo
  - DI-HUM-OD-06 Rincón Literario
3. Intervención de PQRS: La presente intervención tiene como objeto realizar el acompañamiento a funcionarios que hayan presentado quejas reiterativas en el mes por trato deshumanizado ante un usuario con la finalidad de identificar posibles causas, socializar deberes y derechos y sensibilizar en la importancia de la atención de calidad que incluye el bien trato.
  4. Socialización de Protocolos: Este tipo de intervenciones tiene como objeto principal generar diferentes capacitaciones que permiten sensibilizar al profesional sobre diferentes estrategias relacionadas con habilidades sociales y comunicación asertiva, como también sobre espacios que aportan a la atención de la atención digna y humanizada. Tipos de Intervenciones relacionadas en el programa Nacimiento Humanizado, Atención Humanizada y Ambiente Físico Humanizado.

**Causa:** El programa establece dentro de sus actividades varias líneas de intervención que a su vez establece diferentes actividades para su cumplimiento, lo cual excede el alcance de las que puede ejecutar el personal involucrado en el subproceso de humanización.

**Efecto:** Mayores niveles de insatisfacción entre los usuarios y colaboradores de la Entidad y formación de una imagen negativa de los servicios prestados.

1. Incumplimiento a los objetivos y estandartes establecidos por el subproceso de humanización.

De acuerdo con el alcance comprendido entre el 1 de octubre al 2022 al 28 de febrero de 2023 y según los soportes revisados se evidencio la desviación identificada, sin embargo, esta fue corregida a partir de las mesas de trabajo entre la Oficina de Control Interno y el Subproceso de Humanización con posterioridad al alcance de la auditoría. Por lo cual con el análisis efectuado a la respuesta remitida se aceptan los argumentos planteados y se retira la observación.

**Respuesta por parte del Subproceso de Humanización:**

Como sustentación a las observaciones mencionadas en el subproceso de humanización aclara que se encuentra en proceso de elaboración y reestructuración del Programa de Humanización.



	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E
NOMBRE DEL PROGRAMA HUMANIZACIÓN	CÓDIGO CA-HUM-PG-01 V5

**1. INTRODUCCIÓN:**

La humanización es un enfoque integral que abarca todas las facetas del ser humano: física, emocional, espiritual, social e intelectual. Su propósito fundamental es desarrollar continuamente mejores prácticas de servicio, promover la evolución ética, fomentar el autocuidado, reconocer la dignidad humana, valorar las diferencias, fomentar la tolerancia y fomentar la comunicación asertiva.

Desde esta perspectiva, se generan ideas que establecen procesos saludables de convivencia, interacción y oportunidades, así como la importancia de un seguimiento constante y pertinente. En cada momento crucial, se busca no solo cumplir con metas personales, sociales o circunstanciales, sino también fortalecer las sociedades al generar una mayor conciencia y empatía hacia la realidad de los demás.

El Programa de Humanización de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E surge con el propósito de fortalecer las competencias en relación con los usuarios, así como fomentar una relación sana entre los usuarios y los colaboradores. Su objetivo es integrar la calidad con la vocación de servicio mediante estrategias que impacten positivamente en la prestación de servicios tanto asistenciales como administrativos.

Este programa contribuirá al cambio cultural de la organización, promoviendo una comunicación asertiva y una visión compartida de servicio humanizado. Se basa en la implementación de principios, valores y compromisos que se alinean con las políticas institucionales y el Plan de Desarrollo Distrital.

Para definir y construir el Programa de Humanización de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., se consideraron los criterios de inclusión establecidos por la Secretaría Distrital de Salud, así como las aportaciones de los colaboradores de la entidad, la comunidad y otras partes interesadas. Se valoraron como formas de participación y percepción diversas realidades de nuestras comunidades urbanas y rurales. Como resultado, hemos creado nuestro programa de humanización: Humanamente Subred Sur.

La humanización es posible en cualquier contexto, a través de pequeños detalles que sirven como base para diseñar grandes estrategias de convivencia social, intervenciones en salud, diagnósticos asertivos en función del contexto en el que se desarrollan, y la atención a poblaciones vulnerables, entre otros aspectos. La humanización se manifiesta en la conexión personal que marca la diferencia en cualquier proceso de atención.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. incorpora el enfoque de la humanización en sus objetivos estratégicos, su código de integridad y su proceso de mejora institucional. Esto promueve una atención que responda a las necesidades de los usuarios, con calidez, calidad y valores que fortalezcan las relaciones interpersonales.

**2. OBJETIVO:**

Promover una visión integral del ser humano, mediante un enfoque estratégico centrado en la humanización de la salud. Buscamos desarrollar estrategias que mejoren el bienestar y las competencias de nuestros colaboradores, fomentando la entrega de servicios de salud que estén centrados en el usuario y su familia. Nuestro compromiso es brindar servicios de calidad y calidez, contribuyendo al bienestar de la población y generando satisfacción en la comunidad y los usuarios, tanto en áreas urbanas como rurales.

A la fecha de finalización de la presente auditoría el programa se encuentra en borrador.

**Observación No 10**

**Cumplimiento de las metas establecidas en los Indicadores.**

**Condición:** Se evidencia que el indicador identificado con el ID 311CA el cual establece “Disminuir en un 2% anual el número de PQRS por trato deshumanizado con respecto al periodo anterior” presento incumplimiento para los meses de diciembre de 2022 y marzo de 2023 según se evidencia a continuación:

No	Selección Control Interno	Metas	Observaciones
1	IV Trimestre 2022	Se evidencia el Incumplimiento de la meta considerando que se establecido alcanzar un 2% y se alcanzó un 0,59%, el cual corresponde a un total de 188 de PQRS generados por trato deshumanizado de un total de 118 PQRS de la vigencia anterior.	1. Se evidencia incumplimiento en la meta establecida. <b>Observación No 11.</b>  2. De acuerdo con la Base de datos suministrada por la Oficina de Participación el total de PQRS durante el trimestre asciende a 234.
2	IV Trimestre 2023	Se evidencia el Incumplimiento de la meta considerando que se establecido alcanzar un 2% y se alcanzó un 0,37%, el cual corresponde a un total de 159 de PQRS generados por trato deshumanizado de un total de 116 PQRS de la vigencia anterior.	Se evidencia incumplimiento en la meta establecida. <b>Observación No 11.</b>

**Criterio:** La política de humanización de la entidad establece para el cumplimiento y medición de los objetivos cinco (5) indicadores, uno de estos y el cual presento incumplimiento en las validaciones de la oficina de control interno hace referencia a: “Disminuir en un 2% anual el número de PQRS por trato deshumanizado con respecto al partido anterior”.

**Causa:** De acuerdo con la medición realizada por el Subproceso de Humanización, el alcance de la disminución del 2% en los PQRS por trato deshumanizado está por encima de los datos históricos

alcanzados, igualmente según los resultados validados para diciembre de 2022 y marzo de 2023 se ha logrado como máximo una disminución equivalente a 0,59%.

**Efecto:**

1. Mayores niveles de insatisfacción entre los usuarios y colaboradores de la Entidad y formación de una imagen negativa de los servicios prestados.
2. Incremento de situaciones por trato deshumanizado que conlleven a una prestación de servicio que no cumpla con los estándares y lineamientos establecidos por la entidad.

De acuerdo con el análisis efectuado a la respuesta remida se aceptan los argumentos planteados y se retira la observación.

**Respuesta por parte del Subproceso de Humanización:**

Como sustentación a las observaciones mencionadas en el subproceso de humanización aclara que los planes de mejora de la situación observada están sujetos a una reunión con la Oficina de Desarrollo Institucional a la cual por solicitud del subproceso de humanización se requiere adicionar a la Dirección de Servicios Complementarios.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS  
DE SALUD SUR E.S.E

Al contestar por favor cite: 202303000036323



Bogotá D.C. Junio 21 de 2022

Respetados doctores

**Validado Oficina  
de Control Interno**

D- Jefe oficina Participación Comunitaria y Servicio al  
 Jefe oficina de Calidad.  
 N – Director de Talento Humano.  
 - Líder Humanización.  
 A – jefe oficina de Comunicaciones.

En el marco de la revisión que se realiza desde la oficina de Desarrollo Institucional al cumplimiento de las metas del Plan Operativo Institucional, los lineamientos establecidos en el ejercicio de PLANEASUR donde se estimó el seguimiento de las brechas que se identifiquen en el año 2023 en las diferentes líneas estratégicas. Además de las recomendaciones realizadas por la Contraloría Distrital en su visita de Auditoria Regular, donde se evidencia la necesidad de mejorar el seguimiento a los controles de los indicadores y metas que muestren resultados débiles, me permito informar:

Que según el resultado de la **META No.43 Porcentaje de disminución de la tasa de PQRS relacionadas con Acceso, Oportunidad y Deshumanización**. El cual arrojó un resultado del **24% (Meta Disminuir 2%)**. Se hace necesario establecer esta reunión para definir acciones de mejora inmediata. Esto dado que la calidad de los servicios, el trato humanizado y el fortalecimiento de una cultura de integridad, son acciones banderas de la administración, se da prioridad al análisis de esta meta y a la propuesta de estrategias para abordar de manera integral este resultado de la siguiente manera:

Para este ejercicio se diligenciará el formato **"FORMULACIÓN 5 PORQUES"**, código **CA-MCC-FT-01**, el cual se encuentra en el aplicativo **ALMERA** y del formato **"PROYECCIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL"**, código **CA-MCC-FT-02**, para determinar las causas, estrategias y proyecciones de la mejora en el resultado y luego se ser aprobado remitir a la oficina de Desarrollo Institucional como soporte del control de los resultados.

**Cuadro Consolidado de Observaciones las cuales requieren planes de Mejora**

Nombre de La Observación	Numeración
Cumplimiento a las actividades del procedimiento CAM-HUM-PR-01 Intervención Humanizada PQRS	Observación 6
Casos de PQRS sin Intervención por el Subproceso de Humanización.	Observación 7
Incumplimiento de la respuesta de un PQRS cuyo tiempo es superior a 15 días.	Observación 8

**FORTALEZAS**

A través de la presente auditoría se evidenció fortalezas en el Macroproceso de Gestión de Calidad en el Subproceso de Humanización con las que puede lograr un incremento gradual en el cumplimiento de las Operaciones y mejorar los niveles de productividad, entre estas fortalezas se encuentran:

1. Cuentan en el sistema Almera con una línea robusta de procedimientos y guías de manejo que orientan al recurso humano sobre la práctica de Control para la toma de decisiones frente a las situaciones por trato deshumanizado de la entidad.
2. Acompañamiento permanente desde la oficina de Desarrollo Institucional- subproceso administración del Riesgo, quienes fortalecen y vigilan el comportamiento de los riesgos planteados, sus actividades de control y el seguimiento según la periodicidad establecida a fin de tomar medidas que impidan una materialización.
3. Recurso humano idóneo y con la experiencia requerida para dar alcance a las exigencias que demanda el proceso diariamente.
4. Comunicación permanente por parte del líder del Macroproceso de Gestión de Calidad con el personal de la entidad y el personal a su cargo, donde se socializa el comportamiento de estos frente al cumplimiento de las obligaciones contractuales, indicadores, metas y las dificultades que estos hayan presentado para el logro de esta.
5. Manifestación y gestión permanente por parte del líder proceso sobre las alertas que se generan en cuanto a las dificultades y necesidades que presentan para la ejecución de sus actividades.

**OBSERVACIONES**

- La Oficina de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de salud Sur ESE, respecto de la evidencia facilitada para la evaluación efectuada, aclara que la información suministrada por el Subproceso de Humanización se obtuvo a través de solicitudes y consultas y visitas de campo realizadas por la Oficina de Control Interno. Por lo anterior nuestro alcance no pretende corroborar la precisión de la información y su origen.
- Dado que la labor de auditoría interna ejecutada desde la Oficina de Control Interno está sujeta al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría Vigencia 2023, la misma se encuentra limitada por restricciones de tiempo y alcance, motivo por el cual procedimientos más detallados podrían revelar contenidos no abordados en la ejecución de esta actividad.
- La respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., en este informe para el Subproceso de Humanización, incentiva la consideración de las "Recomendaciones y Hallazgos" para los planes de mejoramiento a que haya lugar,

acorde con el formato establecido, por lo anterior una vez el presente informe quede en firme, el plazo establecido para la entrega del PM será de quince (15) días hábiles a partir del recibo del informe definitivo.

## RECOMENDACIONES

### Recomendación N°1

**Modificar y asignar un responsable a la lista de Chequeo CA- HUM- FT -01 Lista de Chequeo Verificación Humanizada del Ambiente Físico.**

#### Observación

La lista de chequeo incluye 27 atributos de validación aplicables para todos los servicios, cuyo propósito consiste en la inspección de los aspectos básicos de un ambiente físico humanizado. Se observa que los puntos 2, 5,9,11,12, 21, 22, 23 y 27 son de aplicación única para las unidades médicas en los cuales se prestan servicios de atención hospitalaria.

#### Riesgos

1. Es posible que algunos servicios de atención no hospitalaria no cumplan o no cuenten con los aspectos básicos de un ambiente físico humanizado.
2. Posibilidad de que algunos usuarios de los servicios con ausencia o bajo cumplimiento de los aspectos básicos de un ambiente físico humanizado, estén molestos o insatisfechos.

#### Recomendación

1. Considerando que el Subproceso de Humanización cuenta con un referente y dos colaboradores, se hace indispensable apoyarse en personal de otros procesos, para lo cual se recomienda separar los aspectos físicos humanizados según tipo de servicios prestados; ya sean de atención hospitalaria o de consulta externa. De esta manera es posible para cualquier colaborador de la Entidad efectuar dicha actividad.
2. Igualmente se requiere documentar y formalizar este control, utilizando esta lista de chequeo, de tal forma que se determine un responsable del control, una periodicidad y se realice la identificación de riesgos al no establecer dicho mecanismo.

### Recomendación N°2

**Cumplimiento a las acciones de mejora propuestas en el plan de mejora 596.**

#### Observación

De acuerdo al plan de mejora 596 el cual establece como oportunidad de mejora: *“Diseñar e implementar dentro de los procesos de Talento Humano, un mecanismo para revisar casos que involucren a colaboradores agredidos por usuarios y sus familiares, durante el ciclo de atención, el cual debe incluir intervención individual y grupal”*. Se observo que no se han cumplido los siguientes puntos:

1. A la fecha de la revisión no se observa un procedimiento establecido, formalizado y publicado en Almera que tenga como objetivo las acciones plasmadas en el acta realizada como pare de las

acciones de mejora.

2. Se evidencia un protocolo de atención de agresiones a funcionarios desde un usuario con los lineamientos planteados en la reunión. En la herramienta Almera se observa publicado el protocolo CA-HUM-PT-01 Manejo de Usuario Difícil el cual fue publicado y aprobado el día 28 de abril, por lo cual las acciones propuestas el día 3 de junio de 2022 mediante el acta de conformación de equipo de seguimiento de agresión a colaboradores no se encuentran incluidas dentro de este protocolo.

### Riesgos

1. Posibilidad de que se continúen presentando y se incrementen las agresiones de usuarios y sus familiares contra los servidores de la Entidad.
2. Posible uso no eficiente de los recursos ante la no implementación o implementación parcial de las acciones propuestas por el equipo de seguimiento de agresión a colaboradores.
3. Posibilidad de que los servidores agredidos se encuentren desmotivados y sean afectados de manera negativa en su salud física y mental

### Recomendación

1. Implementar en forma eficiente y oportuna las acciones propuestas por el equipo de seguimiento de agresión a colaboradores.
2. Dar cumplimiento al Estándar 80 del Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalaria, para lo cual es necesario formalizar y documentar en la herramienta Almera las acciones propuestas en el plan de mejora 596.

### Recomendación N°3

#### Formalización del documento “Mecanismo para la Evaluación de satisfacción de los colaboradores” Observación

De acuerdo con las evidencias subidas en la herramienta Almera para la acción se evidencia que no se cuenta con la formalización del documento denominado “Mecanismo para la Evaluación de satisfacción de los colaboradores”. Mediante este documento se formalizan y se documentan los mecanismos de evaluación para la medición de la satisfacción de los colaboradores en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

### Riesgo

1. Posible desconocimiento de los niveles reales de satisfacción e insatisfacción de los servidores de la Entidad.
2. Posibilidad de que se incrementen los niveles de deserción de los servidores de la Entidad generado por el desconocimiento o no atención oportuna y eficiente de los niveles reales de satisfacción e insatisfacción a que se ven enfrentados en el día a día

### Recomendación

Realizar la formalización y publicación del documento “Mecanismo para la Evaluación de satisfacción de los

colaboradores” el cual fue elaborado como acción de mejora para el plan 563 en cumplimiento con el Estándar 116 del Manual de acreditación en salud ambulatoria y hospitalaria.

#### **Recomendación N°4**

##### **Retrasos en la Respuesta de Planes de Mejora referentes a Ambiente Físico Humanizado.**

#### **Observación**

Se evidencia retrasos en la respuesta a los planes de mejora relacionados con humanización. El objetivo de estos planes consiste en corregir las desviaciones identificadas al subproceso en cumplimiento de los estándares de acreditación y de gestión. A continuación, se relacionan dichos datos los cuales se encuentran entre 1 a 174 días de retraso entre la fecha de planeación y la fecha de ejecución y documentación en la herramienta Almera.

#### **Riesgo**

1. Posible afectación negativa de la imagen del servicio y mayores niveles de insatisfacción de parte de los usuarios de la Entidad.
2. Posible incumplimiento de los estándares de acreditación y gestión.
3. Posible uso ineficiente de los recursos destinados a mejorar los niveles del Ambiente Físico Humanizado.

#### **Recomendación**

1. Implementar de manera oportuna y eficiente los Planes de Mejora, orientados a mejorar los niveles del Ambiente Físico Humanizado.
2. Hacer seguimiento periódico al cumplimiento a los Planes de Mejora, orientados a mejorar los niveles del Ambiente Físico Humanizado y corregir de manera oportuna cualquier desviación al respecto.

#### **Recomendación No 5 y 6**

##### **Forma del Procedimiento**

#### **Observación**

1. El procedimiento salta del consecutivo número 5 al número 7.
2. El profesional de Humanización debe elaborar informe de Gestión de PQRS. De acuerdo a la documentación del procedimiento este informe se debe realizar de manera Bimestral y en la práctica se realiza de manera mensual

#### **Riesgo**

1. Documentación inadecuada de los procedimientos de la entidad.
2. Generar confusiones y ejecuciones inadecuadas del procedimiento.

## Recomendación

1. Con el propósito de elaborar un procedimiento de cumplimiento imperativo por parte del Subproceso de Humanización, se recomienda corregir las situaciones observadas y documentarlas según su forma y ejecución.

### Recomendación No 7

#### Cubrimiento de los PQRS

##### Observación

Del total de los PQRS presentados durante el periodo comprendido entre 1 de octubre de 2022 al 31 de diciembre de 2023, se evidencio un cubrimiento total de 2,3% del total de los casos presentados, al respecto de esta observación tampoco se evidencia el control y seguimiento el cual se encuentra documentado en el procedimiento Intervención Humanizada de PQRS CA-HUM-PR-01 V4.

##### Riesgo

1. Falta de adherencia en los clientes internos y externos a la política de humanización de la entidad.
2. Alcance inadecuado en la atención humanizada a los clientes internos y externos de la entidad.
3. Incremento de PQRS presentados por trato deshumanizado.

##### Recomendación

Documentar y validar el cubrimiento de las intervenciones realizadas por casos el Subproceso de Humanización mensualmente y realizar su control mediante la documentación en el informe elaborado de manera mensual.

### Recomendación No 8

#### Criterios de Selección de los PQRS

##### Observación

De acuerdo a lo establecido en el procedimiento Intervención Humanizada de PQRS CA-HUM-PR-01 V4., las siguientes serán las características para determinar que el caso debe pasar directamente al profesional de humanización.

- d. Queja reiterativa (2 o más) del mismo profesional o equipo en el mismo mes.
- e. Queja reiterativa durante (2) meses consecutivos del mismo profesional o equipo.
- f. Agresión física reportada en la queja.

##### Riesgo

4. Bajo Cubrimiento de los casos presentados por trato deshumanizado.
5. Falta de adherencia en los clientes internos y externos a la política de humanización de la entidad.
6. Incremento de PQRS los casos presentados por trato deshumanizado.

##### Recomendación

Los criterios de selección para la intervención por parte del Subproceso de Humanización deben tener en cuenta otras características como lo son: Unidades médicas con mayor número de casos, Servicios con Mayor Número de Casos, Tipo de Población, tal como; Adulto Mayor, usuarios con discapacidad o gestantes, adicionalmente se recomienda la lectura de los casos presentados para determinar a criterio de los profesionales de humanización alguna situación particular que no de pleno cumplimiento a la política, programa o valores de la entidad.

### **Recomendación N°9**

#### **Diferencias de la periodicidad de la ejecución de los indicadores**

##### **Observación**

Revisada la documentación de los indicadores se evidencio que la periodicidad establecida en Almera no coincide con la periodicidad relacionada en la Política de Humanización para los indicadores identificados con los ID 82CA y 311CA.

##### **Riesgos**

1. Priorizar algunas tareas y desconocer otras ya que la medición de los indicadores se efectúa en mayor número de veces a la establecida.
2. Incumplimiento a los criterios y estándares establecidos en la política.
3. Mayor cantidad actividades por ejecutar por parte de los colaboradores del Subproceso de humanización.

##### **Recomendación**

Realizar la validación y alineación de la periodicidad de estos dos indicadores considerando que a través de la política se establece un menor número de periodos de ejecución.

### **Recomendación No 10**

#### **Nombres generalizados de las listas de Asistencia**

##### **Observación**

Al verificar los registros sobre el desarrollo de las actividades del Subproceso de Humanización se observó que no siempre se discrimina la intervención puntual que se está realizando, por lo cual no se puede identificar la capacitación realizada. En las listas de asistencia, esas capacitaciones en reiteradas ocasiones aparecen con nombres generalizados.

##### **Riesgos.**

1. Dificultad para verificar el cumplimiento de las actividades y responsabilidades a cargo de este Subproceso
2. Dificultad para establecer si las capacitaciones desarrolladas son las adecuadas, suficientes y si han generado el impacto esperado.

##### **Recomendación.**

Establecer las condiciones necesarias que garanticen que cada una de las capacitaciones que se realicen, se registren de manera correcta, detallada y oportuna.

### **Recomendación 11**

#### **Alineación de las listas de asistencia con la formalización de Actas de Reuniones de trabajo.**

#### **Observación.**

Teniendo en cuenta que el Acta es el consolidado de las capacitaciones o de la capacitación, al verificar la lista de asistencia de los capacitados, se observa que, en algunos casos, el tema o nombre de la capacitación registrada en el Acta de Reuniones y Mesas de Trabajo MI- SIG-FT-01 V4 no coincide con la temática relacionada en la lista de asistencia, según se evidencia a continuación:

#### **Riesgos.**

1. Pérdida de utilidad y confianza de las Actas de las Reuniones como soporte y evidencia para verificar las capacitaciones realizadas
2. Subestimación de la necesidad, importancia y obligación de que estos registros y Actas cuenten con la debida coherencia y exactitud como insumo en la toma de decisiones frente a las capacitaciones impartidas y a impartir.

#### **Recomendación.**

Establecer las condiciones necesarias que garanticen que cada una de las capacitaciones que se realicen, se registren de manera correcta, detallada y oportuna en la respectiva Acta de Reunión y Mesas de Trabajo MI-SIG-FT-01 V4 y se encuentre alineadas con las listas de asistencia.

### **Recomendación No 12**

#### **Cargue de los soportes en la Herramienta Almera para la documentación de los indicadores de la Política de Humanización**

#### **Observación**

Revisor los indicadores documentados en Almera para los meses de diciembre de 2022 y marzo de 2023 ya que no se evidencia el cargue de los soportes y los mismo presentan un cumplimiento en la meta establecida al 100%.

No	ID Almera	Selección Control Interno	Periodo	Observaciones
1	83CA	Ejecutar el 100% el programa de Humanización Institucional con dos líneas de Intervención (Cliente Interno y Cliente Externo).	IV Trimestre Año 2022	No se evidencia soportes del indicador, de tal manera que no es posible determinar el cumplimiento de este. <b>Recomendación No 12 (a)</b>
2	84CA	Lograr el 85% de satisfacción de los Usuarios Intervenido en las diferentes estrategias del programa de Humanización	IV Trimestre Año 2022	No se evidencia soportes del indicador, de tal manera que no es posible determinar el cumplimiento de este. <b>Recomendación No 12 (b)</b>
3	83CA	Ejecutar el 100% el programa de Humanización Institucional con dos líneas de Intervención (Cliente Interno y Cliente Externo).	I Trimestre Año 2023	No se evidencia soportes del indicador, de tal manera que no es posible determinar el cumplimiento de este. <b>Recomendación No 12 (a)</b>

4	84CA	Lograr el 85% de satisfacción de los Usuarios Intervenido en las diferentes estrategias del programa de Humanización	I Trimestre Año 2023	No se evidencia soportes del indicador, de tal manera que no es posible determinar el cumplimiento de este. <b>Recomendación No 12 (b)</b>
---	------	--	-------------------------	---

### Riesgos.

1. Posible Incumplimiento en estándares establecidos en los indicadores.
2. Documentar un porcentaje de cumplimiento que no coincide con las actividades efectivamente ejecutadas.
3. Afectación negativa del nivel de utilidad, consistencia y confianza de la información sobre estos indicadores.

### Recomendación

Establecer un mecanismo de control de tal manera que el referente del Subproceso de Humanización monitoree las evidencias cargadas en coherencia con el cumplimiento o incumplimiento de los indicadores.

### Recomendación No 13

#### Definición de Periodicidad Líneas de Intervención

#### Observación

Las siguientes líneas de intervención no definen una periodicidad para su aplicación: Cliente Interno: Gimnasia Mental y Corporal, Socialización de Protocolos y Protocolo de Manejo Integral del Duelo. Cliente Externo: Acompañamiento Espiritual, Nacimiento Humanizado, Asesorías a Grupos de Participación

### Riesgos.

1. Dificultad para establecer y verificar si las diferentes líneas de intervención se están aplicando con la oportunidad y profundidad requerida.
2. Pérdida de utilidad y oportunidad para tomar decisiones al respecto y obtener resultados más eficientes y una mayor mejora continua.

### Recomendación.

Definir, implementar y hacer seguimiento a la periodicidad de la aplicación de las diferentes líneas de intervención, incluidas en la presente observación

### Recomendación 14

#### Subestimación a la meta establecida en el Indicador 82CA – Soporte de Adherencia de las Capacitaciones

#### Observación

En la medición del indicador identificado con el código 82CA el cual establece “Lograr que el 85% de los colaboradores estén capacitados en temas como programa de humanización” Se evidencio:

- a). Un cumplimiento de un 77% por encima de la meta establecida o en promedio un 165% por lo cual es posible concluir que se requiere de una ejecución con un cubrimiento de menor alcance con el propósito de fortalecer actividades que pueden contribuir al cumplimiento de todos indicadores de la política de humanización, lo cuales no se están cumpliendo.
- b). No se evidencia soporte para garantizar adherencia de la capacitación, pre-test y post-test.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME DE AUDITORIA CONTROL</b>	<b>CIN-FT-02 V3</b>

### Riesgos.

1. Pérdida de eficiencia y efectividad en el desarrollo de las actividades que están soportadas en las capacitaciones e indicadores que se deben cumplir al respecto.
2. Dificultad para medir y verificar si las capacitaciones que se están desarrollando a los colaboradores están teniendo la adherencia necesaria (pre-test y post-test) y generando el impacto necesario positivo y mejora continua en los diferentes procesos, subprocesos y actividades que se desarrollan al interior de la Entidad.

### Recomendaciones.

1. Revisar y hacer los ajustes necesarios en el número de capacitaciones que se están desarrollando sobre los diferentes temas sobre los cuales se debe capacitar a los colaboradores, de tal manera que se garantice el cumplimiento de todos los indicadores de la política de humanización.
2. Diseñar, implementar y evaluar la efectividad de la herramienta requerida para medir la adherencia de la capacitación, pre-test y post-test.

### Recomendación 15

#### Integridad de la Información cargada a la herramienta Almera

#### Observación

En la Base de datos suministrada por la Oficina de Participación el total de PQRS durante el trimestre de 2023 ascendió a 234 casos y según la evidencia documentada en la herramienta Almera se presentaron 188 con una diferencia de 46 casos equivalentes al 24%.

#### Riesgos.

1. Mayores dificultades para verificar y cruzar la información registrada y reportada a través de estas dos fuentes.
2. Afectación negativa del nivel de utilidad, consistencia y confianza de esta información como insumo en la toma de decisiones al respecto.

#### Recomendación.

Revisar estas diferencias entre estas dos fuentes de información y hacer los ajustes necesarios y establecer las condiciones requeridas para evitar que se continúen repitiendo tales situaciones.

 Firma:	 Firma:
<b>AUDITOR LÍDER</b>	<b>JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>
Nombre: <i>Andrés Felipe Cepeda Salazar</i>	Nombre: <i>Astrid Marcela Méndez Chaparro</i>

Anexos a continuación.

Anexo 1 – Selección y Documentación Revisados correspondientes a PQRS que cumplen el criterio de Intervención de Humanización.

Ítem	Periodo	Número De Documento Del Usuario	Eps	Tipo De Población	Recepcionado En:	Servicio Involucrado	Perfil Colaborador
1	Octubre	432348@@@	Capital Salud	Adulto Mayor	Oficina Central	1. Servicios Ambulatorios	Terapeuta Física
2	Octubre	956334@@@	Capital Salud	Gestante	Uss Meissen	6. Complementario	Medico Ecógrafo
3	Octubre	572662@@@	Sanitas	General	Uss Meissen	2. Servicios Hospitalarios	Jefe De Enfermería
4	Octubre	956334@@@	Capital Salud	Gestante	Uss Meissen	6. Complementario	Medico Ecógrafo
5	Octubre	684166@@@	Capital Salud	General	Uss Vista Hermosa	1. Servicios Ambulatorios	Pediatra
6	Octubre	766829@@@	Capital Salud	General	Uss Vista Hermosa	8. Servicio Al Ciudadano	Auxiliar Ruta De La Salud
7	Noviembre	607280@@@	Capital Salud	Persona Con Discapacidad	Oficina Central	7. Facturación	No Aplica
8	Noviembre	049296@@@	Sin Dato	Adulto Mayor	Uss Meissen	2. Servicios Hospitalarios	Enfermera
9	Noviembre	N DATO@@@	Sin Dato	Gestante	Uss Meissen	6. Complementario	Medico
10	Noviembre	929398@@@	Capital Salud	General	Uss Meissen	2. Servicios Hospitalarios	Aux. Enfermería
11	Noviembre	739137@@@	Capital Salud	General	Uss Usme	6. Complementario	No Registra
12	Noviembre	311581@@@	Capital Salud	General	Uss Usme	6. Complementario	Terapeuta
13	Diciembre	452616@@@	Capital Salud	Adulto Mayor	Uss Vista Hermosa	7. Facturación	Facturador
14	Diciembre	325755@@@	Capital Salud	Adulto Mayor	Uss Vista Hermosa	6. Complementario	No Aplica
15	Diciembre	792022@@@	Capital Salud	Adulto Mayor	Uss Tunjuelito	1. Servicios Ambulatorios	Nutricionista
16	Diciembre	272588@@@	Capital Salud	General	Uss Usme	1. Servicios Ambulatorios	Auxiliar De Enfermería
17	Diciembre	881077@@@	Capital Salud	General	Uss Meissen	6. Complementario	Radiólogo
18	Diciembre	380053@@@	Capital Salud	General	Uss Meissen	1. Servicios Ambulatorios	Medico
19	Enero	547044@@@	Capital Salud	Víctima Del Conflicto Armado	Uss Vista Hermosa	5. Áreas De Apoyo	Vigilante
20	Enero	696046@@@	Nueva Eps	General	Uss Vista Hermosa	1. Servicios Ambulatorios	Auxiliar De Enfermería
21	Enero	GISTRA@@@	Sin Dato	General	Uss Vista Hermosa	1. Servicios Ambulatorios	Odontóloga Y Auxiliar De Odontología
22	Enero	306667@@@	Sin Dato	General	Oficina Central	2. Servicios Hospitalarios	Rubén Rodríguez
23	Enero	GISTRA@@@	Sin Dato	General	Oficina Central	2. Servicios Hospitalarios	Aux Enfermería
24	Enero	670179@@@	Capital Salud	Persona Con Discapacidad	Uss Usme	6. Complementario	Nefrólogo
25	Enero	918342@@@	Capital	Persona Con Discapacidad	Uss Usme	1. Servicios Ambulatorios	Regente De Farmacia



Ítem	Periodo	Número De Documento Del Usuario	Eps	Tipo De Población	Recepcionado En:	Servicio Involucrado	Perfil Colaborador
			Salud				
26	Febrero	28706 ©©©	Sin Dato	Gestante	Hospital Meissen	7. Facturación	Odontóloga
27	Febrero	593522©©©	Capital Salud	General	Hospital Tunjuelito	8. Servicio Al Ciudadano	No Registra
28	Febrero	545388©©©	Salud Total	General	Hospital Tunal	3. Servicio De Urgencias	Auxiliar De Enfermería
29	Febrero	343720©©©	Capital Salud	General	Hospital Tunal	3. Servicio De Urgencias	Médico General
30	Febrero	033969©©©	Capital Salud	General	Oficina Central	1. Servicios Ambulatorios	Enfermería
31	Febrero	GISTRA©©©	Sin Dato	General	Oficina Central	2. Servicios Hospitalarios	No Aplica
32	Marzo	861808©©©		Adulto Mayor	13.Hospital Tunal	2. Servicios Hospitalarios	No Aplica
33	Marzo	823135©©©		General	13.Hospital Tunal	2. Servicios Hospitalarios	Enfermeras Y Guarda De Seguridad
34	Marzo	671088©©©		General	13.Hospital Tunal	1. Servicios Ambulatorios	Auxiliar De Enfermería
35	Marzo	580510©©©		General	13.Hospital Tunal	2. Servicios Hospitalarios	Especialista
36	Marzo	182612©©©		General	13.Hospital Tunal	2. Servicios Hospitalarios	Enfermería/Medicina Interna, Facturación

Ítem	Periodo	Número De Documento Del Usuario	Eps	Tipo De Población	Recepcionado En:	Servicio Involucrado	Perfil Colaborador
37	Octubre	662030©©©	Capital Salud	General	Uss Vista Hermosa	1. Servicios Ambulatorios	Médico General
38	Octubre	778841©©©	Compensar	General	Uss Vista Hermosa	3. Servicio De Urgencias	Médico General
39	Noviembre	953402©©©	Capital Salud	General	Oficina Central	6. Complementario	No Aplica
40	Noviembre	953402©©©	Capital Salud	General	Oficina Central	6. Complementario	No Aplica
41	Noviembre	GISTRA©©©	Sin Dato	General	Uss Vista Hermosa	6. Complementario	Auxiliar De Farmacia
42	Noviembre	732254©©©	Capital Salud	General	Uss Vista Hermosa	6. Complementario	Auxiliar De Farmacia
43	Enero	001614©©©	Sanitas	General	Uss Usme	8. Servicio Al Ciudadano	Trabajadora Social
44	Enero	027254©©©	Capital Salud	General	Uss Usme	8. Servicio Al Ciudadano	Trabajadora Social
45	Febrero	128832©©©	Capital Salud	General	Oficina Central	4. Gestión Del Riesgo	Técnico
46	Febrero	982604©©©	Capital Salud	General	Oficina Central	4. Gestión Del Riesgo	Técnico
47	Febrero	140629©©©	Capital Salud	General	Oficina Central	4. Gestión Del Riesgo	Técnico

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME DE AUDITORIA CONTROL</b>	<b>CIN-FT-02 V3</b>

**Anexo 2 Casos sin Intervención Subproceso de Humanización.**

Ítems	Periodo	Número De Documento Del Usuario	Eps	Tipo De Población	Recepcionado En:	Servicio Involucrado	Perfil Colaborador	Observaciones
1	Octubre	1022950000	Capital Salud	Gestante	Uss Meissen	6. Complementario	Medico Ecógrafo	La respuesta al usuario indica que se realizaron compromisos en los que ha intervenido el subproceso de Humanización con el usuario y no se observa el respectivo formato diligenciado.
2	Octubre	1666200000	Capital Salud	General	Uss Vista Hermosa	1. Servicios Ambulatorios	Médico General	El caso presenta recurrencia en por el peticionario (Usuario) y por parte del colaborador, no se observan compromisos por parte del área de humanización. Se presenta un incumplimiento al procedimiento.
3	Octubre	1033770000	Compensar	General	Uss Vista Hermosa	3. Servicio De Urgencias	Médico General	El caso presenta recurrencia en por el peticionario (Usuario) y por parte del colaborador, no se observan compromisos por parte del área de humanización. Se presenta un incumplimiento al procedimiento.
4	Noviembre	1022920000	Capital Salud	General	Uss Meissen	2. Servicios Hospitalarios	Aux. Enfermería	De acuerdo a lo establecido en el procedimiento no se debe realizar procedimiento por parte de humanización, sin embargo, en cumplimiento con la política, derechos y deberes, debió existir un abordaje y la documentación correspondiente.
5	Noviembre	NO REG0000	Sin Dato	General	Uss Vista Hermosa	6. Complementario	Auxiliar De Farmacia	El caso presenta recurrencia por parte de colaboradora y no fue intervenido por parte del subproceso de humanización.
6	Noviembre	5273220000	Capital Salud	General	Uss Vista Hermosa	6. Complementario	Auxiliar De Farmacia	El caso presenta recurrencia por parte de colaboradora y no fue intervenido por parte del subproceso de humanización.
7	Enero	7954700000	Capital Salud	Víctima Del Conflicto Armado	Uss Vista Hermosa	5. Áreas De Apoyo	Vigilante	De acuerdo a la queja del usuario se trata de una situación de trato deshumanizado con agresión física, por lo cual en cumplimiento de la política y procedimientos debió ser

Ítems	Periodo	Número De Documento Del Usuario	Eps	Tipo De Población	Recepcionado En:	Servicio Involucrado	Perfil Colaborador	Observaciones
								intervenido por el subproceso de humanización a pesar que se trata de un servicio tercerizado.
8	Enero	796701©©©	Capital Salud	Persona Con Discapacidad	Uss Usme	6. Complementario	Regente De Farmacia	La respuesta al usuario indica que se realizaron compromisos en los que ha intervenido el subproceso de Humanización con el usuario y no se observa el respectivo formato diligenciado.
9	Febrero	531288©©©	Capital Salud	General	Oficina Central	4. Gestión Del Riesgo	Técnico	El caso presenta recurrencia por parte de colaboradora y no fue intervenido por parte del subproceso de humanización.
10	Febrero	529826©©©	Capital Salud	General	Oficina Central	4. Gestión Del Riesgo	Técnico	El caso presenta recurrencia por parte de colaboradora y no fue intervenido por parte del subproceso de humanización.
11	Febrero	101014©©©	Capital Salud	General	Oficina Central	4. Gestión Del Riesgo	Técnico	El caso presenta recurrencia por parte de la colaboradora y no fue intervenido por parte del subproceso de humanización.