

Resultados de la Implementación del Plan de Asistencia Técnica para el Fortalecimiento de los Procesos de Participación Social en Salud de la Secretaría de Salud de Medellín, Vigencia 2025

1. Introducción

En el marco de la implementación de la Política de Participación Social en Salud (Resolución 2063 de 2017), durante la vigencia 2025 la Secretaría de Salud de Medellín desarrolló el Plan de Asistencia Técnica dirigido a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) con presencia en el Distrito.

El presente informe consolida los resultados del ciclo de visitas realizadas en el año 2025, presentando el análisis de hallazgos, avances, logros alcanzados y oportunidades de mejora identificadas, así como una lectura institucional y territorial del estado de la participación social en salud en el Distrito.

2. Metodología

El proceso de asistencia técnica se desarrolló mediante:

- Aplicación de instrumentos estandarizados de verificación.
- Revisión documental (actas, estatutos, planes de acción, reportes en PISIS, informes de PQRS).
- Entrevistas con responsables institucionales.
- Verificación en sitio de condiciones físicas y operativas.
- Consolidación de compromisos y planes de mejora.

La información fue sistematizada a partir de los formatos diligenciados durante el proceso.

3. Resultados

Durante la vigencia 2025 se realizó asistencia técnica a 35 instituciones del sector salud con presencia en el Distrito de Medellín, cumpliendo la meta establecida en el Plan de Asistencia Técnica.

Del total de instituciones acompañadas:

- **31 correspondieron a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)**, incluyendo hospitales públicos, hospitales de alta complejidad y clínicas privadas.

- **4 correspondieron a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).**

Las visitas se desarrollaron entre el 28 de julio y el 1 de diciembre de 2025. A continuación, se relacionan las instituciones la fecha de ejecución correspondiente.

Institución	Fecha de visita
HOSPITAL LA MARIA	28/07/2025
CLINICA DE FRACTURAS DE MEDELLIN	29/07/2025
CLÍNICA SOMA	30/07/2025
ORLANT	30/07/2025
CLÍNICA CES	30/07/2025
PROMEDAN IPS	31/07/2025
CLÍNICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA	31/07/2025
GENEZEN	1/08/2025
NEUROMEDICA	15/08/2025
SAVIA SALUD EPS	22/08/2025
CLINICA MEDELLIN CENTRO	26/08/2025
CLÍNICA DEL PRADO	26/08/2025
CEO ESPECIALIDADES OFTALMOLOGICAS	29/08/2025
ASTORGA	12/09/2025
INCODOL	19/09/2025
CLINICA LAS AMERICAS	19/09/2025
HOSPITAL UNIVERSITARIA ALMA MATER	24/09/2025
CLINICA VICTORIANA	24/09/2025
PRESENTES BY VERSANIA	25/09/2025
CLÍNICA SOMOS IPS	30/09/2025
CLINICA DEL CAMPESTRE	30/09/2025
COOSALUD EPS	22/10/2025
PRODIAGNÓSTICO IPS	22/10/2025
COOPSANA	23/10/2025
SANITAS EPS	29/10/2025
HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLÍN	29/10/2025
CLINICA SAGRADO CORAZON	20/11/2025
SALUD TOTAL EPS	25/11/2025
DAVITA IPS	26/11/2025
ARTMEDICA	26/11/2025
HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE	26/11/2025
SALUD Y VIDA SAS	28/11/2025
HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACIÓN	28/11/2025
CLÍNICA CARDIO VID	28/11/2025
MEDICANCER	1/12/2025

En el marco de las 35 visitas de asistencia técnica realizadas durante la vigencia 2025, se efectuó la verificación de los componentes definidos en el Plan de Asistencia Técnica, mediante la aplicación del instrumento estandarizado y la revisión documental correspondiente.

A continuación, se presenta una descripción general de los aspectos observados en cada componente evaluado.

3.1 Asociación de Usuarios

En el componente Asociación de Usuarios se evaluaron 20 criterios en las 35 instituciones acompañadas. De manera general, el 63% de las verificaciones realizadas obtuvieron resultado afirmativo, mientras que el 37% correspondieron a respuestas negativas. Los registros no aplicables se presentaron principalmente en criterios relacionados con representación ante instancias específicas que dependen de la naturaleza jurídica de cada institución.

En relación con la formalización y documentación, se evidenció que el 80% de las instituciones cuentan con acta de constitución, estatutos aprobados y vigentes, así como con una estructura de dirección acorde a lo definido en dichos estatutos. Asimismo, el 80% reporta la información actualizada de la Asociación a través del archivo tipo GT004 en el sistema NRVCC. El 71% conserva en sus archivos las actas de constitución, asambleas y reuniones periódicas, lo que indica un nivel mayoritario de cumplimiento en los aspectos formales y documentales.

En cuanto a la organización interna y visibilidad institucional, el 63% de las instituciones tienen identificados a los integrantes de la Asociación de Usuarios y el mismo porcentaje publica en su página web la información mínima requerida sobre la agrupación. El 69% cuenta con cronograma de reuniones acorde a lo establecido en los estatutos.

Respecto al funcionamiento operativo, el 66% de las Asociaciones orienta a los usuarios en la utilización adecuada de los servicios de salud y el 60% realiza reuniones con usuarios. El 54% recepciona quejas, reclamos o solicitudes y el mismo porcentaje realiza control, evaluación y seguimiento a los planes de desarrollo institucional. El 74% dispone de cartelera para divulgar derechos y deberes de los usuarios, mientras que el 43% participa en la apertura periódica del buzón de sugerencias.

En lo relacionado con participación e incidencia en instancias externas, el 37% participó en audiencias públicas de rendición de cuentas. El 63% cuenta con dos representantes ante el Comité de Ética de la IPS, mientras que el 17% reporta representante del COPACO y el 3% cuenta con representante vigente ante Junta Directiva. La participación en la elección de representantes ante el Consejo

Municipal de Seguridad Social en Salud se registró en el 6% de los casos evaluados, criterio aplicable principalmente a ESE.

En conjunto, los resultados permiten describir que el componente presenta mayor nivel de cumplimiento en aspectos formales y documentales, niveles intermedios en organización y funcionamiento operativo, y menor frecuencia en la participación en escenarios externos de representación e incidencia.

Ítems	Aspecto verificado	Cumplen
1	La Asociación cuenta con acta de la asamblea de constitución; la cual, debe contener la identificación de la Alianza o Asociación, estructura administrativa y cargos, el nombre e identificación de sus integrantes, dirección de residencia, contacto telefónico, calidad de afiliado a la EAPB o usuario de la IPS, según corresponda, y el periodo para el que se haya constituida.	28
2	¿La institución cuenta con copia de los Estatutos de la Asociación aprobados en la Asamblea de Constitución y el listado de asistentes a dicha Asamblea?	28
3	Según sus estatutos ¿La Asociación de Usuarios está vigente?	28
4	¿La Asociación de Usuarios tiene identificados a sus integrantes?	22
5	¿La estructura y forma de dirección existentes están acordes a lo definido en los estatutos?	28
6	¿La institución tiene en sus archivos copia de actas de constitución, de asambleas y de reuniones periódicas de acuerdo a estatutos?	25
7	En la página web de la institución publican permanentemente mínimo la siguiente información: Acta de constitución, Estatutos aprobados vigentes en asamblea, dirección, lugar y horario de reuniones y datos de contacto, proceso de inscripción a la Alianza o Asociación de Usuarios, indicando los datos de contacto (nombre, dirección física, dirección electrónica y teléfono) del responsable de la inscripción a la Asociación, de acuerdo a los estatutos, nombres, apellidos y fecha de elección de los representantes de la Alianza o Asociación de Usuarios, ante las instancias definidas en la normatividad vigente.	22
8	¿La Asociación de usuarios tiene un cronograma de reuniones acordes a lo descrito en los estatutos?	24
9	¿La Asociación de Usuarios Realiza control, evaluación y seguimiento a los Planes de Desarrollo institucional?	19
10	¿La Asociación de Usuarios Orienta al usuario en la utilización adecuada de los servicios de salud?	23
11	¿La Asociación de Usuarios Recepciona quejas, reclamos, solicitudes de los usuarios?	19
12	¿La Asociación de Usuarios Realiza reuniones con los usuarios?	21
13	¿La Asociación de Usuarios Cuenta con cartelera donde divulgue información sobre derechos y deberes de los usuarios?	26
14	¿La Asociación de Usuarios Participa en la apertura periódica del buzón de sugerencias?	15
15	¿La Asociación de Usuarios participó en alguna audiencia ciudadana de rendición pública de cuentas realizada en el año anterior y lo que va del año actual?	13
16	¿La Asociación de Usuarios de la ESE ha participado en la elección de representante ante el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud CMSSS?	
17	¿La Asociación de usuarios cuenta con representante ante el Comité de Participación Comunitaria - COPACO?	6
18	¿La Asociación de Usuarios cuenta con representante vigente ante la Junta Directiva de la ESE?	1
19	¿La Asociación de usuarios cuenta con dos representantes ante el Comité de Ética de la IPS?	22
20	La IPS reporta a través de ARCHIVO TIPO GT004 - Asociación de Usuarios, en el Sistema de Recepción, Validación y Cargue - NRVCC, la información actualizada sobre la conformación y cambios de esta agrupación.	28

Instituciones con mayor nivel de incumplimiento en el componente Asociación de Usuarios

El análisis comparativo por institución evidenció diferencias en el nivel de cumplimiento de los 20 criterios evaluados.

Las instituciones que registraron el mayor número de incumplimientos fueron Concejo de Medellín, IPS Presentes, IPS Salud y Vida y ORLANT, cada una con 18 criterios no cumplidos, lo que representa aproximadamente el 90% de los criterios evaluados en este componente.

La Clínica Sagrado Corazón y GENEZEN presentaron 17 criterios no cumplidos, equivalentes al 85% del total evaluado.

Neuromédica registró 14 incumplimientos, correspondientes al 70% de los criterios verificados.

En un nivel intermedio se ubicaron instituciones con entre 9 y 13 criterios no cumplidos, entre ellas Clínica SOMA, Hospital Alma Mater, Sanitas EPS, CardioVid y Clínica de Fracturas, con porcentajes de incumplimiento entre el 45% y el 65%.

Finalmente, un grupo significativo de instituciones presentó niveles bajos de incumplimiento, con entre 0 y 3 criterios no cumplidos, evidenciando mayor cumplimiento en la mayoría de los aspectos evaluados.

3.2 Servicio de Información y Atención al Usuario – SIAU

En el componente Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU) se evaluaron 25 criterios en las 35 instituciones acompañadas. De manera general, el 89,5% de las verificaciones realizadas obtuvieron resultado afirmativo, mientras que el 10,5% correspondieron a respuestas negativas.

En relación con las condiciones físicas y de accesibilidad del SIAU, el 94% de las instituciones cuentan con oficina de atención al usuario que garantiza atención personalizada y respeto por la intimidad. El mismo porcentaje presenta señalización adecuada, acceso inclusivo y dispone de herramientas logísticas y tecnológicas para su funcionamiento. Asimismo, el 91% cuenta con mecanismos de atención prioritaria para poblaciones con enfoque diferencial.

En cuanto a información y canales de atención, el 89% publica el horario de atención en la web y en lugar visible, mientras que el 94% dispone de página web que permite presentar y hacer seguimiento a PQRS. El 86% cuenta con línea local 24 horas con publicación de números en medios institucionales. El 89% dispone de carteleras físicas o digitales para informar sobre derechos, deberes y mecanismos de participación.

Respecto a la gestión de PQRS, el 97% cuenta con buzón de sugerencias con procedimiento de apertura y seguimiento. El 89% realiza la apertura del buzón máximo cada siete días y el 83% la realiza en presencia de un usuario. El 89% cuenta con actas firmadas de apertura. El 97% resuelve oportunamente las PQRS no relacionadas con acceso a servicios conforme a la Ley 1755 de 2015.

En lo relacionado con funciones y perfil del personal, el 94% tiene definidas las funciones del responsable del SIAU en el manual institucional y el mismo porcentaje cumple con el perfil requerido. El 97% realiza recepción, clasificación y trámite de PQRS, así como seguimiento y monitoreo a las respuestas. El 97% elabora informes periódicos con análisis y propuestas de mejora.

En cuanto a articulación institucional y uso de la información, el 97% tiene en cuenta la información de PQRS y satisfacción para la toma de decisiones en procesos de calidad. El 97% realiza medición periódica de satisfacción de usuarios. El 89% presenta informes ante la Asociación de Usuarios y Junta Directiva, y el 83% realiza acompañamiento a la Asociación de Usuarios.

Los menores niveles de cumplimiento se evidenciaron en la presentación del informe ante la Secretaría de Salud, con un 57% de cumplimiento, y en la publicación de resultados cualitativos y cuantitativos en carteleras dirigidas a usuarios, con un 51% de cumplimiento.

En conjunto, los resultados permiten describir que el componente SIAU presenta un alto nivel de implementación en las instituciones acompañadas, especialmente en aspectos estructurales, operativos y de gestión de PQRS, con oportunidades de fortalecimiento en la socialización externa de resultados y reporte institucional.

Items	Aspecto verificado	Cumplen
1	¿La Institución cuenta con una oficina de Atención al Usuario (oficina SIAU) que garantice, atención personalizada, derecho a la intimidad, atención ágil, oportuna, eficaz, eficiente y sensible a las necesidades del usuario?	33
2	La IPS o EAPB cuenta con mecanismos de atención prioritaria o preferencial al adulto mayor, niñas, niños, personas en condición de discapacidad, mujeres gestantes y en general personas que por sus condiciones requieren atención especial?	32
3	¿La oficina SIAU está debidamente señalizada?	33
4	¿La oficina SIAU es de fácil acceso al público adoptando medidas de inclusión?	33
5	¿La oficina SIAU cuenta con herramientas logísticas y tecnológicas necesarias para su normal funcionamiento?	33
6	¿La oficina SIAU cuenta con Cartelera física y/o digitales donde se informe sobre deberes y derechos, trámites, mecanismos de participación?	31
7	El horario de atención del SIAU está acorde a las necesidades de los usuarios y está publicado en la WEB y en lugar visible a la ciudadanía?	32
8	La institución cuenta con línea local, 24 horas, siete días a la semana y sus números están publicados en la web institucional, carteleras, publicaciones y comunicaciones?	30
9	La institución cuenta con página web que ofrezca la posibilidad de presentar y hacer seguimiento a PQRS y de reportar y solicitar novedades de afiliación?	33
10	¿La institución cuenta con Buzón de sugerencias físico, telefónico y/o electrónico; con procedimiento transparente de apertura y seguimiento de las PQRS?	34

11	¿La apertura del buzón se hace como máximo, cada 7 días?	31
12	¿Se realiza la apertura del buzón en presencia de un usuario?	29
13	¿Se tienen actas de apertura del buzón firmadas por el usuario?	31
14	Las PQRS no relacionadas con acceso a servicios de salud se resuelven oportunamente de acuerdo a la Ley 1755 de 2015?	34
15	¿Las funciones del responsable del SIAU son claras y están expresadas en el manual de procesos y procedimientos de la IPS?	33
16	El perfil del personal asignado reúne los requisitos de formación y experiencia acorde con sus funciones?	33
17	¿El funcionario SIAU, realiza recepción, clasificación y trámite de PQRS?	34
18	¿El funcionario SIAU, realiza Seguimiento y monitoreo a la respuesta oportuna de las PQRS?	34
19	¿El funcionario SIAU, realiza informe periódico sobre PQRS y propuestas de mejora?	34
20	¿La Institución hace presentación del informe ante la Secretaría de salud?	20
21	¿La institución Presenta informes ante la Asociación de Usuarios de la Institución y ante la Junta Directiva?	31
22	¿La Institución realiza Publicación de resultados cualitativos y cuantitativos en cartelera dirigida a usuarios?	18
23	¿La institución realiza medición periódica de la satisfacción de los usuarios (encuesta)?	34
24	¿El funcionario SIAU realiza acompañamiento a la Asociación de Usuarios?	29
25	¿La información obtenida sobre PQRS y niveles de satisfacción de usuarios es tomada en cuenta para la toma de decisiones relacionadas con los procesos de calidad de la institución?	34

Instituciones con mayor nivel de incumplimiento en el componente SIAU

La IPS Salud y Vida registró 25 criterios no cumplidos, representando el mayor número de incumplimientos dentro del total evaluado. En segundo lugar, IPS Presentes presentó 12 criterios no cumplidos. Estas dos instituciones concentran una proporción significativa de los incumplimientos observados en el componente.

En un nivel intermedio se encuentran Sanitas EPS, con 5 incumplimientos; Clínica Sagrado Corazón y CardioVid, con 4 incumplimientos cada una; y un grupo conformado por Clínica CES, ARTMEDICA, Clínica de Fracturas, Clínica SOMA, Clínica Somos, Concejo de Medellín y GENEZEN, cada una con 3 incumplimientos.

Un número importante de instituciones registró entre 1 y 2 criterios no cumplidos, lo que indica que en la mayoría de los casos los incumplimientos se presentan de manera puntual y no estructural.

En términos generales, el análisis institucional permite describir que el componente SIAU presenta altos niveles de cumplimiento en la mayoría de las instituciones, con una concentración específica de incumplimientos en un número reducido de entidades.

3.3 Comité de Ética Hospitalaria

En el componente Comité de Ética Hospitalaria se evaluaron 15 criterios en las 35 instituciones acompañadas. De manera general, el 78,5% de las verificaciones realizadas obtuvieron resultado afirmativo, mientras que el 18,7% correspondieron a respuestas negativas. Los registros no aplicables representaron el 2,8% del total de verificaciones.

En relación con la existencia y formalización del Comité, el 86% de las instituciones reporta que el Comité de Ética Hospitalaria se encuentra creado y funcionando, y el 89% cuenta con acto administrativo o documento que formaliza su existencia. El 71% tiene el comité conformado de acuerdo con la normatividad vigente, incluyendo los representantes requeridos.

En cuanto a su organización interna, el 69% dispone de reglamento interno y el 80% cuenta con plan de acción o cronograma de trabajo. El 83% realiza reuniones mensuales conforme a la normatividad, y el 86% conserva actas de reunión. El 89% reporta que el funcionario del SIAU asiste a las sesiones del comité.

Respecto a sus funciones, el 83% realiza divulgación de derechos y deberes de los usuarios, el 77% promueve programas de promoción y prevención, y el 86% impulsa medidas orientadas a mejorar la calidad de los servicios. El 86% atiende y canaliza inquietudes de los usuarios y el 89% analiza PQRS en el marco de sus funciones.

En lo relacionado con la articulación externa, el 26% envía trimestralmente a la Secretaría de Salud las actas de reunión y listados de asistencia, mientras que el 74% no realiza este reporte. El 80% de los comités ha recibido capacitación en el último año en temas relacionados con sus funciones.

En conjunto, los resultados permiten describir que el componente presenta niveles altos de cumplimiento en la formalización y funcionamiento interno del Comité de Ética Hospitalaria, con menores niveles en el cumplimiento de obligaciones de reporte externo ante la autoridad sanitaria.

Ítems	Aspecto verificado	Cumplen
1	¿El Comité de Ética Hospitalaria está creado y funcionando?	30
2	¿Existe un acto administrativo del Gerente, acta de conformación o documento, que formalice la existencia del Comité de Ética Hospitalaria?	31
3	¿La IPS tiene conformado el Comité de Ética de acuerdo a la normatividad vigente? • Gerente o Delegado __ • Representante equipo medico __ • Representante personal de enfermería __ • 2 Representantes Asociación de usuarios __ • 2 Representantes de COPACOS __	25
4	Al Comité de Ética Hospitalaria, ¿asiste el funcionario encargado de la oficina de atención al usuario?	31
5	¿El Comité de Ética Hospitalaria cuenta con reglamento interno?	24

6	¿El Comité de Ética Hospitalaria tiene Plan de Acción/ Cronograma de Trabajo?	28
7	¿El Comité de Ética Hospitalaria se reúne mensualmente de acuerdo a la normatividad vigente?	29
8	¿El Comité de Ética Hospitalaria tiene actas de reunión?	30
9	¿El Comité de Ética Hospitalaria realiza divulgación de Derechos y Deberes de los usuarios?	29
10	¿El Comité de Ética Hospitalaria promueve programas de promoción y prevención?	27
11	¿El Comité de Ética Hospitalaria promueve medidas que mejoren la calidad de los servicios?	30
12	¿El Comité de Ética Hospitalaria atiende y canaliza inquietudes de los usuarios?	30
13	¿El Comité de Ética Hospitalaria analiza PQRS?	31
14	¿La IPS envía a la Secretaría de Salud del municipio las actas de reunión y listados de asistencia del Comité trimestralmente?	9
15	¿El Comité de Ética Hospitalaria ha sido capacitada en el último año en temas competentes a sus funciones?	28

Instituciones con mayor nivel de incumplimiento en el componente de Comité de ética

Las entidades que registraron el mayor número de criterios no cumplidos fueron Salud Total EPS, IPS Salud y Vida y Sanitas EPS, cada una con 15 incumplimientos, lo que representa el mayor nivel de incumplimiento observado en este componente.

En un segundo nivel se ubican IPS Coopsana y GENEZEN, con 7 criterios no cumplidos cada una. Davita registró 5 incumplimientos.

Un grupo intermedio de instituciones presentó entre 2 y 3 criterios no cumplidos, entre ellas Prodiagnóstico, Clínica Somos, CardioVid, IPS Presentes, Clínica CES, Hospital Alma Mater, IPS Neuromédica, CEO IPS/EAPB y ARTMEDICA.

Finalmente, un número importante de instituciones registró únicamente 1 criterio no cumplido, lo que indica que en la mayoría de los casos los incumplimientos se presentan de manera puntual y no generalizada dentro del funcionamiento del Comité.

En términos generales, los incumplimientos del componente se concentran en un grupo reducido de entidades, mientras que la mayoría presenta niveles bajos de observaciones en los criterios evaluados.

3.4 Implementación de la Política de Participación Social en Salud (PPSS)

En el componente Implementación de la Política de Participación Social en Salud (PPSS) se evaluaron 17 criterios en las 35 instituciones acompañadas. De manera general, el 71,4% de las verificaciones realizadas obtuvieron resultado afirmativo, mientras que el 18,0% correspondieron a respuestas negativas. Los registros no aplicables representaron el 10,6% del total, principalmente en criterios relacionados

con representación ante Junta Directiva en instituciones donde no aplica dicha instancia.

En relación con la formalización institucional, el 66% de las instituciones dispone de documento vigente de adopción de la PPSS expedido por el representante legal. El 91% realizó reporte en PISIS de la programación del plan de acción del año anterior y el 74% incluyó la implementación de la PPSS en el Plan Operativo Anual de la vigencia evaluada. El 97% cuenta con recurso humano encargado de liderar la implementación de la política.

Respecto al funcionamiento de instancias de participación vinculadas a la PPSS, el 69% realiza reuniones y asambleas de Asociación de Usuarios conforme a estatutos. El 83% reporta realización de las 12 reuniones del Comité de Ética Hospitalaria. En el componente SIAU asociado a la implementación de la política, el 91% publica información de interés en salud, el 97% cuenta con proceso formal de PQRS y el 94% realiza medición periódica de satisfacción de usuarios.

En relación con mecanismos de rendición de cuentas, el 60% realizó audiencia pública dirigida a usuarios durante el período evaluado.

En cuanto a representación ante Junta Directiva en instituciones donde aplica, el 9% reportó elección de representante de Asociación de Usuarios y el 3% registró asistencia efectiva del representante a dicha instancia, mientras que en la mayoría de los casos este criterio fue no aplicable.

En lo relacionado con divulgación y fortalecimiento institucional, el 89% implementó estrategia pedagógica dirigida a la ciudadanía y el 74% publicó en la página web institucional información sobre la implementación de la PPSS. El 77% cuenta con base de datos actualizada de integrantes de la Asociación de Usuarios y el 71% dispone de base de datos del Comité de Ética Hospitalaria.

En conjunto, los resultados permiten describir que la implementación de la PPSS presenta avances significativos en reporte institucional, asignación de responsables y articulación con procesos del SIAU, con menores niveles en formalización documental completa, realización de audiencias públicas y representación ante instancias directivas cuando aplica.

Ítems	Aspecto verificado	Cumplen
1	Dispone de documento de adopción de la PPSS expedido por el representante legal de la Institución vigente	23
2	Reporte en PISIS de programación del plan de acción de la PPSS del año anterior	32
3	Inclusión de la implementación de la PPSS en el POA de la vigencia actual	26
4	Cuenta con recurso humano encargado de la implementación de la PPSS	34
5	Reuniones de Asociación de Usuarios de acuerdo a lo establecido en los estatutos	24
6	Asambleas de Asociación de Usuarios de acuerdo a lo establecido en los estatutos	24

7	Reuniones del Comité de Ética Hospitalario (12 reuniones)	29
8	SIAU: Publicación de información de interés en salud	32
9	SIAU: Proceso de PQRS	34
10	SIAU: Encuesta de satisfacción al Usuario	33
11	Audiencia pública de rendición de cuentas a los Usuarios	21
12	Elección del representante de la Asociación de Usuarios ante la Junta Directiva de la ESE Hospital	3
13	Asistencia del representante de la Asociación de Usuarios a la Junta Directiva de la ESE Hospital	1
14	Implementación de estrategia pedagógica dirigida a la ciudadanía	31
15	Publicación de la implementación de la PPSS en la web de la Institución	26
16	Base de datos de integrantes de Asociación de Usuarios	27
17	Base de datos de integrantes de Comité de Ética Hospitalaria	25

Instituciones con mayor nivel de incumplimiento en el componente de Implementación de la Política de Participación Social en Salud (PPSS)

La IPS Salud y Vida registró el mayor número de criterios no cumplidos, con 17 incumplimientos, representando la mayor concentración observada en este componente. En segundo lugar se ubica GENEZEN, con 9 criterios no cumplidos, seguida por Concejo de Medellín con 7 incumplimientos.

En un nivel intermedio se encuentran IPS Presentes, Prodiagnóstico y CardioVid, cada una con 6 criterios no cumplidos. ORLANT y Clínica de Fracturas registraron 5 incumplimientos respectivamente.

Un grupo adicional de instituciones presentó entre 3 y 4 criterios no cumplidos, entre ellas Salud Total EPS, Coopsana, Clínica Sagrado Corazón, ARTMEDICA, Neuromédica y Clínica Somos, así como Sanitas EPS con 3 incumplimientos.

La mayoría de las instituciones restantes registró entre 1 y 2 criterios no cumplidos, lo que indica que, en estos casos, los incumplimientos se presentan de manera puntual dentro de la implementación general de la política.

En términos generales, el análisis institucional permite describir que los incumplimientos del componente se concentran en un grupo reducido de entidades, mientras que la mayoría presenta niveles bajos de observaciones en los criterios evaluados.

4. Análisis comparativo general de los componentes evaluados

El proceso de asistencia técnica realizado durante la vigencia 2025 permitió evaluar cuatro componentes fundamentales para el fortalecimiento de la Participación Social en Salud: Asociación de Usuarios, SIAU, Comité de Ética Hospitalaria e Implementación de la PPSS.

El componente con mayor nivel de cumplimiento general fue el Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU), con un 89,5% de cumplimiento, evidenciando avances consolidados en condiciones físicas, gestión de PQRS, perfil del personal y uso de la información para procesos de calidad.

En segundo lugar, el Comité de Ética Hospitalaria registró un 78,5% de cumplimiento, mostrando niveles adecuados de formalización, funcionamiento interno y análisis de PQRS, aunque con debilidades en el envío trimestral de actas a la Secretaría de Salud.

El componente Implementación de la PPSS presentó un 71,4% de cumplimiento, evidenciando avances en reporte en PISIS, asignación de responsables y articulación con procesos del SIAU, con oportunidades de mejora en formalización documental, audiencias públicas y representación ante instancias directivas cuando aplica.

Finalmente, el componente Asociación de Usuarios registró el menor nivel de cumplimiento, con un 63% de verificaciones afirmativas, evidenciando mayores brechas en funcionamiento operativo, control social y participación en instancias externas.

En conjunto, el análisis permite describir que los mayores niveles de madurez institucional se concentran en el componente SIAU, mientras que los mayores retos estructurales se ubican en el fortalecimiento de las Asociaciones de Usuarios y en la consolidación integral de la implementación de la PPSS.

5. Conclusiones

El Plan de Asistencia Técnica 2025 permitió cumplir la meta de acompañamiento a 35 instituciones del sector salud en el Distrito, generando una caracterización integral del estado de implementación de la Política de Participación Social en Salud.

Los resultados evidencian:

- Alta implementación del componente SIAU.
- Nivel intermedio de desarrollo en Comité de Ética Hospitalaria.
- Avances significativos pero heterogéneos en la implementación integral de la PPSS.
- Brechas más visibles en el fortalecimiento funcional y de incidencia de las Asociaciones de Usuarios.

El incumplimiento no se distribuye de manera homogénea, sino que se concentra en un grupo reducido de entidades, mientras que la mayoría presenta niveles bajos o moderados de observaciones.

El ejercicio permitió identificar instituciones con mayores niveles de cumplimiento, así como aquellas que requieren fortalecimiento específico para consolidar los mecanismos de participación social en salud.

6. Recomendaciones para seguimiento vigencia 2026

Con base en el análisis de incumplimientos acumulados en los distintos componentes, se recomienda priorizar seguimiento técnico durante la vigencia 2026 a las instituciones que registraron mayores niveles de incumplimiento estructural.

En particular, se sugiere considerar para acompañamiento prioritario:

- IPS Salud y Vida
- IPS Presentes
- GENEZEN
- Concejo de Medellín
- Prodiagnóstico
- ORLANT
- Clínica de Fracturas
- Salud Total EPS
- Sanitas EPS

Estas instituciones concentraron mayores números de criterios no cumplidos en uno o más componentes evaluados, especialmente en Asociación de Usuarios e Implementación integral de la PPSS.

Se recomienda que el seguimiento 2026 incluya:

- Acompañamiento específico en formalización y funcionamiento de Asociaciones de Usuarios.
- Verificación del cumplimiento de obligaciones de reporte ante Secretaría de Salud.
- Fortalecimiento en realización de audiencias públicas de rendición de cuentas.
- Consolidación documental de la adopción institucional de la PPSS.

- Seguimiento periódico a planes de mejora derivados de la asistencia técnica 2025.

Asimismo, se sugiere mantener acompañamiento de sostenibilidad en instituciones con alto nivel de cumplimiento, con el fin de preservar buenas prácticas y evitar retrocesos.